



EVALUATION FINALE DU 8^{EME} PROGRAMME DE PAYS (2012 – 2016)

RAPPORT FINAL
Version finale

UNFPA – BUREAU DE PAYS MAROC

Décembre 2015



EVALUATION FINALE DU 8^{EME}
PROGRAMME DE PAYS (2012 – 2016)

RAPPORT FINAL
Version finale

UNFPA – BUREAU DE PAYS MAROC

Décembre 2015

EQUIPE DE L’EVALUATION

Évaluateur principal, expert en Santé de la Reproduction	Enric Grau
Expert en Santé Sexuelle et Reproductive chez les adolescents et les jeunes	Mohammed Hamouiyi
Experte en Egalité du Genre et Lutte contre la Violence Basée sur le Genre	Saida Drissi
Expert en Population et Développement	Belhachmi El Houssein

REMERCIEMENTS

L'équipe d'AVICENA Health & Social Projects remercie très sincèrement le Bureau de Pays du Maroc du Fonds des Nations Unies pour la Population (UNFPA) pour cette opportunité de collaboration et pour la confiance que lui a été accordée.

Cette évaluation n'aurait pu être réalisée sans la participation active de l'ensemble des partenaires de l'UNFPA, notamment les départements ministériels et les organisations de la société civile qui ont été sollicités.

L'équipe d'évaluation souhaite exprimer à toutes les organisations et les personnes impliquées dans le 8^{ème} Programme de Pays ses remerciements et son admiration pour les efforts déployés afin de contribuer à l'amélioration de la santé sexuelle et reproductive des populations les plus vulnérables.

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES FIGURES	6
LISTE DES TABLEAUX	6
ANNEXES	7
ACRONYMES	8
INFORMATIONS CLÉS SUR LE ROYAUME DU MAROC	10
RESUME EXECUTIF	11
1 INTRODUCTION	15
1.1 FINALITE ET OBJECTIFS DE L’EVALUATION DU 8 ^{EME} PROGRAMME DE PAYS	15
1.2 CHAMP DE L’EVALUATION	15
2 METHODOLOGIE	16
2.1 PROCESSUS DE L’EVALUATION	16
2.2 CRITERES ET QUESTIONS D’EVALUATION	18
2.3 METHODES POUR LA COLLECTE ET L’ANALYSE DES DONNEES	20
3 CONTEXTE DU PAYS	25
3.1 ENJEUX DE DEVELOPPEMENT ET STRATEGIES NATIONALES	25
3.2 LE ROLE DE L’AIDE EXTERIEURE	31
4 RÉPONSE STRATEGIQUE ET PROGRAMMATIQUE DE L’UNFPA	32
4.1 LA REPONSE STRATEGIQUE DE L’UNFPA	32
4.2 LA REPONSE DE L’UNFPA A TRAVERS LE 8 ^{EME} PROGRAMME PAYS	34
4.2.1 APERÇU DU PRECEDENT CYCLE STRATEGIQUE DE L’UNFPA AU MAROC	34
4.2.2 LE 8 ^{EME} PROGRAMME DE PAYS : LOGIQUE DE L’INTERVENTION	35
4.2.3 LA STRUCTURE FINANCIERE DU 8 ^{EME} PROGRAMME DE PAYS	36
5 RÉSULTATS : RÉPONSE AUX QUESTIONS D’EVALUATION	40
5.1 NIVEAU D’ANALYSE PROGRAMMATIQUE	40
5.1.1. PERTINENCE ET REACTIVITE	40
5.1.2. EFFICIENCE	51
5.1.3. EFFICACITE	56
5.1.4. DURABILITE	82
5.2 NIVEAU D’ANALYSE STRATEGIQUE	88
5.2.1. COORDINATION AVECL’UNCT	88
5.2.2. VALEUR AJOUTEE	88
6 CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS	92
6.1 NIVEAU STRATEGIQUE	92
6.2 NIVEAU PROGRAMMATIQUE	97

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Processus de l'évaluation

Figure 2 : Critères et questions d'évaluation par niveau d'analyse.

Figure 3: Pyramide des âges (effectifs en milliers), 2014

Figure 4. Evolution du poids des jeunes âgés de 15 à 24 ans (en%) selon le milieu de résidence

Figure 5. Schéma synthétique de la structure du Plan Stratégique de l'UNFPA.

Figure 6 : Evolution de l'exécution budgétaire 2012 - 2014

Figure 7 : Exécution budgétaire cumulée 2012 - 2014 par partenaire (y compris l'UNFPA et ADS)

Figure 8 : Exécution budgétaire cumulée 2012 - 2014 par partenaire (sans « effet l'UNFPA + ADS »)

Figure 9 : Exécution budgétaire 2012 – 2014 par origine des ressources (ressources régulières et ressources mobilisées)

Figure 10 : Outcomes et outputs de l'UNDAF aux quels répond le 8PP.

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Récapitulatif des sources de la collecte de données.

Tableau 2 : Modes d'engagement selon les besoins et la capacité de financement

Tableau 3 : Indicateurs de suivi (PTAs) pour la sous composante Détection précoce du cancer du col de l'utérus.

Tableau 4 : Indicateur du Plan de Suivi et d'Evaluation (PSE) du 8PP pour SSR Jeunes

Tableau 5 : Indicateurs de suivi (PTAs 2013 et 2014) pour la composante SSR Jeunes

Tableau 6 : Indicateurs de suivi (PTAs 2013 et 2014) pour la composante Egalité de genre et LCVBG

Tableau 7 : Indicateurs de suivi (PTAs 2014) pour la sous composante Santé Maternelle

Tableau 8 : Indicateurs de suivi (PTAs 2013 et 2014) pour la sous composante PF

Tableau 9 : Principales actions transversales de l'UNFPA entre 2013 et 2014

Tableau 10 : Indicateurs de suivi (PTAs 2014) pour la composante P&D

Tableau 11 : Indicateurs du Plan de Suivi et d'Evaluation (PSE) du 8PP pour P&D

Tableau 12 : Indicateur PAC de l'UNDAF repris dans la matrice de suivi et d'évaluation pour Santé maternelle

Tableau 13 : Indicateur du PAC de l'UNDAF repris dans la matrice de suivi et d'évaluation du 8PP pour la sous composante Détection précoce du cancer du col de l'utérus

Tableau 14 : Indicateur PAC de l'UNDAF pour SSR Jeunes

Tableau 15 : Indicateurs PAC de l'UNDAF pour P&D

Tableau 16 : Indicateur PAC de l'UNDAF repris dans la matrice de suivi et d'évaluation du 8PP pour LCVFG

ANNEXES

Annexe 1 : Termes de référence

Annexe 2 : Liste des personnes et des institutions rencontrées

Annexe 3 : Liste des documents consultés

Annexe 4 : Matrice d'évaluation

Annexe 5 : Diagramme d'effets

Annexe 6 : Principales réalisations du 8PP par sous composante

Annexe 7 : Guides des entretiens semi structurés

Annexe 8 : Guides des dynamiques de groupe

Annexe 9 : Formulation du 8PP (document d'alignement version 04/04/2012)

Annexe 10 : Matrice de suivi et d'évaluation

Annexe 11 : Schémas d'alignement du 8PP et le SP 2008-2013 (2012-2013) et le SP 2014-2017

Annexe 12 : Équipe du Bureau de Pays

ACRONYMES

8PP: 8^{ème} Programme de Pays
AFESD: *Arab Fund for Economic and Social Development*
APALD: Autorité pour la Parité et la Lutte contre toutes formes de Discrimination
AREF: Académie Régionale d'Éducation et de Formation
BM: Banque Mondiale
BP: Bureau de Pays
CAP: Connaissances, Attitudes et Pratiques
CCM/ST: Comité de Coordination du Maroc contre le sida et la tuberculose
CE: Commission Européenne
CPE: *country programme evaluation*
CEPAJ: Centre d'écoute et d'assistance juridique pour les femmes victimes de violence
CESE: Conseil Économique, Social et Environnemental
CERED: Centre d'Études et de Recherches Démographiques
CPAP: *Country Programme Action Plan*
CAD: Comité de l'Aide au Développement
CIPD: Conférence Internationale sur la Population et le Développement
CPN: Consultation prénatale
CPP: Contrôle Post-Partum
CSJ: Centre au service de la jeunesse
DIU: Dispositif Intra-Utérin
DC: Développement des capacités
DGCL: Direction Générale des Collectivités Locales ()
DELM: Direction de l'Épidémiologie et de la Lutte Contre les Maladies
DP: Direction de la Population
DPCSC: Détection Précoce du Cancer du Sein et du Col de l'utérus
DPRF: Direction de la Planification et des Ressources Financières du Ministère de la Santé
ENVF: Enquête Nationale sur le Violence à l'égard des Femmes
EP: Educateur Pair
EPP: Évaluation du Programme Pays
ESJ: Espaces Santé Jeunes
ESSP: Établissements de Soins de Santé Primaires
FM: Fonds Mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme
FVV: Femmes victimes de violence
GAR: Gestion axée sur les résultats
GC: Gestion des connaissances
GDD: Groupe de discussion dirigée
GRE: Groupe de Référence de l'Évaluation
HCP: Haut-Commissariat au Plan
INDH: Initiative Nationale pour le Développement Humain
IST: Infections Sexuellement Transmissibles
ISPIT: Institut Supérieur des Professions Infirmiers et des Techniques de Santé
LCVFG/LCVBG: Lutte Contre la Violence Fondée sur le Genre/Lutte Contre la Violence Basée sur le Genre
NSDD: Norme Spéciale de la Diffusion des Données
NU: Nations Unies
MA: maison d'accouchement
MENFP: Ministère de l'Éducation Nationale et de la Formation Professionnelle
MESRSFC: Ministère de l'Enseignement Supérieure, la Recherche Scientifique et de la Formation des Cadres

MI : Ministère de l'Intérieur
MJL : Ministère de la Justice et des Libertés
MJS : Ministère de la Jeunesse et des Sports
MS : Ministère de la Santé
MSE : matrice de suivi et d'évaluation
MSFFDS : Ministère de la Solidarité, de la Femme, de la Famille et du Développement Social
MTH : Marrakech-Tensift-Haouz
OCDE : Organisation pour la Coopération et le Développement Economique
OMD : Objectifs du Millénaire pour le Développement
OMS : Organisation Mondiale de la Santé
ONDH : Observatoire National du Développement Humain
ONG : Organisation Non Gouvernementale
OPALS : Organisation Panafricaine de Lutte Contre le Sida
OSC : Organisations de la Société Civile
P/DP : Plaidoyer, Dialogue Politique/ conseil
PAC UNDAF: Plan d'action Commun de l'UNDAF
PASS : Programme d'appui au système de santé du Maroc
PF : Planification familiale
PNPCC : Plan National de Prévention et de Contrôle du Cancer 2010-2019
PNPF : Programme National de Planification Familiale
PPD : Partners in Population and Development
PTA : Plan de Travail Annuel
PS : Personnel de santé
PSE : Plan de suivi et évaluation
PServ: Prestation de services
PS UNFPA : Plan Stratégique de l'UNFPA
PVVIH : personne vivant avec le VIH
Q(X)S(Y) : Question (numéro X) et Supposition (numéro Y)
RNB : Revenu National Brut
RMO : Rabita Mohammedia des Oulémas
SAMU OR : Service d'assistance médicalisée d'urgence obstétricale rurale
SDM : Sous-Massa-Draa
SIAAP : Service d'Infrastructures d'Actions Ambulatoires Provincial
SIIVF : système institutionnel d'information sur la violence faite aux femmes
SNIJ : Stratégie Nationale Intégrée de la Jeunesse
SNU : Système des Nations Unies
SR : Santé de la reproduction
SSR : Santé Sexuelle et Reproductive
SSRAJ : Santé Sexuelle et Reproductive Adolescents et Jeunes
TA : Tadla-Azilal
TdR : termes de référence
TS : Travailleuses du sexe
UNDAF : Plan Cadre des Nations Unies pour l'Aide au Développement
UNFPA: *United Nations Population Fund*
UNICEF : Fond des Nations Unies pour l'Enfance
VIH / SIDA : Virus de l'Immunodéficience Humaine / Syndrome d'Immunodéficience Acquise
VBG : Violence basée sur le genre

INFORMATIONS CLÉS SUR LE ROYAUME DU MAROC

	DONNÉES	SOURCE
PAYS		
Superficie	710.850 km ²	
POPULATION		
Nombre d'habitants (2014)	33.848.242 ¹	Recensement 2014, Haut-Commissariat au Plan (HCP)
Population urbaine (2014)	20.432.439 (60,3%)	Haut-Commissariat au Plan (HCP)
Taux d'accroissement de la population (2004-2014)	1,25% (2,2% population urbaine et - 0,01% population rurale)	Haut-Commissariat au Plan (HCP)
GOVERNEMENT		
Type de gouvernement	Monarchie constitutionnelle	
Principaux évènements politiques	<ul style="list-style-type: none"> • 1956. Proclamation de l'indépendance du Maroc • 1962. Première Constitution marocaine • 1972, 1976, 1992 et 1996 plusieurs amendements constitutionnels adoptés par référendum • 2011. Nouvelle Constitution 	
Nombre de sièges occupés par des femmes	Parlement : 69 femmes (17,5%) pour un total de 395 sièges (2015) Collectivités territoriales : 6.673 femmes élues (44,4%) sur un total de 15.028 candidats élus (élections octobre 2015)	www.chambredesrepresentants.ma www.maroc.ma
ECONOMIE		
PIB per habitant (PPP USD)	3.103,2 USD (2014)	Banque Mondiale
Taux de croissance du PIB	2,4% (2014)	Haut-Commissariat au Plan (HCP)
INDICATEURS SOCIAUX		
Indice de développement humain (IDH) (2013)	0,617 (129 ^{ème} sur 187 pays dans le classement)	Rapport sur le développement humain 2014, UNDP
Indice d'inégalité de genre (2013)	0,460 (92 ^{ème} sur 152 pays dans le classement)	Rapport sur le développement humain 2014, UNDP
Taux de chômage	9,9% (2014)	Haut-Commissariat au Plan (HCP)
Espérance de vie à la naissance (années)	74,8 (2010)(Hommes : 73,9 et Femmes : 75,6)	Haut-Commissariat au Plan (HCP)
Taux de mortalité infanto-juvénile (pour 1.000 naissances vivantes)	30,5 (2007-2011)	Ministère de la Santé
Mortalité maternelle (pour 100.000 naissances vivantes)	112 (2010)	Haut-Commissariat au Plan (HCP)

¹ Recensement général de la population et de l'habitat (RGPH) 2014 ; désagrégation par sexe non disponible.

RESUME EXECUTIF

CONTEXTE

Le présent rapport est le résultat de l'évaluation du 8^{ème} Programme de Pays (8PP) de l'UNFPA au Maroc, couvrant la période 2012-2014. Il faut noter que l'évaluation finale a été conduite avant la clôture du programme (décembre 2016) afin de disposer d'une appréciation externe des résultats préliminaires du 8PP qui serve à orienter la conception du prochain cycle de programmation.

OBJECTIFS ET CHAMP DE L'EVALUATION

Les objectifs spécifiques de l'évaluation ont été les suivants :

- Fournir au Bureau de Pays (BP) de l'UNFPA au Maroc, aux parties prenantes du programme, au Bureau Régional de l'UNFPA et au Siège de l'UNFPA une évaluation indépendante des progrès réalisés ;
- Evaluer le positionnement du Bureau de Pays au sein des partenaires nationaux et internationaux de développement ;
- Identifier les bonnes pratiques et les leçons tirées du programme actuel et fournir des recommandations stratégiques pour le prochain cycle de programmation.

L'évaluation du Programme de Pays tient compte des interventions, des réalisations et résultats du programme en relation avec les principales composantes du Programme de Pays, à savoir :

- Santé Sexuelle et Reproductive (santé maternelle, planification familiale, détection précoce du cancer du sein et du col de l'utérus et IST/VIH-SIDA) ;
- Santé Sexuelle et Reproductive chez les adolescents et les jeunes ;
- Égalité du Genre et lutte contre la Violence Basée sur le Genre ;
- Population et Développement.

En plus du niveau central où sont basés tous les partenaires gouvernementaux, l'évaluation a ciblé une sélection des zones d'intervention du Programme de Pays (Fès, Meknès, Beni Mellal, Marrakech, El Jadida).

METHODOLOGIE

L'évaluation s'est déroulée entre le mois d'avril 2015 (phase de préparation) et la fin du mois de novembre 2015 (rapport version finale et atelier national de présentation des résultats). Les critères d'évaluation, déterminés par les TdR et le Manuel sur les évaluations des programmes pays de l'UNFPA, se réfèrent à deux niveaux d'analyse:

- Analyse programmatique: Pertinence et Réactivité, Efficience, Efficacité et Durabilité ;
- Analyse du positionnement stratégique de l'UNFPA: Coordination avec l'UNCT et Valeur ajoutée.

Neuf questions d'évaluation et vingt-cinq suppositions composent la matrice d'évaluation et

ont été utilisées pour analyser et apprécier le niveau d'atteinte des résultats pour chaque critère.

La méthode d'évaluation est basée sur les standards et les orientations décrites dans la publication *How to Design and Conduct a Country Programme Evaluation at UNFPA*. Les méthodes de collecte des données utilisées ont été les suivantes:

- a) La revue documentaire, aussi bien pour les données quantitatives que pour les données qualitatives.
- b) Les entretiens semi-structurés pour la collecte des données auprès des informateurs clés : trois guides d'entretien ont été développés en tenant compte du profil du répondant (partenaires d'exécution, gestionnaires de programme du BP de l'UNFPA et informateurs clés). Les guides d'entretien ont été rédigés en français car la majorité des discussions ont eu lieu dans cette langue. De plus, les évaluateurs nationaux ont utilisé l'arabe dialectal quand ceci a été jugé pertinent, pour assurer le déroulement optimal des entretiens.

La sélection des partenaires d'exécution du 8PP à rencontrer a été réalisée pendant la phase de démarrage de l'évaluation, en concertation entre le BP et l'équipe de l'évaluation.

- c) L'organisation de Groupes de Discussions Dirigées chez les jeunes et les femmes victimes de violences : deux guides ont été utilisés (un pour chaque type de GDD). Les GDDs se sont déroulés en arabe dialectal et des notes des discussions ont été prises.
- d) Les visites des sites pour apprécier la mise en œuvre des activités clés : la sélection des sites en dehors de Rabat (Marrakech, Beni Mellal, Fès, Meknès, El Jadida) a été basée sur un échantillonnage dirigé, et a pris en considération le rôle et l'importance du partenaire et la représentativité des activités et des populations ciblées dans chaque site.

La triangulation a été assurée tout au long du processus d'évaluation par le recoupement des informations collectées par les différentes méthodes. Les questions transversales telles que les groupes vulnérables et l'égalité des sexes ont été abordées dans le processus de collecte des données à travers les questions d'évaluation et des questions ciblées dans les guides d'entretien. Plusieurs contraintes ont été rencontrées par l'équipe d'évaluation :

- La collecte des données a été faite pendant une courte période de temps et une partie des vacances estivales ;
- L'hétérogénéité et les lacunes dans les documents de suivi a rendu plus complexe la reconstruction du processus du 8PP ;
- La longue durée de certains entretiens au niveau des régions, due à l'amplitude des sujets à aborder ;
- L'impossibilité d'évaluer la période de janvier à mars 2015 car les PTAs ont été signés à partir du 2^{ème} trimestre 2015 pour cause des négociations avec la partie nationale.

Cependant, l'équipe d'évaluation a réussi à atténuer ces contraintes grâce aux consultations auprès d'un large éventail d'informateurs clés et à la révision des sources d'information diverses.

PRINCIPAUX CONSTATS

- **L'appui du BP à travers le 8PP a permis de consolider la majorité des acquis du 7^{ème} PP par la mise en œuvre d'activités en cohérence avec les priorités nationales.** Les quatre composantes (SSR, SSR jeunes, P&D, genre et LCVFG) du 8PP ont été conçues sur la base des données démographiques et épidémiologiques et des études rigoureuses. Le 8PP répond, de même, parfaitement, aux priorités nationales dans les thématiques concernées.
- **Le BP fait preuve d'une grande capacité d'adaptation aux différents changements du contexte national; l'UNFPA essaie de répondre positivement à l'évolution des besoins de la population cible.** En termes de besoins des populations cibles, l'implication des hommes n'est pas systématique ; dans la perspective de réduire les inégalités de genre et de renforcer les droits des femmes, leur participation est fondamentale.
- **Le niveau d'exécution budgétaire du 8PP est élevé. Il montre une progression positive et le BP a une bonne capacité de mobiliser des fonds externes. De même, la légitimité et l'expertise de l'UNFPA lui permettent de participer dans des initiatives de grande envergure (programmes conjoints).** L'appréciation de l'accompagnement et de l'assistance technique fournis par l'équipe du BP aux différents partenaires est très positive. Cependant, l'évaluation constate un retard généralisé pour la signature des PTAs qui, dans certains cas, rend plus difficile la mise en œuvre des activités annuelles. Les justifications budgétaires sont faites régulièrement et suivant les procédures du BP. Par contre, les rapports techniques ne sont pas régulièrement remis par les partenaires, en particulier les partenaires gouvernementaux.
- **L'appréciation de la progression des indicateurs de produits entre 2012 et 2014 montre globalement des avancées positives dans les quatre composantes et les actions appuyées par le BP visent à l'intégration transversale des approches droits humains et égalité de genre.** Des efforts additionnels sont à prévoir dans la sous-composante SSR Jeunes, la certification des maternités hospitalières, l'opérationnalisation des Task forces régionales et l'inclusion systématique des hommes pour une intégration réelle de l'égalité de genre dans certaines actions.
- **Les interventions du 8PP sont totalement alignées avec les résultats attendus dans le PAC de l'UNDAF.** L'évolution des valeurs des indicateurs montre une progression favorable vers l'atteinte des cibles en 2016. Les partenaires et les autres membres du SNU apprécient positivement les contributions de l'UNFPA au bon fonctionnement général de l'UNCT.
- **La valeur ajoutée apportée par le BP de l'UNFPA est bien évidente dans la participation active et l'expertise technique dans les thématiques relevant de son mandat,** son positionnement institutionnel, son expérience capitalisée, et par sa capacité de proposer des initiatives innovantes et des actions structurantes.
- **La flexibilité pour s'adapter aux changements de contexte en cours d'exécution du 8PP a été identifiée unanimement comme un avantage comparatif du BP.** Néanmoins, les procédures, et en particulier la grande fréquence exigée pour les justifications (rapports trimestriels, programmation annuelle) sont perçues comme étant moins souples que celles d'autres agences des NU.

PRINCIPALES CONCLUSIONS

- **Le 8PP apporte un soutien stratégique et programmatique effectif** afin de faire de la SSR, de la lutte contre les VFG et des défis démographiques émergents des questions fondamentales des politiques publiques et des débats sociaux au Maroc. Actuellement, le contexte de croissantes **contraintes budgétaires** et de délimitation des **modalités de coopération conditionne** les perspectives d'action du BP quant au **nombre de partenaires et à la portée** de ses interventions.
- Deux ans avant l'achèvement du 8PP, **le degré de mise en œuvre est en général élevé** et l'appréciation à mi-parcours de la durabilité montre que la plupart des interventions du 8PP sont conçues avec **une vision de durabilité**, mais la **capacité des partenaires d'appropriation** et d'assurer leur continuité est **variable**.
- Les interventions appuyées par l'UNFPA en matière de SSR **ont le potentiel de faire progresser significativement les résultats des programmes nationaux** et, en particulier, **contribuent à l'accès des jeunes à l'information et aux services**. L'appui à la **production des données est une action fondamentale** pour continuer à promouvoir des stratégies et des programmes publics fondés sur l'évidence et orienter le plaidoyer.
- En matière de LCVFG, l'appui du BP au Ministère de la Santé et au Ministère de la Justice pour **l'aide juridique et la prise en charge médicale et la capitalisation des coordinations régionales et locales de LCVBG sont des bonnes pratiques** qui méritent d'être pérennisées et élargies vers d'autres régions.

PRINCIPALES RECOMMANDATIONS

- Continuer à développer le **positionnement du BP dans la SSR**, l'égalité de genre et la LCVFG, et la P&D chez les jeunes et les femmes, avec l'intégration **d'autres groupes à besoins spécifiques** et une meilleure **priorisation** des domaines d'intervention et des partenaires.
- Mettre en place un **cadre pluriannuel de planification** qui puisse intégrer les mesures nécessaires pour assurer la durabilité des initiatives appuyées par l'UNFPA et qui soit accompagné d'une **stratégie de mobilisation de fonds**.
- Renforcer la **programmation conjointe** et le partenariat sous forme de **programmes conjoints** et **prioriser les interventions**, en matière de SSR, où l'UNFPA puisse exercer un **rôle distinctif**, et qui favorisent le travail en réseau entre les différents acteurs gouvernementaux et associatifs avec une **approche clairement multisectorielle**.
- Adapter l'accompagnement de l'UNFPA aux besoins découlant des nouvelles dispositions de la **régionalisation avancée** et des **nouveaux outils de planification** provinciale et communale et continuer à **plaider** pour des politiques nationales en matière de **SSR, LCVFG et P&D basées sur les évidences**.

1 INTRODUCTION

1.1 FINALITE ET OBJECTIFS DE L’EVALUATION DU 8^{ème} PROGRAMME DE PAYS

L’évaluation du 8^{ème} Programme de Pays (8PP) s’inscrit dans le cadre de la nouvelle politique d’évaluation de l’UNFPA adoptée en 2013. Tel que demandé par les TdR, elle vise principalement à renforcer la redevabilité du Bureau de Pays par rapport à la pertinence et la performance du Programme vis-à-vis des donateurs, partenaires et parties prenantes et de tirer des enseignements et identifier des bonnes pratiques pour servir de référence dans la conception des prochains cycles de programmation. Les objectifs spécifiques de l’évaluation sont les suivants :

- Fournir au Bureau de Pays de l’UNFPA au Maroc, aux parties prenantes du programme, au Bureau Régional de l’UNFPA et au Siège de l’UNFPA une évaluation indépendante des progrès réalisés vers l’atteinte des résultats attendus du 8^{ème} Programme de Pays du Maroc ;
- Evaluer le positionnement du Bureau de Pays au sein des partenaires nationaux et internationaux de développement, en termes de capacité de réponse aux besoins nationaux tout en ajoutant de la valeur aux résultats de développement du pays ;
- Identifier les bonnes pratiques et les leçons tirées du programme actuel et fournir des recommandations stratégiques pour le prochain cycle de programmation.

1.2 CHAMP DE L’EVALUATION

La EPP tient compte des interventions, réalisations et résultats du Programme Pays du Maroc dans la période 2012-2014, par rapport à ses quatre composantes :

- Santé Sexuelle et Reproductive (santé maternelle, planification familiale, détection précoce du cancer du sein et du col de l’utérus et IST/VIH-SIDA) ;
- Santé Sexuelle et Reproductive chez les adolescents et les jeunes ;
- Egalité du genre et lutte contre la Violence Basée sur le Genre (VBG) ;
- Population et Développement.

2 METHODOLOGIE

2.1 PROCESSUS DE L'ÉVALUATION

L'évaluation s'est déroulée entre le mois d'avril 2015 (phase de préparation) et la fin du mois de novembre 2015 tout en respectant les 5 étapes prévues dans les TdR.

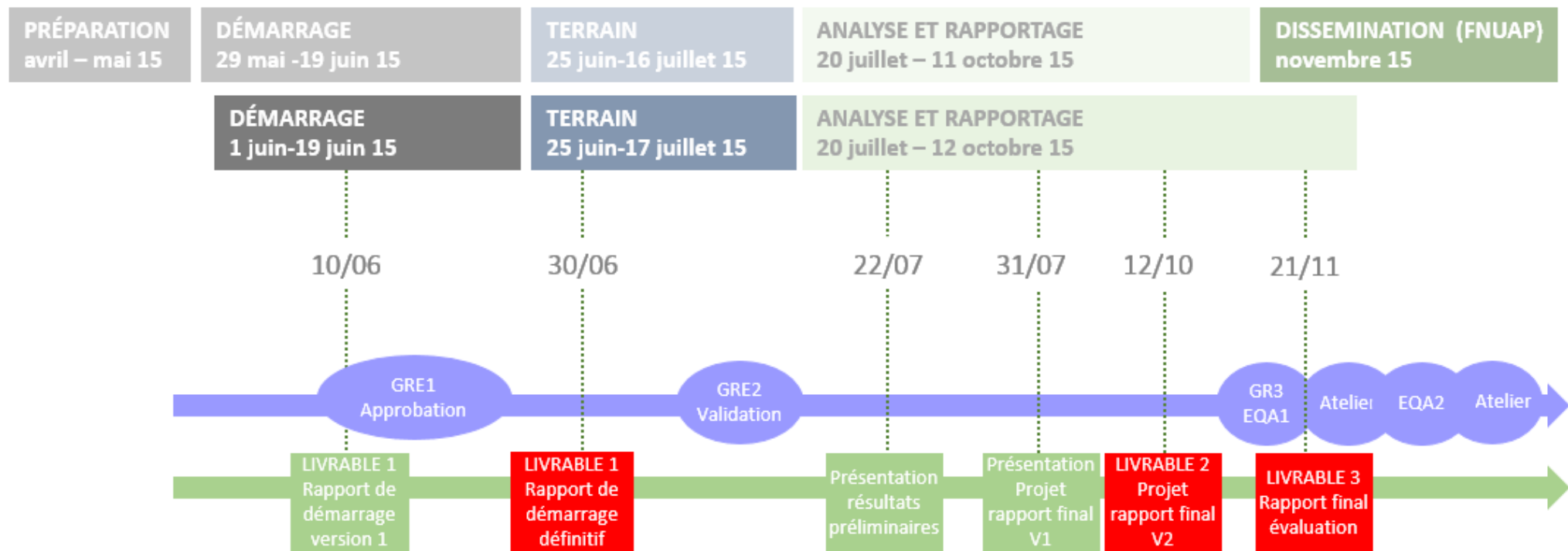
La phase de préparation a été conduite par le Bureau de Pays en concertation avec le Bureau Régional et le Bureau Indépendant de l'Évaluation de l'UNFPA et a consisté en la rédaction des termes de référence, la création du groupe de référence et la sélection de l'équipe d'évaluation.

Durant la phase de démarrage, un rapport de démarrage a été élaboré à partir des documents du 8PP et des premières réunions de travail entre l'équipe du BP et l'équipe d'experts. Le rapport de démarrage, sur la base d'une première révision documentaire, contient une description du contexte national, l'identification des parties prenantes, la reconstruction de la logique d'intervention, la matrice d'évaluation contenant les questions clés et, les outils de collecte et d'analyse des données.

La phase de terrain s'est déroulée entre le 25 juin et le 17 juillet 2015. La majorité des entretiens ont eu lieu à Rabat où la quasi-totalité des partenaires gouvernementaux se trouvent. Des visites de terrain à El Jadida, Fès, Meknès, Marrakech et Beni Mellal ont été organisées pour rencontrer les partenaires au niveau local et apprécier la mise en œuvre des activités clés. L'ensemble des partenaires a pris les dispositions nécessaires pour participer à l'exercice d'évaluation et l'agenda prévu a pu être respecté. La réunion de restitution de la phase de terrain et de transmission des premières impressions a été tenue au bureau de l'UNFPA le 22 juillet 2015. Ont pris part à cette restitution toute l'équipe d'évaluation, les membres du GRE et l'équipe du programme au niveau du Bureau de Pays.

La phase de reportage a démarré le 20/7/2015. Une première version du projet de rapport de l'évaluation a été présentée le 4/8/2015 pour considération de l'équipe du BP. Le 17/08/2015 a eu lieu une réunion avec toute l'équipe du Bureau de Pays pour discussion et réception de leurs remarques. Une deuxième version du rapport a été remise le 8/09/2015 et une troisième version considérant les remarques du Bureau Régional et du Groupe de Référence de l'évaluation a été remise avant la version préalable à l'atelier, qui a été remise le 21/11/2015. La figure suivante montre schématiquement le processus de l'évaluation.

Figure 1 : Processus de l'évaluation



2.2 CRITERES ET QUESTIONS D'EVALUATION

Les critères d'évaluation utilisés sont les critères déterminés par les TdR et par le Manuel sur les évaluations des programmes pays de l'UNFPA. Ces critères se réfèrent aux deux niveaux d'analyse qui ont été pris en compte dans l'évaluation:

- (i) Analyse programmatique : Pertinence et Réactivité, Efficience, Efficacité et Durabilité ;
- (ii) Analyse du positionnement stratégique de l'UNFPA : Coordination avec l'UNCT et Valeur Ajoutée.

Les neuf questions de l'évaluation ont été classées en fonction des phases du programme (conception, processus de mise en œuvre et résultats) auxquelles correspond chacun des critères (pertinence et réactivité, efficience, efficacité et durabilité). Quant au positionnement stratégique, les questions posées cherchent à analyser la coordination avec l'UNCT et la valeur ajoutée du BP de l'UNFPA à travers ce programme.

La question d'évaluation 2 (Q2) a été légèrement adaptée durant l'évaluation (par rapport à la version présentée dans le Rapport de démarrage). La nouvelle version essaye de refléter de façon plus précise la réponse du BP à l'évolution des connaissances sur les besoins des populations cibles.

Les questions d'évaluation sont reprises dans la matrice d'évaluation présentée en annexe (Annexe 4). Ces questions ont permis d'alimenter et de fonder l'analyse de chacun des critères.

La figure suivante présente les critères d'évaluation, organisés par phase de programmation et par niveau d'analyse.

		SSR	SSR ados & jeunes	Genre et LCVBG	Population et développement
NIVEAU D'ANALYSE	PHASES DU PROGRAMME	CRITERES D'EVALUATION	QUESTIONS D'EVALUATION (Q)		
ANALYSE PROGRAMMATIQUE	CONCEPTION	Pertinence et réactivité	1. Dans quelle mesure l'appui du Bureau de Pays dans les domaines que couvre son programme est-il (i) adapté aux besoins de la population cible (ii) en ligne avec le mandat et la stratégie de l'UNFPA et (iii) répond-il aux priorités nationales exprimées dans l'UNDAF et son plan d'action commun? Est-ce que les interventions prévues reflètent adéquatement les résultats attendus du Programme de Pays? 2. De manière dynamique, comment le bureau de pays a-t-il essayé de : (i) répondre à l'évolution des connaissances sur les besoins des populations cibles (femmes, jeunes et adolescents) dans la planification et la mise en œuvre de toutes les interventions appuyées dans le cadre du Programme (ii) s'adapter aux recommandations des différentes évaluations (iii) s'adapter aux changements dans le contexte et les priorités nationales		
	PROCESSUS	Efficienc	3. Dans quelle mesure le Bureau de Pays a-t-il fait bon usage de ses ressources financières, humaines, matérielles et techniques et a utilisé une combinaison appropriée d'outils et d'approches dans la réalisation des résultats définis dans le Programme de Pays?		
	RESULTATS	Efficacité	Q4. Dans quelle mesure les interventions soutenues par le Bureau de Pays ont-elles contribué (ou sont susceptibles de contribuer) à : (i) L'accès des femmes et des jeunes, particulièrement les plus vulnérables, à l'information et services de SSR de qualité; (ii) L'amélioration de la demande et de l'accès aux services de santé maternelle ; (iii) La disposition de stratégies nationales relatives à la démographie et à la SSR chez les jeunes et les femmes bien renseignées à travers la génération de connaissances et des données fiables (iv) Les programmes de développement et les stratégies des partenaires clés, y compris la société civile, sont sensibles au genre et intègrent la violence basée sur le genre 5. Dans quelle mesure les interventions appuyées à travers le Programme de Pays ont-elles contribué à l'atteinte des résultats (produits et effets) du plan d'action commun de l'UNDAF.		
	IMPACT	Durabilité	6. Dans quelle mesure le Bureau de Pays a-t-il pu soutenir ses partenaires en termes de développement des capacités et appui dans l'établissement de mécanismes pour assurer l'appropriation et la durabilité des acquis et effets de ses interventions?		
ANALYSE POSITIONNEMENT STRATEGIQUE	Coordination avec l'UNCT		7. Dans quelle mesure le Bureau de Pays a-t-il contribué au bon fonctionnement de l'UNCT et les autres instances de gouvernance de l'UNDAF (Outcome-Groups, Groupes thématiques et comité directeur) ?		
	Valeur ajoutée		8. Quelle est la valeur ajoutée apportée par le Bureau de Pays au niveau national dans les différents domaines relevant de son mandat telle que perçue par les parties prenantes nationales? 9. Quels sont les avantages comparatifs de l'UNFPA au Maroc, particulièrement vis-à-vis des autres agences des NU et prenant en considération l'approche pour l'initiative « Unis dans l'Action » ou « Delivering as One ».		

Figure 2 : Critères et questions d'évaluation par niveau d'analyse.

2.3 METHODES POUR LA COLLECTE ET L'ANALYSE DES DONNEES

La méthode d'évaluation est basée sur les standards et les orientations décrites dans la publication *How to Design and Conduct a Country Programme Evaluation at UNFPA*, qui a été mise à disposition de l'équipe de l'évaluation. Certains outils proposés, comme la matrice de l'évaluation, ont été adaptés au contexte du programme de pays. Les méthodes de collecte des données utilisées ont été les suivantes:

- a) La revue documentaire, aussi bien pour les données quantitatives que pour les données qualitatives.
- b) Les entretiens semi-structurés pour la collecte auprès des informateurs clés : trois guides d'entretien ont été développés en tenant compte du profil du répondant (partenaires d'exécution, gestionnaires de programme du BP de l'UNFPA et informateurs clés). Les guides d'entretien ont été rédigés en français car la majorité des discussions ont eu lieu dans cette langue. De plus, les évaluateurs nationaux ont utilisé l'arabe dialectal quand ceci a été jugé pertinent, pour assurer le déroulement optimal des entretiens.

La sélection des partenaires d'exécution du 8PP à rencontrer a été réalisée pendant la phase de démarrage de l'évaluation, en concertation entre le BP et l'équipe évaluateur.

- c) L'organisation de Groupes de Discussions Dirigées chez les jeunes et les femmes victimes de violences : deux guides ont été utilisés (un pour chaque type de GDD). Les GDDs se sont déroulés en arabe dialectal et des notes des discussions ont été prises.
- d) Les visites des sites pour apprécier la mise en œuvre des activités clés : la sélection des sites en dehors de Rabat (Marrakech, Beni Mellal, Fès, Meknès, El Jadida) a été basée sur un échantillonnage dirigé, et a pris en considération le rôle et l'importance du partenaire et la représentativité des activités et des populations ciblées dans chaque site.

2.3.1 Revue documentaire

Données quantitatives

- Collecte secondaire des statistiques du Ministère de la Santé (niveaux national et local): Plan d'action pour accélérer la réduction de la mortalité maternelle et néonatale 2012 – 2016, Stratégie Nationale de Santé de la Reproduction, Plan National de Prévention et de Contrôle du Cancer (2010 – 2019), Plan National de Lutte contre le Sida et Plans de la Santé des Jeunes et de la Santé Scolaire et Universitaire. Les sources d'information clés sont les données de la DPRF, des SIAAPs et des établissements de santé de 1^{er}, 2^{ème} et 3^{ème} niveau.
- Revue des enquêtes disponibles au niveau central ou local sur des thématiques liées aux quatre domaines objet de l'évaluation (p. ex. : Commission nationale de réduction de la mortalité maternelle).
- Revue de l'exécution budgétaire des principales actions ou composantes du 8PP.

Rapports et documents liés au 8PP

Cinq grands groupes de documents et de données ont été pris en considération :

- 1) Documents directement liés à la gestion du 8PP, produits par l'UNFPA ou les agences du SNU. Dans cette rubrique se trouvent aussi les documents clés en rapport avec la gestion de l'UNDAF et des programmes conjoints exécutés durant le 8PP.
- 2) Documents relatifs aux stratégies, politiques et programmes des différents acteurs gouvernementaux qui encadrent la conception, la mise en œuvre et le suivi du 8PP.
- 3) Documentation produite par les partenaires d'exécution non étatiques, principalement à partir des activités menées à terme dans le cadre des PTAs. Par ailleurs, d'autres documents d'intérêt produits par les partenaires en lien avec les domaines thématiques ont pu être considérés, bien qu'ils ne soient pas financés par les fonds du PTA.
- 4) Statistiques et données du système d'information sanitaire du Ministère de la Santé et du système de statistiques nationales, notamment celles produites par le HCP.
- 5) Matériels, supports de communication et pédagogiques produits et utilisés pour les actions d'information, sensibilisation, plaidoyer et formation car elles représentent une partie significative des interventions du 8PP.

La matrice d'évaluation (Annexe 4) précise les documents clés utilisés pour chacune des questions d'évaluation et pour chaque supposition. Environ 265 documents directement liés à l'exécution du 8PP ont fait partie de l'analyse (Annexe 3).

2.3.2 Entretiens semi structurés

L'entretien semi structuré a été la principale approche de collecte de données au près des partenaires d'exécution et des répondants de niveau stratégique. Trois guides d'entretien (voir Annexe 7) ont été développés en tenant compte du profil du répondant (partenaires d'exécution, gestionnaires de programme du BP de l'UNFPA et informateurs clés).

A partir de la structure du guide d'entretien, les questions ont été adaptées en fonction des sous-composantes du programme (Santé Maternelle, Planification Familiale, cancer du sein et du col, VIH/sida, SSR chez les adolescents et jeunes, égalité de genre et VBG, population et Développement) pour lesquelles la personne/organisation interviewée est impliquée.

Les guides d'entretien ont été rédigés en français car la majorité des discussions ont eu lieu dans cette langue. De plus, les évaluateurs nationaux ont utilisé l'arabe dialectal quand ceci a été jugé pertinent, pour assurer le déroulement optimal des entretiens.

La sélection des partenaires d'exécution du 8PP à rencontrer a été réalisée pendant la phase de démarrage de l'évaluation, en concertation entre le BP et l'équipe évaluateur (voir Annexe 2). Le volume budgétaire des PTAs et la continuité pluriannuelle de la collaboration entre l'UNFPA et le partenaire figurent parmi les critères de sélection. En plus des partenaires, directs ou secondaires, avec lesquels l'UNFPA a mis en œuvre le 8PP, trois autres groupes de répondants ont été rencontrés :

- Informateurs clés : Agences des NU, autres agences de coopération au développement et partenaires nationaux faisant partie des groupes thématiques et des Outcomes group 2 et 3, Santé et Vulnérabilité, respectivement ;
- Gestionnaires de programme du Bureau Pays de l'UNFPA ;

- Bénéficiaires directs pour ce qui est des activités en SSR chez les jeunes et les adolescents et en Egalité de genre et LCVFG.

Certains partenaires n'ont pas été retenus pour l'entretien à cause de l'éloignement géographique (p.ex. : région de l'Oriental) et des contraintes de temps pour la réalisation de la phase de terrain. En outre, pour optimiser les déplacements et faciliter le déroulement des activités sur le terrain, notamment pour des partenaires se trouvant dans une même localité (p.ex. : Marrakech), il a été convenu de réaliser les entretiens pour différents domaines d'évaluation (ex : Cancer et LCVFG). Finalement, il est à noter que certains partenaires ont été rencontrés plusieurs fois, puisqu'il s'agit de différentes personnes et pour différentes thématiques (exemple : la Direction de la Population du MS).

2.3.3. Groupes de Discussions Dirigées (GDD)

Pour les GDDs, deux guides ont été utilisés (voir Annexe 8):

- Un guide pour la thématique de l'égalité de genre et de la LCVFG, écrit en langue arabe classique et avec des spécificités pour les FVV et pour les jeunes ;
- Un guide pour la thématique de la SSR chez les jeunes et les adolescents, écrit en français.

Les GDDs se sont déroulés en arabe dialectal et des notes des discussions ont été prises. Une attention spéciale a été portée sur la qualité de la prise des notes par l'observateur afin de recueillir l'information le plus fidèlement possible.

Groupe de Discussion Dirigée chez les jeunes

Le GDD a été réalisé au niveau de l'Académie Régionale de l'Enseignement Fondamental à El Jadida (AREF) et a duré 2h30. Il s'est déroulé dans un climat convivial, à vu la participation de 8 lycéennes et lycéens (5 jeunes filles et 3 garçons sur les 124 formés), qui ont bénéficié de la formation test sur le Kit standardisé organisée à l'AREF d'El Jadida. Ils avaient des âges qui se situaient entre 16 à 18 ans, et un niveau scolaire de 1^{ère} et 2^{ème} année Bac avec un nouveau bachelier (Bac en 2015). En dehors du nouveau bachelier, qui avait déjà participé à une formation d'EP dans le cadre du réseau Y-PEER, aucun des participants n'avaient reçu de formation d'EP auparavant.

Groupe de Discussion Dirigée chez les femmes victimes de violences (FVV)

La discussion de groupe menée à la Rabita Mohamadia des Oulémas était composée par 6 personnes (2 femmes et 4 hommes). Son but étant de connaître leur perception de l'égalité entre les hommes et les femmes et des violences faites aux femmes. La discussion de groupe menée à l'Association Ennakhil de Marrakech a concerné 8 femmes bénéficiaires des services du centre d'écoute (femmes victimes de violence).

2.3.4 Visite des sites

La sélection des sites en dehors de Rabat s'est basée sur un échantillonnage dirigé, et a pris en considération le rôle et l'importance du partenaire et la représentativité des activités et des populations ciblées. Le tableau suivant synthétise les éléments clé du processus de collecte des données, y compris les sites visités et les partenaires rencontrés.

Tableau 1 : Récapitulatif des sources de la collecte de données.

COLLECTE DES DONNÉES	ESTIMATION
Revue documentaire	265 documents
Entretiens semi structurés partenaires	43 entretiens (129 heures)
Entretiens équipe FNUAP	13 entretiens
Groupes de discussion	3 groupes de discussion
Visite des sites	5 sites
Marrakech (Direction Régionale de Santé, Assoc. Ennakhil)	2 partenaires
Beni Mellal (Direction Régionale de Santé)	1 partenaire
Fès (Association Centre des droits des gens)	1 partenaire
Meknès (Direction Régionale de Santé)	1 partenaire
Al Jadida (Académie Régionale)	1 partenaire

2.3.5 Considérations éthiques et test des outils de collecte des données

L'évaluation du 8PP a pris en considération les aspects éthiques édictés par le document des directives éthiques pour les évaluations définies par le Groupe des Nations Unies pour les évaluations (GNUE), auxquels adhère l'UNFPA. Une attention particulière a été portée sur le respect de la dignité et de la diversité, la confidentialité et la prévention des préjudices, l'anonymat et la confidentialité dans la gestion des informations collectées.

A la fin de la phase de démarrage, les outils de collecte de données ont été testés à Rabat. L'OPALS, partenaire d'exécution du 8PPet non retenue dans l'échantillon, a été choisi pour tester le guide de groupe de discussion relatif à la SSR chez les jeunes et le guide d'entretien semi structuré pour les partenaires programmatiques. Le test des guides d'entretiens et des groupes de discussion avait pour but de s'arrêter sur les éventuelles limites et insuffisances que pourrait présenter les outils de collecte de données afin de d'en remédier avant le démarrage de la phase de terrain.

Au cours de la collecte des données, il a été précisé aux répondants que toutes les données demeurent confidentielles et sont utilisées à des fins exclusivement de l'évaluation. Ce point est également précisé dans le texte d'introduction des guides. Pour les GDD, vu le caractère sensible des sujets à aborder, le consentement éclairé des participants a été demandé et la confidentialité de la vie privée assurée.

2.3.6 Analyse des données

L'analyse du contenu a été l'approche essentielle retenue. Elle s'est basée sur l'intégration délibérée des différentes méthodes de collecte de données, notamment à travers la triangulation des différentes sources pour répondre aux questions clés d'évaluation.

Les valeurs des indicateurs analysés sont celles reportées par le Bureau de Pays. L'équipe de l'évaluation a pu vérifier certaines de ces données en contrastant cette information avec celle obtenue durant la phase de terrain et d'analyse (information reportée par les personnes interviewées et revue documentaire et des sources de vérification).

Les questions transversales telles que les groupes vulnérables et l'égalité des sexes ont été abordées à travers les questions d'évaluation et des questions ciblées dans les guides d'entretien.

L'analyse qualitative est faite sur la base de notes collectées lors des entretiens, des groupes de discussion, de la lecture des documents et des séances de débriefing qui se tenaient à la fin de chaque journée de collecte dans le but d'échanger et faire la synthèse des informations collectées.

Afin de renforcer la validation des appréciations et des jugements particuliers de chaque évaluateur, des séances de travail de l'équipe d'évaluation ont permis de discuter avec une approche pluridisciplinaire. Le processus d'analyse et de validation a été complété par les réunions de travail entre l'équipe d'évaluation et le BP.

2.3.7 Contraintes et limites de l'évaluation

Les contraintes auxquelles l'équipe d'évaluation a dû faire face peuvent être résumées aux points suivants :

- **Collecte des données pendant une courte période de temps et une partie de la période estivale :** Le calendrier initialement établi dans les TdR n'a pas pu être suivi du fait des contraintes internes qu'a rencontré le Bureau Pays, dont principalement le temps pris pour le recrutement de l'équipe de l'évaluation après un appel d'offre déclaré infructueux.
- **Qualité des documents revus :** Un grand volume de documents, surtout de suivi interne, dans des formats hétérogènes, qui rendent plus complexe la reconstruction du processus du 8PP. Par ailleurs, des lacunes ou des omissions dans la présentation des rapports de suivi des PTAs ont rendu difficile la reconstruction de l'exécution avec certains partenaires. Pour faire face à cette limitation, l'équipe d'évaluation a consacré beaucoup de temps pour la reconstruction de la logique de l'intervention et pour trianguler l'information obtenue des différentes sources.

De même, l'équipe d'évaluation a eu recours à de nombreuses conversations avec les chargés de programme et les informateurs clés pour éclaircissement, même après les entretiens directs.

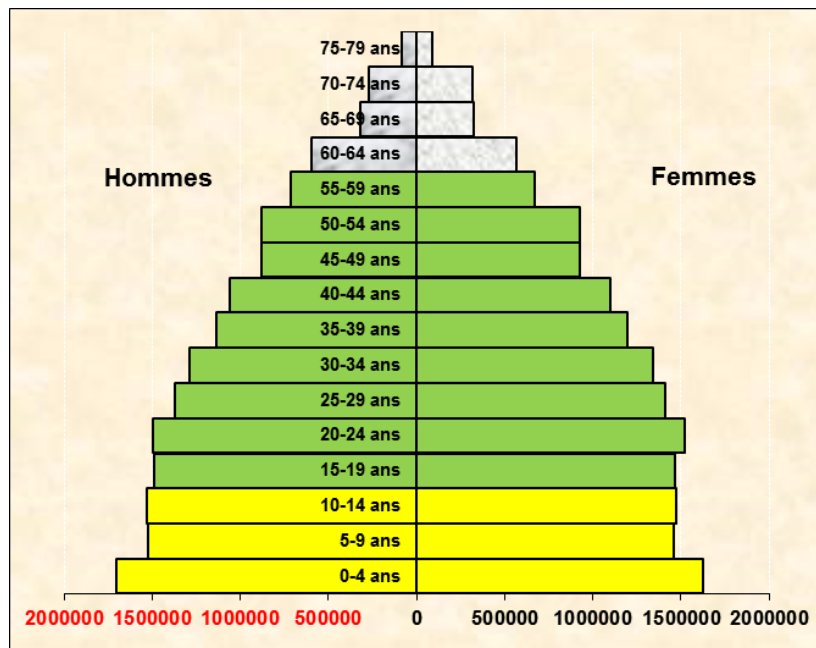
- **Longue durée des entretiens :** principalement au niveau des régions, due à l'amplitude des sujets à aborder. Idéalement, et avec une plus grande disponibilité de temps, ces entretiens auraient dû se faire en deux étapes. Ainsi, l'équipe d'évaluation a eu recours à des appels téléphoniques après les entretiens présentiels afin d'obtenir les informations manquantes ou éclaircir des doutes.
- **Limitation du champ de l'évaluation :** L'évaluation ne prendra pas en compte la période de janvier à mars 2015 car les PTAs ont été signés à partir du 2ème trimestre 2015 pour cause des négociations avec la partie nationale.

3 CONTEXTE DU PAYS

3.1 ENJEUX DE DEVELOPPEMENT ET STRATEGIES NATIONALES

Le Maroc est un pays à revenu intermédiaire dont la population² est estimée en 2014 à 33,8 millions d’habitants et dont le taux annuel d’accroissement intercensitaire a été évalué à 1,25%. C’est aussi un pays qui est en voie d’achèvement de sa transition démographique. Le niveau de fécondité est, en effet, quasi équivalent au niveau de remplacement avec un nombre moyen d’enfants par femme de 2,2. L’âge moyen au premier mariage des femmes a atteint les 26,6 ans contre 31,4 ans pour les hommes et le taux de prévalence contraceptive 67%. Les besoins en santé reproductive vont, cependant, continuer à s’accroître puisque le nombre de femmes en âge de reproduction, estimé à 8,5 millions en 2010, passera à 10 millions en 2025. L’espérance de vie à la naissance aurait atteint les 74,8 ans en 2009. L’évolution démographique entre 1960 et 2030 (à partir des études du HCP) est reflétée dans la pyramide des âges suivante.

Figure 3: Pyramide des âges (effectifs en milliers), 2014



Source : Recensement Général de la Population et de l’Habitat 2014

Des progrès tout aussi notables ont été, également, enregistrés au niveau des indicateurs relatifs aux fléaux sociaux les plus conséquents et à leur tête : la pauvreté, le chômage et l’analphabétisme. C’est ainsi que la pauvreté a connu un recul assez important, puisque le taux de pauvreté est passé de 16% en 1998 à 6,2% en 2011. Le chômage a, à son tour, régressé de 13,8% en 1999 à 9,9% en 2014. Par ailleurs, estimé à 43% suite au recensement de 2004, le taux d’analphabétisme des marocains âgés de 10 ans se situe aux alentours de 36,7% en 2012.

² HCP, RGPM, 2014

En termes de développement humain, le Maroc a aussi mis en œuvre bon nombre d'actions à caractère social visant notamment la réduction de la pauvreté et de l'exclusion, à leur tête l'Initiative Nationale pour le Développement Humain (INDH) qui est en sa deuxième phase de mise en œuvre (2011-2015).

Sur le plan démocratique, le Royaume a engagé des réformes d'envergure tant sur le plan institutionnel que législatif (révision de la constitution, régionalisation avancée, réformes de la justice et des codes de la famille et de la nationalité, etc.). Parallèlement à cela, il a mis en place des institutions et instances de veille aux règles de la bonne gouvernance, à la protection des droits et libertés et au renforcement de la démocratie participative (Délégation Interministérielle des Droits de l'Homme, Conseil National des Droits de l'Homme, Instance Nationale de la Probité, de la Prévention et de la Lutte Contre la Corruption, Conseil Consultatif de la Jeunesse et de l'Action Associative, etc.).

La santé sexuelle et reproductive

Santé maternelle

Durant les dernières décennies, le Maroc a connu des avancées significatives en matière de santé maternelle et infantile. Le ratio de mortalité maternelle est passé de 332/100.000 naissances vivantes en 1992 à 112/100.000 naissances vivantes en 2010. Les hémorragies (54%), suivies par les troubles hypertensifs (24,2%), les infections (8,1%) et l'avortement compliqué (5,6%) en sont les principales causes. Malgré les progrès, ce chiffre reste élevé si l'on tient compte du fait que selon l'Audit confidentiel des décès maternels (Comité national des experts en audit confidentiel, Ministère de la Santé du Royaume du Maroc, 2010), 93% des décès maternels sont évitables et que 73% de ces décès ont lieu dans une structure sanitaire.

Le constat est que le recours aux services de la santé reste inéquitable avec de grandes différences entre l'urbain et le rural (plus du tiers des femmes en milieu rural n'ont pas recours à la consultation prénatale et près de la moitié de ces femmes continue à accoucher à domicile). La pauvreté, ainsi que le niveau d'instruction, constituent également des variables déterminantes pour l'utilisation des services de la santé de la reproduction. De même, il existe toujours des barrières d'accès à l'offre de soins de santé maternelle et de santé sexuelle et reproductive :

1. Barrières de gouvernance : systèmes d'information faibles, non systématiques et non toujours exploités ;
2. Barrières de demande : économiques et culturelles ;
3. Barrières au niveau de l'offre : accessibilité physique, compétences des professionnels, disponibilité des équipements et du matériel, respect des procédures et protocoles pour un service de qualité.

Planification familiale

L'utilisation des contraceptifs par les femmes mariées entre 15 et 49 ans a connu une amélioration importante. Ainsi, la prévalence contraceptive est passée de 59% en 1997 à 63% en 2004. Cependant, il persiste encore des besoins non satisfaits estimés à 10%, et de grandes disparités entre régions. De plus, la structure contraceptive reste dominée par la contraception hormonale orale au détriment des méthodes de longue durée, notamment le DIU.

Cancer du sein et du col

Le Plan National de Prévention et de Contrôle du Cancer 2010-2019 considère la détection précoce des cancers du sein et du col comme une priorité, de laquelle découle le programme national actuellement en vigueur. Effectivement, les cancers du sein et du col de l'utérus représentent les cancers les plus fréquents chez la femme, avec 36,1% de cancer du sein et 12,8% de cancers du col (Registre des cancers du Grand Casablanca, 2004). D'après la même source, ces deux cancers représentent la moitié des cancers féminins et 27% de tous les cancers, l'incidence du cancer du sein étant la plus importante, toute population confondue.

Les activités de détection précoce devraient être généralisées au niveau des soins de santé primaire et des centres de référence créés à cet effet, selon des protocoles et avec des ressources standardisés, avec un système de prise en charge et la généralisation d'un système d'information pour renforcer la surveillance de ces deux cancers.

VIH/SIDA

En matière de lutte contre le sida, durant ces vingt dernières années, grâce à l'engagement des pouvoirs publics, aux efforts déployés par le ministère de la Santé et ses différents partenaires, le Maroc a pu réaliser quelques avancées. Cependant, plusieurs défis restent posés, parmi lesquels, l'extension de la prévention auprès des populations exposées aux risques d'infection ou vulnérables, l'amélioration du recours au dépistage du VIH pour le diagnostic et la prise en charge de la maladie à un stade précoce, et l'accès élargi des femmes enceintes VIH positives à la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant. Ainsi, le plan stratégique national de lutte contre le sida 2012-2016, cherche à obtenir la concrétisation effective de l'accès universel aux services de prévention, de soins, de traitement et d'appui en matière de VIH et adopte la vision de l'ONUSIDA «Zéro nouvelle infection à VIH, zéro discrimination, zéro décès liés au sida».

La santé sexuelle et reproductive chez les jeunes

Bien que les prémices du processus de vieillissement soient déjà là, la population marocaine demeure dominée par sa composante jeune et le sera encore pour bien des années. A elle seule, la catégorie des 10-24 ans regroupe plus de 9 millions de personnes, soit près du tiers de la population. Outre la pression sur le marché du travail, qui s'accroîtra, les jeunes continueront à poser des défis d'ordre social, culturel et politique. Ils offrent aussi une opportunité inédite pour le développement, à travers l'éducation, le renforcement des capacités, la participation et l'inclusion dans la prise de décision ainsi que dans les domaines social, culturel, économique et politique.

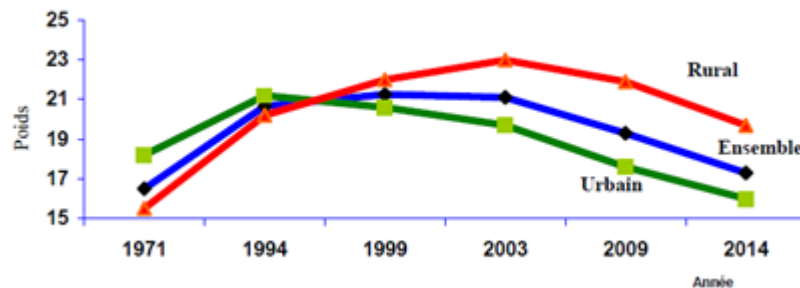
Parmi les réformes visant l'amélioration des déterminants de la santé, certaines sont axées sur la promotion pour la santé des jeunes, à travers différentes initiatives mises en œuvre par les divers ministères (éducation, santé, jeunesse et sports), ainsi que par la société civile.

C'est ainsi que, pour répondre aux défis majeurs d'accès à l'information et aux services de santé adaptés et accessibles aux jeunes et adolescents, y compris les populations les plus vulnérables, notamment celles des zones rurales et urbaines défavorisées, les différents ministères ont développé des stratégies sectorielles, des plans d'actions et des guides, dont les plus importants sont la Stratégie Nationale de la Santé de la Reproduction 2011-2020 (MS), le Plan National de Prévention et de Contrôle des cancers 2010-2019, la Stratégie Nationale de Promotion de la Santé des Jeunes au Maroc, la Stratégie Sectorielle de la Santé 2012-2016, le Manuel National de Référence en matière de Renforcement du Pouvoir de Négociation des Femmes et des Jeunes Filles en matière de prévention du VIH (MS), le Guide du Formateur sur le développement des habilités de vie chez les jeunes et adolescents (MEN), l'Etude sur l'Intégration de la SSR dans les Maisons des Jeunes et Structures Féminines du Ministère de la Jeunesse et des Sports (MJS). Ces différentes stratégies et outils de référence ont pour finalité

d’offrir une réponse intégrée, coordonnée et continue des différentes actions identifiées dans le cadre des programmes sanitaires, d’une part, et de renforcer la coordination des interventions intersectorielles et de la participation communautaire, d’autre part.

Néanmoins, bien qu’en général les jeunes soient en bonne santé, leur exposition à certaines pathologies et à des comportements à risque durant cette période très sensible de la vie, augmente le risque de développer des problèmes de santé à l’âge adulte. Cela est confirmé par l’Organisation Mondiale de la Santé qui stipule que « les deux tiers des décès prématurés et le tiers de la charge de morbidité globale chez l’adulte sont liés à des états pathologiques ou à des comportements ayant débuté pendant la jeunesse³ ». Au Maroc plusieurs études réalisées au cours des dernières années par le Ministère de la Santé⁴, montrent que de nombreux facteurs nuisibles sont à l’origine de comportements à risque qui influent négativement sur la santé des jeunes et des adolescents : 10 % des élèves sont des fumeurs ; plus de 14,6% souffrent de surpoids et 8,3 % de malnutrition ; plus des deux tiers des élèves ne se brossent pas les dents après les repas ; 16,7% souffrent de troubles psychologiques ; plus de 80% ne pratiquent pas une activité physique régulière).

Figure 4: Evolution du poids des jeunes âgés de 15 à 24 ans (en%) selon le milieu de résidence (de 1971 à 2014).



Source : CERED (1997)

Population et développement et système national d’information

Le Maroc s’est engagé, au cours de ces dernières années, à mettre en place un système d’information statistique performant pour le suivi et l’évaluation des politiques et stratégies de développement. Dans ce cadre, plusieurs actions ont été entreprises aussi bien pour ce qui est de la production de l’information socio-économique et démographique que pour ce qui est de l’analyse et la recherche sociales, économiques et démographiques. Les efforts déployés ont permis au Maroc d’intégrer, depuis 2005, le groupe restreint des pays adhérant à la Norme Spéciale de la Diffusion des Données (NSDD). Des progrès ont été enregistrés en matière de suivi régulier et continu de la situation socio- démographique du pays à travers la réalisation de plusieurs opérations statistiques, notamment :

- Des enquêtes sociodémographiques, pilotées par le HCP, pour couvrir les phénomènes démographiques tels que la mortalité, la fécondité et les migrations (Recensement Général de la Population et de l’Habitat de 2004 et 2014, Enquête Nationale Démographique à Passages Répétés 2009-2010) ;
- Des enquêtes démographiques et de santé prises en charge par le Ministère de la Santé (Enquête Nationale sur la Population et la Santé Familiale de 2004 et 2011) ;

³Organisation Mondiale de la Santé

⁴ Stratégie Sectorielle de Santé 2012-2016

- Des enquêtes spécifiques, réalisées par le HCP, sur l'emploi, la famille, le bien être, la femme, les jeunes, les personnes âgées, l'emploi du temps, les niveaux de vie des ménages, le secteur informel, la consommation et les dépenses des ménages ;
- Des enquêtes traitant de la dimension genre par le HCP : Enquête sur l'Emploi du Temps des Femmes, Enquête Nationale sur la Prévalence de la Violence à l'Égard des Femmes, Enquête sur « la femme marocaine sous le regard de son environnement social ».

Outre les enquêtes spécifiques à la dimension genre, celle-ci reste, cependant, une dimension présente dans les autres enquêtes permanentes ou réalisées d'une manière irrégulière par le HCP (l'Enquête Nationale sur l'Emploi, l'Enquête Nationale Démographique 2009-2010, l'Enquête Nationale sur l'Anthropométrie 2011, l'Enquête Nationale sur les Jeunes 2011, l'Enquête sur les Niveaux de Vie des Ménages et l'Enquête sur le Secteur Informel). Toutes ces opérations statistiques font l'objet d'analyse ou de publications avec une dissémination large auprès des chercheurs, des universitaires et des décideurs.

Cependant, malgré les avancées réalisées, on relève la persistance de plusieurs contraintes liées, principalement, à l'absence d'une structure de coordination entre les différents producteurs de l'information statistique et à la difficulté de disposer de données traitant des dimensions plus fines, notamment, provinciale et locale. En effet, à part les recensements qui ont une portée exhaustive, les autres enquêtes basées sur l'échantillonnage ne fournissent, en général, que des indicateurs à caractère national. Les enquêtes réalisées au Maroc, particulièrement celles du Ministère de la Santé et du HCP, ne fournissent pas généralement et systématiquement des résultats détaillés au niveau régional (p.ex. : la dernière enquête du MS de 2011 ne présente pas les taux de mortalité infantile et juvénile à l'échelle régionale, ou la dimension régionale est totalement absente dans l'enquête sur la prévalence de la violence à l'égard des femmes du HCP de 2009).

Avec les mutations que connaît le Maroc aux niveaux institutionnel, politique et socioéconomique, le système d'information national est appelé à répondre et à s'adapter rapidement aux nouvelles exigences du développement du Royaume par la production de données fiables, pertinentes, variées, régionalisées actualisées et systématiquement ventilées selon des critères sociaux, spatiaux et de genre. Dans ce cadre, le Haut-Commissariat au Plan, en tant que principal producteur de l'information statistique à l'échelle nationale, est engagé dans un grand chantier visant l'amélioration de plusieurs aspects, principalement l'élargissement du champ de couverture, l'amélioration des fréquences de collecte et l'amélioration de la diffusion des informations.

Populations vulnérables spécifiques: migrants et personnes avec handicap

L'évolution des flux migratoires, depuis 20 ans au Maroc, a amené le Royaume à élaborer une Stratégie nationale de l'immigration et de l'asile pour le traitement de ce phénomène de manière intégrée et humaniste. Ainsi, le gouvernement a procédé, en 2013, à l'élaboration d'une politique globale en matière d'immigration et d'un plan d'action opérationnel. Il y a eu, dans ce cadre, la création d'un département en charge des Affaires de la Migration confié au Ministère des Marocains Résidant à l'Étranger. Ce Ministère a pour mission d'assurer la coordination, la planification, la mise en œuvre et l'évaluation de cette politique. On enregistre, à cet effet, le lancement officiel, au mois de novembre 2013, du dispositif adopté pour la régularisation des étrangers en séjour irrégulier au Maroc.

Par ailleurs, selon les résultats du dernier Recensement Général de la Population et de l'Habitat de 2014, la prévalence globale des personnes en situation de handicap est de 4,1%. Récemment, le MS a présenté le Plan d'Action National relatif à la Santé et au Handicap 2015 – 2021 ; l'objectif est d'assurer l'accès des personnes en situation de handicap à des services de santé de proximité et de qualité basés sur l'approche droit.

Egalité de genre et lutte contre la violence basée sur le genre

Le Maroc a adopté, en 2011, une nouvelle constitution consacrant l'égalité et la parité hommes - femmes et prévoyant de nouveaux mécanismes institutionnels de respect et de promotion des droits humains. L'article 19 de la nouvelle constitution consacre le principe de l'égalité entre les hommes et les femmes. Il stipule, par ailleurs, que l'État œuvre à la réalisation de la parité entre les hommes et les femmes et met en place l'Autorité pour la Parité et la Lutte contre toutes les formes de Discrimination (APALD). La nouvelle Constitution contient également d'importantes dispositions qui bannissent et qui combattent « toute discrimination en raison du sexe ou de quelque circonstance personnelle que ce soit » (préambule), qui prohibent et luttent contre la violence « en quelque circonstance que ce soit et par quelque personne que ce soit, privée ou publique » (article 22).

D'importantes stratégies nationales et réformes législatives ont été engagées au cours des dix dernières années en faveur des droits des femmes, avec l'adoption de la Stratégie nationale de lutte contre la violence à l'encontre des femmes (2002) et son plan opérationnel (2004) dont la mise en œuvre a été appuyée par l'UNFPA. TAMKINE, le programme multisectoriel de LCVFG par l'autonomisation des femmes et des filles (2008-2012) a constitué une expérience pionnière de coordination et de gouvernance.

En matière de lutte contre les discriminations à l'égard des femmes, le gouvernement a adopté en 2006 une Stratégie nationale pour l'équité et l'égalité entre les sexes, révisée et renforcée et mise en œuvre dans « le Plan Gouvernemental pour l'Egalité en perspective de la parité (IKRAM) » (2012-2016) adopté par le Conseil du gouvernement en juin 2013.

La connaissance de la prévalence des violences faites aux femmes s'est approfondie par la réalisation de la première enquête nationale sur la violence à l'encontre des femmes en 2009 par le Haut-Commissariat au Plan (HCP) dont les résultats ont révélé que, sur une population de 9,5 millions de femmes âgées de 18 à 64 ans, près de 6 millions, soit 62,8%, ont subi un acte de violence sous une forme ou une autre durant les douze mois précédant l'enquête (3,8 millions en milieu urbain et 2,2 millions en milieu rural). La prévalence la plus forte est la violence conjugale (55%) et celle la plus fréquente est la violence psychologique (48%).

Cependant, dans le souci de garantir une protection légale aux femmes et aux filles, les amendements apportés au code pénal, sur plusieurs étapes, ont abouti d'un côté à l'incrimination du harcèlement sexuel, de la violence conjugale physique et de quelques aspects de la discrimination basée sur le sexe, et de l'autre, à l'aggravation de la sanction pour les crimes de viol et d'attentat à la pudeur visant les femmes. A partir de 2013, la lutte contre les violences basées sur le genre a été renforcée par la proposition par le MSFDS d'un projet de loi (103-13) incriminant les violences à l'encontre des femmes, la mise en place de l'Observatoire Nationale de LCVF et de l'Observatoire National de l'Amélioration de l'Image de la Femme dans les Médias. En outre, l'avant-projet du code pénal proposé en avril 2015 par le Ministère de la Justice et des Libertés (MJL), prévoit plus de mesures de protections pour les femmes et les filles, aussi bien dans l'espace privé que dans les lieux publics, et l'élargissement des cas où l'avortement est autorisé (viol et inceste, danger sur la vie ou la santé de la mère et malformations congénitales).

Parmi les principaux défis auxquels est confrontée la lutte contre les violences faites aux femmes et aux filles au Maroc, il y a lieu de souligner ce qui suit :

- L'insuffisance de données et de recherches fiables sur le phénomène des violences faites aux femmes et aux filles et d'outils informationnels de planification appropriés aux contextes locaux : manque par rapport à l'existence d'un système institutionnel qui assure la remontée de l'information et des données au niveau national et du local,

autrement dit, un système qui assure la disponibilité des données fiables à tout instant ;

- la déclinaison des politiques nationales de lutte contre les violences à l'égard des femmes et des filles au niveau territorial ;
- la protection des femmes et des filles exposées aux différentes formes de discrimination, de violence et de vulnérabilité ;
- l'insuffisance du service d'hébergement et son inexistence même dans certaines régions.

3.2 LE ROLE DE L'AIDE EXTERIEURE

Les flux de l'aide au développement et de la coopération internationale vers le Maroc sont véhiculés à travers quatre acteurs principaux⁵ : i) Les agences du système des Nations Unies présentes dans le pays ; ii) les organisations multilatérales, tels que les banques régionales de développement ou les Fonds Mondiaux ; iii) les agences de coopération bilatérales des pays avec une représentation au Maroc ; iv) le secteur privé à but non – lucratif, à travers des associations, fondations et philanthropie internationale.

Pour 2015, la Banque Mondiale (BM) classe le Maroc parmi les économies à revenu intermédiaire bas (3.020\$ de RNB), qu'elle assimile à une tranche entre \$1.046 et \$4.125. Le Comité de l'Aide au Développement (CAD) de l'Organisation pour la Coopération Economique et le Développement (OCDE) se base sur le critère de RNB par habitant pour définir l'éligibilité des pays récepteurs d'aide et pour élaborer des études sur les flux de l'aide au développement. Les statistiques du CAD offrent la description la plus détaillée de l'aide au développement et permettent de quantifier et d'analyser le rôle de la coopération internationale au Maroc. Ainsi, selon le CAD, l'aide au développement (recettes nettes totales) vers le Maroc dans la période 2011 – 2013 totalise 17.608 millions d'USD, passant de 5.225 millions d'USD en 2011 à 7.988 en 2013, ce qui représente une augmentation de 53% en deux ans. La distribution par secteur de coopération, montre que le domaine « Autres services et infrastructures sociaux » concentre 23% des fonds reçus mais le domaine spécifique de « Santé et population » représente uniquement 0,6% des fonds reçus. L'appui aux « Services et infrastructures économiques » est le premier domaine en importance, avec 43% des fonds.

L'analyse des donateurs pour la période 2012 – 2013 montre que la France est le premier bailleur de fonds d'aide au développement pour le Maroc (773 millions USD), suivi par les institutions européennes (561 millions USD) et les États-Unis (232 millions USD). Le Fond arabe (AFESD), le Japon, et l'Allemagne suivent en importance⁶.

En outre, il est à noter que le système des Nations Unies a un long parcours de coopération au développement avec le Maroc. Actuellement, au total 17 Agences, Fonds et Programmes sont présents dans le pays et leur rôle est structuré par le Plan Cadre des Nation Unies pour l'aide au développement (UNDAF) 2012 – 2016. Le budget exécuté de l'UNDAF entre 2012 et 2014 totalise 107 millions USD, desquels 4,9 millions USD ont été alloués à des interventions en santé⁷. Finalement, il est à noter que les ressources financières allouées par l'UNFPA dans le 8PP ont eu un effet « levier » qui, pour le période 2012 – 2016, a été estimé à 668.736 USD⁸.

⁵ Organisation pour la Coopération Economique et le Développement (OCDE)

⁶ Source: OECD - DAC ; <http://www.oecd.org/dac/stats>. Aid at a glance by donor

⁷ Nations Unies au Maroc (2014) Rapport annuel; Plan cadre pour l'appui au développement et Plan d'action commun 2012 - 2016

⁸ Budgets Tokyo FM et AECID.

4 RÉPONSE STRATEGIQUE ET PROGRAMMATIQUE DE L'UNFPA

4.1 LA REPONSE STRATEGIQUE DE L'UNFPA

« Le Fonds des Nations Unies pour la Population cherche à réaliser un monde où chaque grossesse est désirée, chaque accouchement est sans danger, et le potentiel de chaque jeune est accompli. L'UNFPA accroît les possibilités pour les femmes et les jeunes de mener une vie saine et productive. » Ainsi, l'objectif principal de l'UNFPA est d'atteindre l'accès universel à la santé sexuelle et reproductive (SSR), la pleine réalisation des droits liés à la reproduction et la réduction de la mortalité maternelle. Les jeunes, les adolescents et les femmes, en particulier les plus vulnérables, forment la population à cibler en priorité. L'objectif principal devrait être atteint à travers la prise en considération des dynamiques de la population et l'adoption d'une approche sensible aux droits humains et à l'égalité de genre. Ceci constitue la logique de la stratégie de l'UNFPA qui devra être déclinée au niveau régional et national.

La stratégie d'action de l'UNFPA vise à appuyer les pays dans la mise en œuvre de leurs priorités nationales en relation avec les objectifs de la Conférence Internationale sur la Population et le Développement (CIPD). Elle est basée sur le principe de l'appropriation nationale et œuvre pour le développement des capacités nationales de façon inclusive tant au niveau gouvernemental qu'au niveau de la société civile. L'UNFPA base son engagement sur l'assistance technique aux programmes nationaux et sur le plaidoyer et le dialogue politique en considérant les institutions gouvernementales, la société civile et l'utilisation des médias.

Au niveau opérationnel, l'UNFPA cadre ses actions à travers des plans stratégiques pluriannuels. Ainsi, la période à laquelle se rapporte l'EPP (2012-2014), fait référence à deux plans stratégiques de l'UNFPA, à savoir :

- Le Plan Stratégique (PS) 2012-2013 ;
- Le Plan Stratégique (PS) 2014-2017.

Suite aux discussions avec l'équipe du Bureau Pays lors des réunions de démarrage, il a été décidé de baser l'analyse de l'EPP sur le Programme aligné au plan stratégique 2012-2013 (voir Annexe 11), puisque c'est dans ce cadre que l'exécution de la majeure partie du 8PP a eu lieu. Ainsi, il convient de souligner que le PP aligné en 2012 comprenait 3 produits correspondant à 3 effets du Plan stratégique 2012-2013 couvrant 4 principales composantes :

- Santé sexuelle et reproductive ;
- Santé maternelle ;
- Population et Développement ;
- Genre et LCVFG considéré comme composante transversale.

A noter également qu'un deuxième alignement a été fait en 2014 à l'issue du lancement du nouveau Plan Stratégique 2014-2017 tout en gardant les mêmes composantes, avec cette fois, l'introduction du Genre et LCVFG comme 4^{ème} Produit suite à la demande des partenaires du programme (voir Annexe 11). Cet alignement a donné lieu également à une revue des modes d'engagement de l'UNFPA (domaines d'intervention) en fonction des besoins et des capacités de financement. En effet, selon le Plan Stratégique 2014-2017, le Maroc fait partie des pays de la région appartenant à la catégorie « jaune » et l'intervention de l'UNFPA doit se limiter à deux modes d'engagement, à savoir : Plaidoyer, Dialogue Politique / Conseil et Gestion des Connaissances. Ceci a été pris en compte par l'équipe de l'évaluation dans les recommandations issues de l'analyse et la réponse aux questions évaluatives.

Tableau 2 : Modes d'engagement selon les besoins et la capacité de financement

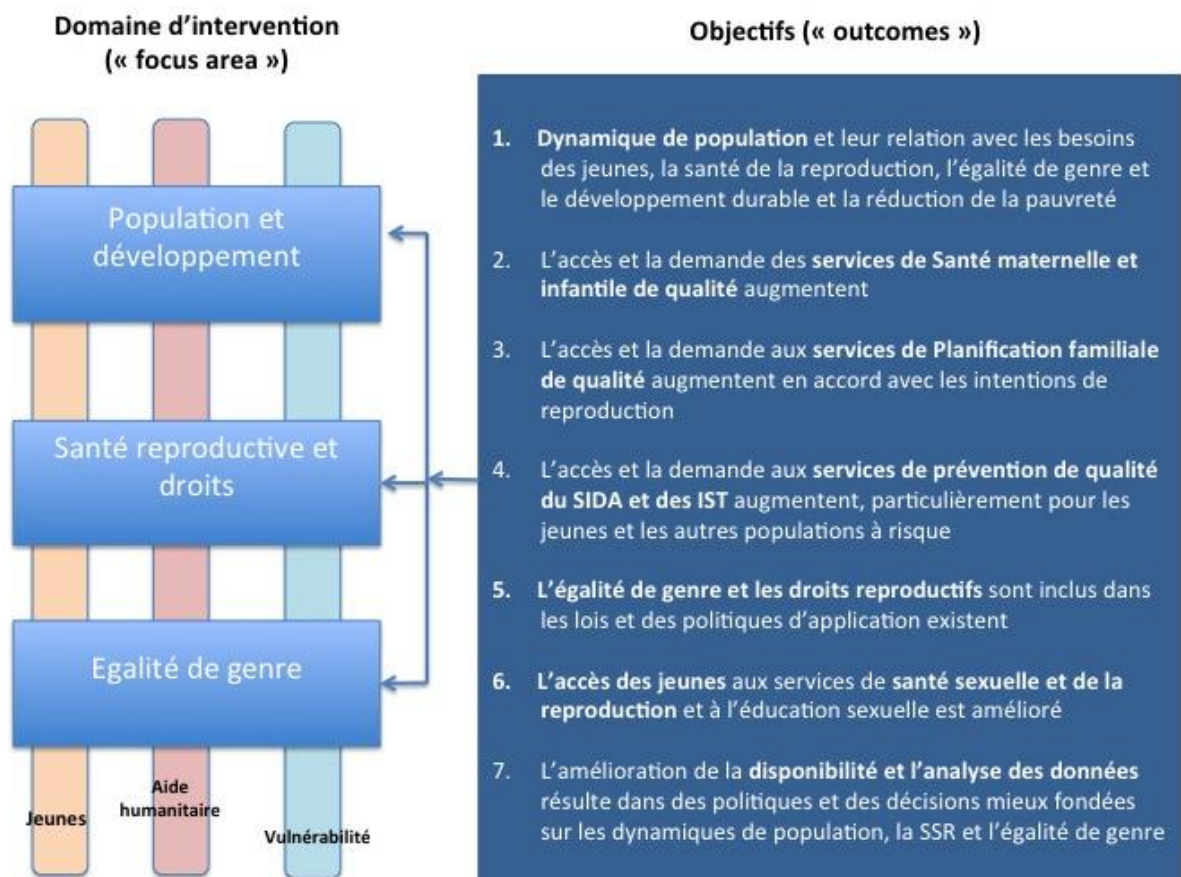
Capacité de financement	Besoins			
	Très élevé	Elevé	Moyen	Bas
Bas	P/DP, GC, DC, SD	P/DP, GC, DC, PS	P/DP, GC, CD	P/DP, GC
Moyen-inférieur	P/DP, GC, DC, SD	P/DP, GC, DC	P/DP, GC	P/DP
Moyen-supérieur	P/DP, GC, DC	P/DP, GC	P/DP	P/DP
Elevé	P/DP	P/DP	P/DP	P/DP

Source : Plan Stratégique 2014-2017

- **P/DP:** Plaidoyer, Dialogue Politique/ conseil **GC:** Gestion des Connaissances
- **DC:** Développement des Capacités **PServ:** Prestation de Services

Les effets (outcomes) sur lesquels le PS 2012-2013 est centré sont les suivants:

Figure 5 : Schéma synthétique de la structure du Plan Stratégique de l'UNFPA (2012-2013)



De plus, les principales orientations stratégiques à développer au niveau national et qui découlent de la révision du PS 2008-2011, sont les suivantes:

1. Mettre l'accent sur l'obtention des résultats (GAR);
2. Rompre avec les pratiques favorisant la multiplication des partenaires et des zones d'intervention pour éviter l'éparpillement des ressources;
3. Placer les priorités du pays au cœur du programme de coopération;
4. Favoriser la programmation conjointe et les programmes conjoints pour optimiser les avantages comparatifs
5. Œuvrer pour davantage d'intégration et d'intersectorialité;
6. Mettre l'accent sur les catégories prioritaires de population: les femmes et les jeunes, y compris les adolescents.

Ces orientations devraient permettre au Bureau Pays de contribuer de façon plus efficace à la réponse du Maroc face aux défis actuels en termes de population vulnérable et de santé sexuelle et de la reproduction.

4.2 LA REPONSE DE L'UNFPA A TRAVERS LE 8^{EME} PROGRAMME PAYS

4.2.1 Aperçu du précédent cycle stratégique de l'UNFPA au Maroc

Les principaux résultats du 7CP sont⁹:

1. Des stratégies nationales sur la santé de la reproduction, la santé maternelle et la santé des jeunes, et la lutte contre les violences fondées sur le genre ont été préparées;
2. Les normes et les standards de certification des maisons d'accouchement sont disponibles;
3. Les services de détection du cancer du sein et du col sont intégrés dans 136 centres de santé et 4 centres de référence ;
4. La santé sexuelle et reproductive, la violence basée sur le genre et les droits humains sont intégrés dans les activités éducatives de 500 oulémas;
5. Des partenaires clés, y compris les associations de jeunes, ont participé à l'élaboration de la stratégie nationale intégrée de la jeunesse;
6. 1 500 éducateurs pairs formés en matière de santé reproductive, y compris le VIH / SIDA;
7. Une chaîne de services médicaux, sociaux et juridiques et un système d'information sur la violence fondée sur le genre sont créés; des cellules de prise en charge sont progressivement mises en place dans les tribunaux et des unités de PEC dans les hôpitaux ;
8. Un modèle pour l'intégration des questions de population, y compris le genre, dans les plans de développement a été développé dans l'une des 64 provinces ;
9. Le rapport sur les objectifs du Millénaire pour le développement spécifique à la région de Meknès est disponible.

Les principaux défis identifiés, qui découlent de l'évaluation de son exécution, à tenir en compte pour la période 2012-2016 sont :

- La synergie entre les composantes du programme;
- L'approche intersectorielle et la coordination;
- L'implication des hommes dans les programmes de santé sexuelle et reproductive et la violence fondée sur le genre;
- La participation des jeunes;

⁹United Nations Population Fund - Draft country programme document for the Kingdom of Morocco, program period (2012-2016)

- La capacité d’appropriation nationale et le nombre de partenaires.

Ainsi que les bonnes pratiques suivantes:

- De nouveaux partenariats stratégiques avec la Rabita Mohammedia des Oulémas et l’Association Lalla Salma de Lutte contre le Cancer;
- L’intégration dans le PASS (Programme d’Appui Sectoriel à la Santé), appui budgétaire direct au ministère de la santé, en coalition avec l’Union Européenne, l’Agence Espagnole pour la Coopération Internationale au Développement (AECID) et l’Agence Française pour le Développement (AFD);
- Le développement d’interventions pilotes comme modèles;
- La flexibilité pour s’adapter à la gestion axée sur les résultats.

Par ailleurs, tel que mentionné dans la formulation du 8PP, celui-ci s’inscrit dans la continuité du programme précédent en tenant compte des leçons apprises:

- Une implication plus forte sur le dialogue politique en ce qui concerne la santé et les jeunes ;
- Un renforcement des partenariats fiables et efficaces ;
- Un accent sur la coordination intersectorielle ;
- L’implication des hommes dans les programmes de santé sexuelle et reproductive et de lutte contre la violence basée sur le genre ;
- Le plaidoyer sur l’importance des relations entre la population et le développement.

4.2.2 Le 8^{ème} Programme de Pays : logique de l’intervention

Le 8PP s’articule autour de 4 composantes:

- Santé sexuelle et reproductive (SSR) (santé maternelle, cancer du col de l’utérus, planification familiale et VIH/sida) ;
- Santé sexuelle et reproductive chez les jeunes et les adolescents ;
- Egalité de genre et lutte contre la violence basée sur le genre ;
- Population et développement.

Chacune des composantes et sous composantes est traitée à travers plusieurs interventions clés (voir diagramme d’effets, Annexe 5) qui visent à l’atteinte des trois produits suivants :

1. **CP8 Output 1:** Le droit des populations vulnérables, particulièrement les jeunes, à l’information et à l’accès aux services de santé sexuelle et reproductive de qualité, sont intégrés dans les politiques et stratégies nationales selon une approche intersectorielle, participative et sensible au genre ;
2. **CP8 Output 2:** La demande et l’accès à des services de santé maternelle de qualité sont augmentés selon une approche intersectorielle et inclusive de la société civile ;
3. **CP8 Output 3:** Les stratégies et les plans sont renseignés à travers la génération des connaissances et la production des évidences relatives aux questions démographiques émergentes et la SSR chez les jeunes et les femmes, particulièrement les plus vulnérables.

Le diagramme des effets (Annexe 5) reflète la reconstruction de la logique de l’intervention et la relation entre le 8PP (axes d’interventions, composantes et produits), les effets (outcomes) du PS 2012-2013 et les effets (outcomes) du Plan d’Action Commun (PAC) de l’UNDAF.

L’exercice de reconstruction de la logique d’intervention a été réalisé par l’équipe d’évaluation, avec la contribution du BP, mais non sans difficultés vu la diversité des documents à consulter et de versions d’un même document, la fragmentation de l’information et les modifications opérées tout au long de l’exécution.

Il est à remarquer le grand nombre d'interventions clés, en particulier pour la composante SSR, et surtout, la complexité des relations entre les sous composantes et les interventions clés (voir diagramme d'effets, Annexe 5).

4.2.3 La structure financière du 8^{ème} Programme de Pays

Le 8PP est formulé sur la base d'un budget estimatif de 14 millions de dollars. Les budgets réels sont annuellement alloués, suivant les procédures de l'UNFPA. Ces budgets peuvent être complétés par des fonds mobilisés par le Bureau Pays ou par des apports ponctuels provenant du bureau régional.

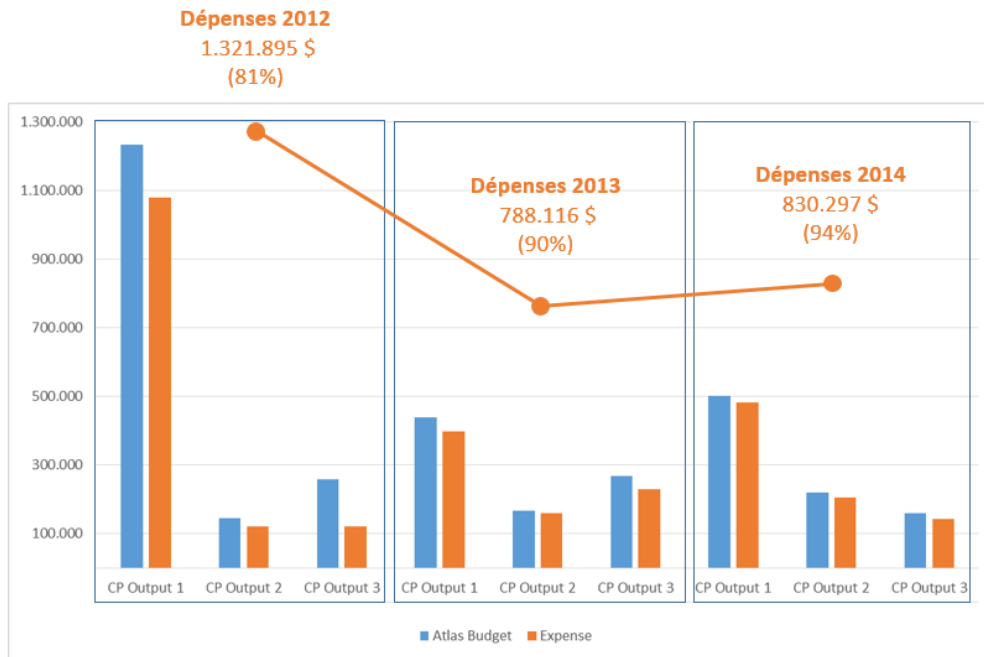
Les fonds reçus annuellement sont répartis entre les différents partenaires dans le cadre des Plans de Travail Annuels (PTAs), et les PTA à exécuter par l'UNFPA.

Il faut souligner que, pour des contraintes administratives, les budgets alloués à des interventions de certains partenaires ont été mis dans les PTAs d'autres partenaires, comme c'est le cas par exemple des activités Y-Peer incluses dans le PTA du BP en 2014 et d'autres partenaires tel que le cas de l'AMPF.

L'Atlas Project est l'outil employé pour l'analyse de l'exécution budgétaire du 8PP. L'exécution budgétaire du 8PP entre 2012 – 2014 montre un niveau de dépense élevé et qui progresse annuellement, passant de 81% d'exécution en 2012 à 94% en 2014. Le taux d'exécution budgétaire en 2012 répond au fait d'être l'année de démarrage du programme de pays ayant coïncidé avec un climat d'incertitude au sein des partenaires gouvernementaux suite à la nomination du nouveau gouvernement.

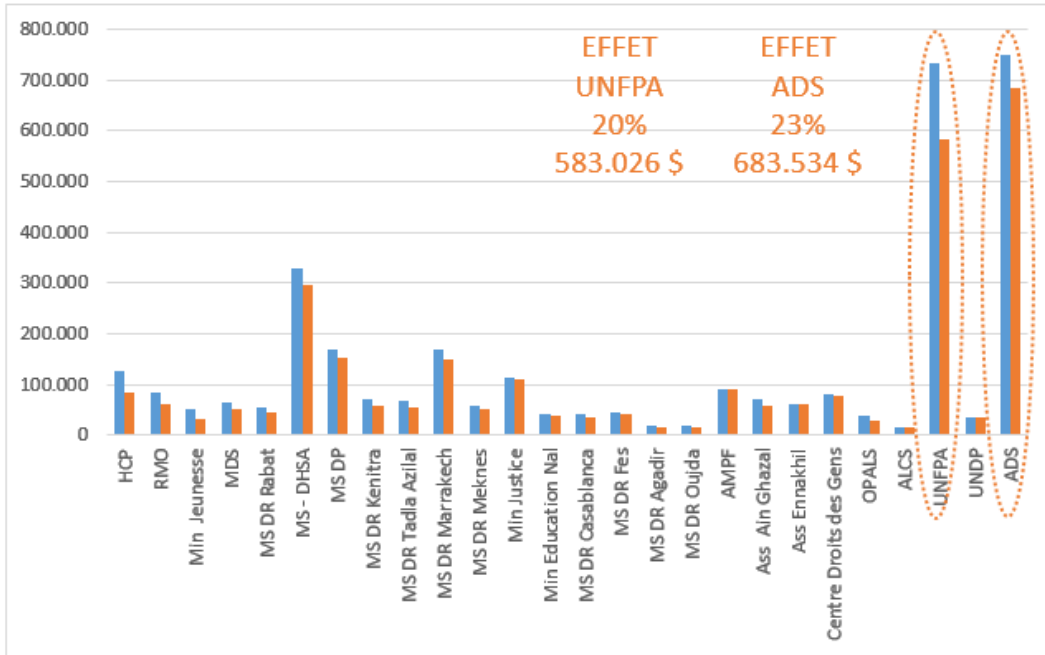
La figure suivante présente les chiffres clés de l'exécution budgétaire des trois années (budget *versus* exécution), par output. La dépense cumulée atteint 2.940.308 USD ; l'output 1 concentre la plupart de la dépense cumulée (67%) et l'output 2 et l'output 3 représentent chacun 16.5% de la dépense cumulée.

Figure 6 : Evolution de l'exécution budgétaire 2012 – 2014



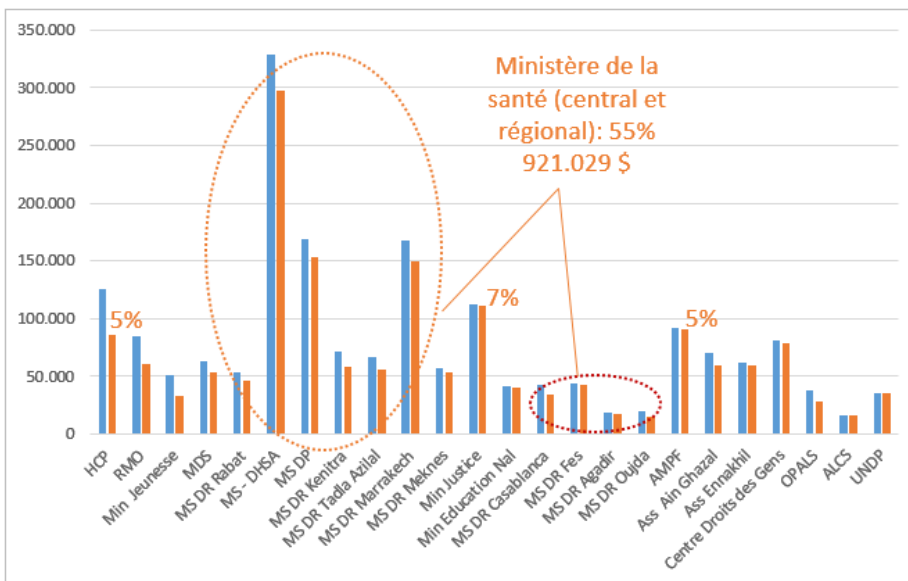
L'analyse de l'exécution budgétaire par partenaire montre plusieurs faits. Un premier niveau d'analyse montre que l'ADS et l'UNFPA à eux seuls gèrent 43% de la dépense cumulée des trois années (voir figure suivante). Il est à noter que ce chiffre pourrait être surestimé car une partie de la dépense des activités figurant dans les PTA de certains partenaires sont exécutées directement par l'UNFPA. En effet, une bonne partie des activités réalisées directement par l'UNFPA se rapportent aux appels d'offre relatifs aux assistances techniques, suite aux communs accords avec les partenaires concernés dans le but d'éviter les retards dus aux procédures au sein de ces partenaires. A ceci s'ajoute toutes les activités et les événements transversaux que l'UNFPA organise annuellement, tel que la Journée Mondiale de la Population, le lancement du Rapport de l'Etat de la Population Mondiale, etc.

Figure 7 : Exécution budgétaire cumulée 2012 - 2014 par partenaire (y compris UNFPA et ADS)



Un deuxième niveau d’analyse, qui ne tient pas compte de « l’effet ADS + UNFPA », permet de mieux apprécier le poids des différents partenaires dans l’exécution budgétaire. Dans ce cas, le Ministère de la Santé, à travers ses directions centrales (DHSA et DP) et ses Directions régionales, concentre 55% de la dépense cumulée. Dans une bien moindre mesure, les autres partenaires significatifs en exécution budgétaire par rapport au budget global du PP sont le MJS (7%), le HCP (5%), et l’AMPF (5%).

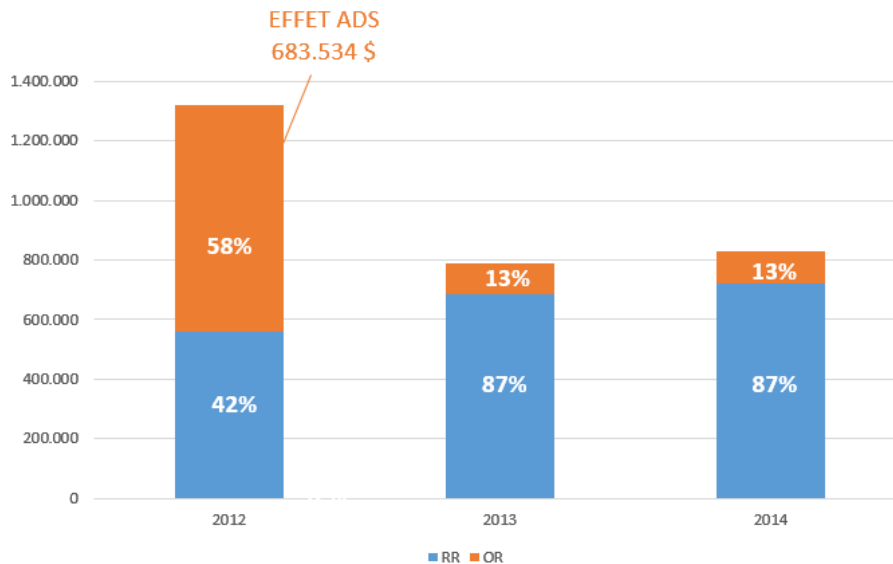
Figure 8 : Exécution budgétaire cumulée 2012 - 2014 par partenaire (sans « effet ADS + UNFPA »)



L'analyse par nature d'organisation montre que les fonds du 8PP (toujours sans « effet ADS + UNFPA ») sont véhiculés majoritairement à travers les acteurs étatiques (78%) et que les organisations de la société civile gèrent 20% de la dépense cumulée. L'UNDP a géré le 2% restant dans le cadre de transfert de fonds entre agences des Nations Unies pour la mise en œuvre des programmes conjoints, dont il assure le leadership pour la gestion. Une analyse plus détaillée montre que, sans compter la dépense exécutée par l'ADS, l'UNFPA et le MS, la dépense cumulée moyenne exécutée par partenaire est d'environ 58.000 USD sur les trois ans.

La figure suivante montre les dépenses du 8PP selon la classification par Ressources Régulières (RR) et Ressources Mobilisées (Other Ressources – OR). L'exécution de la contribution de l'ADS, qui représente un montant de 683.534 USD est concentrée en 2012. Le reste des Ressources Mobilisées comprend un don japonais « FM Tokyo », une contribution financière du MENFP et du HCP ainsi qu'un don des ambassades de la Norvège et du Canada.

Figure 9 : Exécution budgétaire 2012 - 2014 par origine des ressources (ressources régulières et ressources mobilisées)



5 RÉSULTATS : RÉPONSE AUX QUESTIONS D’ÉVALUATION

5.1 NIVEAU D’ANALYSE PROGRAMMATIQUE

5.1.1. Pertinence et réactivité

Q1. Dans quelle mesure l’appui du Bureau de Pays est-il (i) adapté aux besoins de la population cible (ii) en ligne avec le mandat et la stratégie de l’UNFPA et (iii) répond-il aux priorités nationales exprimées dans l’UNDAF et son plan d’action commun? Est-ce que les interventions prévues reflètent adéquatement les résultats attendus du Programme de Pays?

Résumé

De façon générale, l’appui du BP à travers le 8PP en basant ses interventions clés sur les besoins en SSR des femmes et jeunes en situation de vulnérabilité a permis de consolider la majorité des acquis du 7PP par la mise en œuvre d’activités en conformité avec les priorités nationales. Les quatre composantes (SSR, SSR jeunes, P&D, genre et LCVFG) du 8PP ont été conçues sur la base des données démographiques et épidémiologiques et des études rigoureuses. De plus, un nombre élevé d’actions du 8PP concernent la réalisation d’études sur les besoins et les attentes de la population.

L’analyse du contenu du 8PP montre qu’il est aligné avec le mandat et la stratégie de l’UNFPA et avec le Plan d’action commun de l’UNDAF. Le 8PP répond, de même, totalement, aux priorités nationales dans les thématiques concernées. Toutes les interventions clés font partie des actions considérées dans les stratégies et les programmes en vigueur. La société civile est incluse dans différentes activités, mais son rôle devrait être renforcé, vu l’importance de la fonction d’interface qu’elle peut jouer entre les institutions et la population cible, en particulier pour l’accès à l’information et l’expression des besoins.

Les interventions clés du 8PP visent à l’atteinte des résultats escomptés et répondent aux besoins identifiés, aussi bien pour la population cible que pour les partenaires. Par contre, le diagramme d’effets qui reconstruit la logique de l’intervention reflète une structure complexe où les composantes principales touchent plusieurs produits attendus et où plusieurs interventions clés visant théoriquement l’atteinte d’un produit, visent aussi l’atteinte d’autres produits. Cette structure peu compartimentée, même si cohérente, rend difficile la lisibilité de la logique du 8PP.

Q1S1) Les besoins de la population cible (les femmes et les jeunes, en particuliers les plus vulnérables) sont tenus en compte tout le long du processus de la programmation, de la mise en œuvre et du suivi.

Les études ont montré les disparités persistantes dans l’accès aux services et à l’information en matière de SSR en fonction des niveaux de revenu et de scolarisation et du milieu de résidence. Le ciblage de la population bénéficiaire a pris en considération les besoins de certains sous-groupes particulièrement exclus ou à risque. Il s’agit d’abord des femmes en milieu rural qui présentent les indicateurs les plus faibles des programmes de santé reproductive (p.ex : couverture plus faible en CPN, PF et accouchements assistés, mortalité maternelle plus élevée) ; ensuite, les femmes victimes de tout type de violence, estimées à plusieurs milliers par an, ce chiffre pourrait être supérieur si l’on tient compte de l’indisponibilité de sources fiables de données ; puis des personnes en situation de handicap ; enfin, le milieu carcéral a

fait l'objet de quelques activités d'intégration de la LCVFG et la SSR, aussi bien pour les détenus que pour les fonctionnaires de l'administration pénitentiaire.

Un aperçu rétrospectif des trois derniers PP montre une production significative d'études et d'analyses réalisées avec les différents acteurs, qui a permis de décrire les lacunes et les déficits en matière de disponibilité, accessibilité, acceptabilité et qualité des services de SSR dans le système national de santé et dans certains dispositifs sociaux y afférents (jeunesse, LCVFG). Il est aussi à noter que les données produites par le système national d'information sanitaire et le système national de statistiques ont fait partie des outils fondamentaux pour l'analyse de la situation en matière de SSR.

En matière de SSR, la cadence de production d'études, d'enquêtes et des données de l'UNFPA et de ses partenaires a été constante tout au long de la période considérée et continue actuellement dans une bonne dynamique. Par conséquent, l'information et les évidences sur les thématiques abordées par le 8PP et sur les groupes de population bénéficiaires sont disponibles depuis le premier moment d'identification et accompagnent toutes les phases du cycle de vie du programme.

L'approche participative, visant la prise en considération des besoins des populations vulnérables et la promotion de leur implication, est mise en œuvre au moyen de mécanismes institutionnels ou programmatiques prévus à tel effet, soit des organismes ou programmes publics, soit des organisations de la société civile. À titre d'exemple, la Stratégie Nationale de la Santé de la Reproduction 2011 – 2020, un des documents cadre du 8PP, intègre parmi ses principes de base «*la programmation centrée sur les besoins de la population*» et, par conséquent, oriente les interventions de l'UNFPA dans ce sens. L'évaluation a pu constater l'interaction entre les partenaires et l'UNFPA et le travail de proximité de certaines associations auprès des populations vulnérables tout au long du cycle de vie du 8PP, mais l'application généralisée de l'approche participative n'a pas pu être suffisamment documentée.

Par rapport à l'approche intersectorielle de la programmation, la mise en œuvre et le suivi, il est à noter que les efforts déployés par le BP de l'UNFPA au Maroc doivent être importants face à des partenaires institutionnels qui adoptent systématiquement une approche verticale par projet. Concrètement, il a été noté une faible considération de l'approche intersectorielle dans la mise en œuvre et le suivi de certaines activités planifiées et exécutées individuellement et de façon verticale¹⁰. A titre d'exemple, le MS, avec l'appui de l'OMS et sans concertation avec les autres départements, notamment le MEN, a lancé en 2014 l'élaboration d'un guide sur la démarche de l'éducation à la Santé Sexuelle et Reproductive basée sur les compétences psycho-sociales, manuel traitant de la même thématique que celui qui a déjà été réalisé en 2009 par le MEN avec l'appui de l'UNICEF¹¹.

Q1S2) Le8PP est aligné avec le mandat et la stratégie de l'UNFPA et avec le Plan d'action commun de l'UNDAF.

Le8PP est en harmonie avec le mandat et la stratégie globale de l'UNFPA sur le volet accès universel à la SSR, la promotion des droits reproductifs, la réduction de la mortalité maternelle et la réduction des violences basées sur le genre, avec une attention particulière sur l'accès des jeunes à l'information et aux services en rapport avec la SSR.

Le plan stratégique révisé 2012-2013 de l'UNFPA est centré sur 7 effets : dynamique de la population, santé maternelle et infantile, planification familiale, services de prévention du sida et des IST, égalité de genre et droits reproductifs, santé sexuelle et de la reproduction et

¹⁰ Absence de rapport/compte rendu de réunions intersectorielles de mise en œuvre concerté des interventions sectorielles

¹¹ Développement des compétences psychosociales des enfants et des jeunes au Maroc-2009. Programme de coopération Maroc / UNICEF 2007-2011

éducation sexuelle des jeunes, disponibilité et analyse des données. Un important effort d'alignement entre le8PP et le Plan Stratégique global de l'UNFPA 2014-2017a été réalisé en 2014. Le document d'alignement indique que les objectifs et les interventions clés du8PP mettent en pratique de manière cohérente ces orientations stratégiques globales dans le contexte et les priorités nationaux.

Le8PP répond bien aux domaines de l'UNDAF (2012-2016) au Maroc, en particulier ceux relatifs à l'amélioration de la santé et de l'état nutritionnel de la population (Outcome / Effet 2) et le développement socioéconomique et la réduction de la vulnérabilité et des inégalités (Outcome / Effet 3).

Les **produits 1 et 2 du8PP** apportent leur appui dans l'accélération de la réduction de la mortalité maternelle, le renforcement des services de planification familiale, l'offre de services de détection précoce du cancer du col l'utérus, la promotion de l'accès aux informations et services de la santé sexuelle et reproductive pour les jeunes et la lutte contre le VIH/sida.

Ils sont cohérents avec l'Outcome 2 et Outputs 2.1 / 2.3 / 2.4 / 2.5 et avec l'Outcome 3 et Outputs 3.1 / 3.2 / 3.3 / 3.4 (voir les énoncées dans l'encadré ci-dessous).

Le **produit 3** concernant la composante de Population et Développement est aligné avec les orientations de l'UNDAF, notamment au niveau de l'Effet 3 (vulnérabilité) avec les Output 3.1 et 3.4. Dans la formulation initiale du8PP ces activités étaient aussi en relation avec l'Effet 4 (gouvernance), mais suite à l'exercice d'alignement de 2014, le lien n'est accordé qu'avec l'Effet 3 de vulnérabilité.

Figure 10. Outcomes et outputs de l'UNDAF auxquels répond le8PP.

<p>Outcome 2. L'amélioration de la santé et de l'état nutritionnel de la population</p> <p>Output 2.1. Les stratégies et les plans nationaux visant la réduction de la mortalité, de la morbidité maternelle et périnatale et l'accès universel à la SSR sont mis en œuvre et régulièrement revue selon une approche droits humains et inclusive de la société civile.</p> <p>Output 2.2. Les stratégies et les plans nationaux visant la réduction de la mortalité et de la morbidité infanto-juvéniles sont mis en œuvre et régulièrement revus selon une approche droits humains et inclusive de la société civile.</p> <p>Output 2.3. Les partenaires nationaux actifs dans le domaine de lutte contre le VIH et la tuberculose disposent des capacités nécessaires en matière de planification, implantation et suivi évaluation pour assurer l'accès universel des populations vulnérables à des services de prévention, traitement et appui social de qualité et respectant les droits humains.</p> <p>Output 2.4. L'intégration et la mise en œuvre des stratégies nationales de prévention et de contrôle des troubles nutritionnels et des maladies chroniques, y compris le cancer, sont appuyées.</p> <p>Output 2.5. L'appui aux réformes du système de santé notamment le processus de la régionalisation selon les principes de l'équité et de la bonne gouvernance est assuré.</p>
<p>Outcome 3. Le développement socioéconomique et la réduction de la vulnérabilité et des inégalités</p> <p>Output 3.1. Les approches multidimensionnelles de réduction de la pauvreté et de la vulnérabilité sont promues et utilisées</p> <p>Output 3.2. Les capacités organisationnelles, institutionnelles et de participation des organisations de la société civile ciblant les populations vulnérables dans les médinas, les zones rurales et périurbaines, sont accrues</p> <p>Output 3.3. Des interventions modèles d'appui à l'autonomisation socio-économique des femmes et à la lutte contre les violences basées sur le genre, sont développées et mises en œuvre pour favoriser l'accès aux ressources et la promotion de la culture de l'égalité</p> <p>Output 3.4. Les systèmes d'information nationaux/locaux et la production des connaissances sur les</p>

questions émergentes de population et sur les impacts sociodémographiques répondent aux besoins d'un meilleur S&E des politiques et des programmes de lutte contre la pauvreté et les inégalités

Q1S3) Le8PPest cohérent avec les priorités nationales en matière de SSR, en particulier pour les jeunes, et de participation de la société civile

Santé maternelle

Les interventions clés sont totalement cohérentes avec les stratégies et les priorités nationales ; de manière globale, avec la Stratégie Sectorielle de Santé 2012 – 2016 et, de manière plus précise, avec la Stratégie Nationale de la Santé de la Reproduction 2011 – 2020 et avec le Plan d'action d'accélération de la réduction de la mortalité maternelle, néonatale et infanto juvénile pour la période 2013 – 2015.

La planification et la mise en œuvre du8PP sont faites conjointement avec le MS, niveau central (DP et DHSA) et avec les Directions Régionales de Santé des zones d'intervention cibles, ce qui permet d'assurer un clair alignement avec les priorités nationales. Également, la totalité des actions d'appui aux programmes et services de santé est faite à travers les structures et les équipes du système national de santé, ce qui constitue un élément de renforcement des capacités nationales et d'appropriation.

Le choix des zones d'intervention par rapport à la sous composante de santé maternelle est justifié sur la base des indicateurs pris en considération par l'équipe du BP, tels que la mortalité maternelle selon le milieu, le nombre des maisons d'accouchement certifiées, le pourcentage de césariennes et le taux de pauvreté, entre autres. Le déploiement des activités du 8PP sur le territoire s'est également appuyé sur des critères qualitatifs tels que les opportunités de partenariat ou la qualité des services existants et l'engagement des responsables régionaux.

Détection précoce du cancer du col de l'utérus

Les activités du 8PP concernant la détection précoce du cancer du col sont totalement alignées avec le Plan National de Prévention et de Contrôle du Cancer (PNPCC) 2010-2019. Les actions de l'UNFPA pour appuyer ce programme sont encadrées par un partenariat 2010-2012 tripartite avec le MS et la Fondation Lalla Salma. La couverture géographique des activités appuyées par le8PP correspond aux décisions d'implantation du programme, qui doit se faire en deux phases :

- Phase pilote d'implantation progressive dans les provinces de 5 régions (2010-2014) (initiée dans la province de Témara) ;
- Phase de généralisation progressive dans la totalité du pays (2015-2019).

Les critères de sélection des 5 régions ont été déterminés conjointement par les trois partenaires et se sont appuyés sur l'existence d'un Centre Hospitalier Universitaire, la disponibilité d'équipes de formateurs, la disponibilité d'un centre de référence en santé de la reproduction, l'existence de laboratoires d'anatomie pathologie équipés, la motivation, la prédisposition et l'engagement des équipes régionales.

Même si les activités du 8PP concernant la détection précoce du cancer du col de l'utérus n'ont pas comme partenaire principal ni secondaire des organisations de la société civile, les PTAs de 2013 et de 2014 ont prévues des activités de renforcement des capacités des ONGs nationales et locales au niveau des six régions cibles, à travers l'organisation de sessions de sensibilisation et de journées portes ouvertes.

Planification familiale

Les activités du 8PP d'appui au PNPf répondent aux constats et aux priorités marquées par les différents documents stratégiques nationaux. La Stratégie Nationale de la Santé de la Reproduction 2011 – 2020 cherche à diminuer les besoins non satisfaits en matière de contraception et à augmenter l'utilisation des méthodes de longue durée.

VIH/SIDA

Le Plan Stratégique National de Lutte Contre le Sida 2012-2016, constitue le cadre institutionnel unique d'action de tous les partenaires nationaux dans lequel s'est inscrit l'appui du Bureau Pays de l'UNFPA au Maroc à travers le plan inter-agence coordonné par l'ONUSIDA. Cet appui à travers les interventions clés du 8PP est cohérent avec le plan stratégique national, notamment par l'amélioration de l'accès des jeunes aux services IST et au dépistage du VIH etc. Le BP participe également en tant que membre co-titulaire dans la structure de gestion (le Comité de Coordination Marocaine contre le Sida et la Tuberculose (CCM/ST)).

SSR Jeunes

Les interventions clés du 8PP, en matière de Santé Sexuelle et Reproductive des Adolescents et jeunes, concordent avec les orientations des différentes stratégies ministérielles, ce qui indique un fort degré de cohérence et d'alignement entre les programmes du BP, les documents de politique du gouvernement¹² et ceux élaborés par les ministères dans le cadre de leurs stratégies sectorielles (Stratégie Nationale Intégrée de la Jeunesse (SNIJ), Stratégie Nationale de Promotion de la Santé des Jeunes au Maroc (2011-2020), Plan d'Action Intersectoriel pour la Santé Scolaire et Universitaire / Promotion de la Santé des Jeunes (2013-2016), Plan Stratégique National de Lutte Contre le Sida 2012-2016, Stratégie Sectorielle de la Santé 2012-2016, Stratégie Nationale de la Santé de la Reproduction 2011-2020 (MS)). Dans l'ensemble, il faut reconnaître que le 8PP a contribué à améliorer l'accès des jeunes à l'information en matière de Santé Sexuelle et Reproductive, bien qu'une partie non négligeable des cibles vulnérables, représentées par les adolescents et jeunes hors milieu scolaire, n'a pas encore accès aux dites informations¹³.

Q1S4) Le 8PP est cohérent avec le cadre référentiel national pour l'égalité des sexes et la lutte contre la violence à l'égard des femmes

Le 8PP est cohérent avec le cadre référentiel national pour l'égalité des sexes et la LCVFF. En matière de LCVFF, et notamment l'objectif d'éradication de la violence, l'UNFPA a accompagné et appuyé depuis 2006 la mise en œuvre de la stratégie nationale de LCVFF dans toutes ses dimensions. L'élaboration et surtout la mise en œuvre du Plan gouvernemental de l'égalité (PGE) pour la période 2012 -2016 a ainsi bénéficié de la dynamique créée par l'appui de l'UNFPA (PP6, PP7 et PP8) pour l'intégration de l'approche genre et la VFG dans les politiques nationales et les programmes de développement.

¹² Orientations de la constitution de 2011, Discours royale 2012 lors du 59ème anniversaire de la Révolution du Roi et du peuple, Déclaration du Gouvernement 2012.

¹³ Banque Mondiale (2012), Enquête Ménage et Jeunes au Maroc, Etude sur L'Intégration de la Santé Sexuelle et Reproductive (SSR) dans les Maisons des Jeunes et Structures Féminines du Ministère de la Jeunesse et des Sports, 2014, Rapport de la mission d'évaluation du Projet Conjoint «Jeunes en Action» Octobre 2008.

Q1S5) Les interventions prévues dans le 8PP s’inscrivent bien dans les résultats escomptés et représentent une réponse appropriée aux besoins identifiés (Théorie de Changement)

Santé maternelle

L’Output 2 du 8PP vise l’augmentation de la demande et de l’accès aux services de santé maternelle à travers une approche intersectorielle et inclusive de la société civile. Il s’agit d’une formulation en cohérence avec le Plan Stratégique de l’UNFPA et un des éléments centraux de son mandat (« grossesses désirées et accouchements sans danger »). La logique de l’intervention pour l’atteinte de l’Output 2 est structurée autour de trois axes d’intervention : i) capacités de planification et de gestion du MS ; ii) élargissement de l’accès aux services de santé de qualité ; iii) augmentation de la demande.

Détection précoce du cancer du col de l’utérus

La sous composante du cancer du col de l’utérus est traitée dans l’axe d’intervention « Intégration de la détection précoce du cancer du sein et du col de l’utérus dans les soins de santé primaires ». Cet axe d’intervention devrait contribuer à l’obtention du produit 1 du 8PP, « Le droit des populations vulnérables, particulièrement les jeunes, à l’information et à l’accès aux services de SSR de qualité, est intégré dans les politiques et stratégies nationales selon une approche intersectorielle, participative et sensible au genre ». L’axe d’intervention est décliné en quatre actions. Ces quatre actions définies dans le 8PP ont subi un léger changement pendant l’exécution, fruit de l’adaptation au contexte et aux partenaires. Les actions réelles sont indiquées dans le diagramme des effets ; elles répondent parfaitement à l’axe d’intervention, qui à son tour, contribue à l’obtention du produit 1 espéré (voir Diagramme des effets).

Une autre intervention clé aurait pu être ajoutée par rapport à la sensibilisation de la société civile et la communication auprès de la population. Le taux de participation étant primordial pour l’efficacité du programme, ces activités sont fondamentales.

La formation des formateurs gynécologues au dépistage par Inspection Visuelle après Application d’Acide Acétique (IVA) et au Traitement par Thermo-Coagulation et Résection à l’Anse Diathermique (RAD) des lésions précancéreuses du col utérin, réalisée en 2014 en Inde (l’hôpital Nargis Dutt Memorial Cancer Hospital (NDMCH), Barshi, Maharashtra) est une activité vouée à s’enquérir des expériences réussies dans d’autres contextes semblables. Cette activité, peut ainsi être considérée dans l’intervention du Produit 2 « Participation des partenaires aux rencontres nationales pour s’enquérir des expériences réussies et des évidences » (voir Diagramme d’effets).

Planification familiale

La sous composante de la PF est traitée dans l’axe d’intervention « élargissement de l’accès aux services de santé maternelle et SSR de qualité ». Cet axe d’intervention vise à contribuer à l’obtention du produit 2 du 8PP, « la demande et l’accès aux services de santé maternelle sont augmentés à travers une approche intersectorielle et inclusive de la société civile ».

La PF représente une seule intervention dans la formulation du 8PP : « Appuyer l’élargissement de l’offre en matière de planification familiale ». Par contre, les activités réalisées dans la période évaluée concernent aussi la qualité de l’offre et la capacité de gestion à travers l’appui à la redynamisation du counselling et l’introduction d’un système informatique pour la gestion des produits contraceptifs.

VIH/SIDA

Concernant le domaine du VIH/Sida, les interventions clés du 8PP s'inscrivent également dans le résultat 1. La réponse est également appropriée au vu des besoins identifiés notamment en terme d'actions visant la réduction de la stigmatisation et la discrimination vis-à-vis des personnes vivant avec le VIH et les populations clés plus exposées aux risques d'infection, l'amélioration de l'accès aux services de dépistage et de prise en charge des PVVIH par leur implantation au niveau des établissements de soins de santé primaire (ESSP), et le renforcement des capacités de gestion de certaines ONGs notamment l'AMPF et l'OPALS¹⁴.

SSR Jeunes

Les interventions clés du 8PP, visant le renforcement de l'accès des jeunes et des populations vulnérables à l'information et aux services de Santé Sexuelle et Reproductive (SSR), fondées sur les droits et le genre, s'inscrivent parfaitement dans le résultat 1. Elles représentent autant d'interventions pour assurer une réponse appropriée aux différents besoins des jeunes en matière d'accès à l'information et aux services de qualité. A titre d'exemple, le renforcement des prestations des Espaces Santé Jeunes en matière de SSR et l'amélioration de leur attractivité, la promotion des NTIC pour assurer l'accès à l'information à tous les jeunes, la standardisation du contenu de l'approche d'éducation par les pairs et l'amélioration des moyens pédagogiques jeunes, le plaidoyer auprès des parlementaires, décideurs, leaders d'opinion et religieux pour promouvoir l'accès des adolescents et des jeunes aux droits à la SSR, la promotion de l'intégration de la SSR, du genre et des DH dans les stratégies et programmes ciblant les personnes handicapées, etc.,

Population et développement

La composante P&D est destinée à concrétiser, à travers le partenariat avec le CERED, le résultat 3 du 8PP « les stratégies et les plans sont renseignés à travers la génération des connaissances et la production des évidences relatives aux questions démographiques émergentes et la SSR chez les jeunes et les femmes, particulièrement les plus vulnérables ». On peut citer, à titre d'illustration, l'élaboration du rapport relatif au bilan global des réalisations du programme « Population et Développement au Maroc, vingt ans après la conférence du Caire de 1994, CIPD+20 » et l'enquête pilote sur la migration internationale. Son axe stratégique repose sur « la production et l'utilisation des données et connaissances pour la promotion de l'approche basée sur les évidences et les résultats », dont l'activité principale est de « Développer la recherche sur les questions liées aux défis démographiques avec la participation des jeunes ».

Egalité de genre et LCVBG

Les interventions clés de la composante genre et lutte contre les VFG, réalisées dans le cadre des PTA 2012, 2013 et 2014 ont contribué à l'atteinte des produits par rapport au volet sensibilisation de la population cible sur les VFG et l'amélioration de l'accès des FVV du milieu urbain et périurbain aux services de PEC (niveaux des CHU de Marrakech, Fès et Oujda et des tribunaux de première instance avec la formation des assistances sociales, l'aménagement des espaces d'accueil et l'accélération des procédures dans le traitement des dossiers des FVV). Les interventions appuient ainsi le Plan Gouvernemental de l'Egalité et les politiques sectorielles de lutte contre les VFG des Ministères de la Santé et de la Justice et des Libertés.

¹⁴ 2012 Annual Report – Morocco, 2013 Annual Report - Morocco

Q2. De manière dynamique, comment le bureau de pays a-t-il essayé de : (i) répondre à l'évolution des connaissances sur les besoins des populations cibles (femmes, jeunes et adolescents) dans la planification et la mise en œuvre de toutes les interventions appuyées dans le cadre du Programme (ii) s'adapter aux recommandations des différentes évaluations (iii) s'adapter aux changements dans le contexte et les priorités nationales

Résumé

Globalement, le BP essaie d'élargir et d'approfondir sa connaissance des besoins des populations cibles et, dans la mesure de ses capacités techniques et financières et en concertation avec ses partenaires, de répondre positivement à l'évolution des besoins des populations, en termes de réaffectation du budget, de changement d'activité ou des bénéficiaires, ou de programmation de nouvelles activités. La procédure de programmation annuelle avec chaque partenaire facilite cette flexibilité.

En termes de besoins des populations cibles, l'implication des hommes n'est pas systématique, en raison de la spécificité de certaines questions de la SSR et des besoins considérés comme spécifiques aux femmes (p.ex. analyse sur le DIU).

En général, le BP intègre tout le long de l'exécution du 8PP les recommandations des différentes évaluations ou assistances techniques, qui pour la plupart, font partie des actions programmées, dans la mesure des priorités des partenaires nationaux.

Il est constaté que le BP fait preuve d'une grande capacité d'adaptation aux différents changements du contexte national, que ce soit de type stratégique ou méthodologique, tout en respectant ses procédures internes et dans le but final de l'atteinte des résultats escomptés. Par contre, dans un contexte de moyens limités du BP (ressources humaines et ressources financières), cette flexibilité s'opère des fois au détriment de l'efficacité.

Q2S1) Le Bureau Pays essaie de répondre tout le long du processus aux changements des besoins des populations cibles

Santé maternelle

Le travail de longue durée de l'UNFPA, les études et les enquêtes réalisées au cours des dernières années en collaboration avec le MS et l'HCP, fournissent des connaissances et offrent une description assez précise des besoins de la population dans les thématiques qui concernent le 8PP. Comme exemple d'identification et de réponse aux nouveaux besoins, l'étude de cohorte de suivi prénatal des femmes enceintes (région MTH), ou la certification des maisons d'accouchement, peuvent contribuer à l'adaptation du programme national en fonction des résultats obtenus.

Détection précoce du cancer du col de l'utérus

La population cible pour les actions de cette sous composante est bien définie : femmes âgées de 30 à 49 ans. Leurs besoins fondamentaux sont les mêmes et n'ont pas changé au cours de l'exécution du 8PP. Le contexte global ni les priorités nationales, non plus.

L'évaluation de l'intégration du programme dans les soins de santé primaire réalisée en 2013 et se rapportant à la période 2010-2012, considère entre autres l'avis des femmes bénéficiaires sur le programme. Le rapport de l'évaluation de l'assurance qualité du programme, de son côté, considère l'importance de la perception du service par les bénéficiaires pour assurer le succès du programme et relève les éléments clés de la qualité du service qui doivent être améliorés.

Les différents comptes rendus et rapports de suivi qui ont pu être examinés, ainsi que l'information recueillie avec les entretiens, montrent que la perception des bénéficiaires, est

fondamentale pour le bon fonctionnement du programme, les actions du BP sont centrés sur cette compréhension et sur la proposition de mesures en conséquence au partenariat tripartite. Les rapports réalisés pour justifier la donation de l'association japonaise « Hello Smile Project » reflètent parfaitement cette implication du BP.

Planification familiale

Deux interventions menées par le 8PP concernent des études et évaluations qui recueillent entre autres les perceptions de la population cible. Il s'agit de « l'analyse de la situation sur la contraception par le dispositif intra-utérin au Maroc » et la recherche opérationnelle sur l'acceptabilité de l'implant, actuellement en cours.

La perception négative de la population cible sur le DIU étant une des raisons importantes de sa faible prévalence, la stratégie proposée pour la promotion de son utilisation, consacre des mesures importantes pour améliorer l'accès à l'information pour les femmes, à partir principalement, de l'introduction du counselling de façon systématique (au niveau des consultations de PF, mais aussi du post-partum et des consultations prénuptiales) et, de la mise à disposition de matériel éducatif (affiches illustratives, supports audio-visuels, etc.). Par contre, l'analyse sur le DIU ne tient pas suffisamment en compte la perception des hommes puisqu'elle est recueillie uniquement de façon indirecte à travers les commentaires rapportés par les femmes. Cinq « groupes de discussion » ont été réalisés, mais aucun avec la participation d'hommes.

La recherche opérationnelle sur l'acceptabilité de l'implant devra fournir des conclusions et des recommandations permettant l'UNFPA et surtout le MS, de prendre la décision sur la réintroduction de cette méthode et de comment le faire. Ceci devrait avoir lieu en 2015.

VIH/SIDA

Les différentes études réalisées dans le cadre de la préparation du Plan Stratégique National 2012-2016 et du Programme Conjoint des Nations Unies sur le VIH/Sida ont permis d'identifier, en matière de prévention du VIH, les besoins fondamentaux des populations vulnérables. A noter que durant la mise en œuvre du 8PP, aucun changement n'a été enregistré au niveau de ces besoins, même si les recommandations de l'étude sur l'Intégration de la SSR dans les Maisons des Jeunes et Structures Féminines du MJS réalisée en 2014, appuient entre autres la nécessité de développer des programmes intégrés de la SSR et du VIH/sida (standards des bonnes pratiques) en adaptant le langage pour chaque catégorie de population ciblée, selon les niveaux d'instruction des prétendants.

SSR jeunes

Durant les trois années du 8PP évaluées, aucune révision suite à un changement de besoins n'a été enregistrée. Par contre, il a été constaté que durant l'année 2013, plusieurs départements n'ont pas mis en œuvre les actions programmées pour des raisons liées à des contraintes organisationnelles et administratives, ce qui a généré une reprogrammation des activités pour l'année 2014 ; c'est particulièrement le cas pour deux Ministères, le MENFP et le MJS.

Population et développement

La réactivité de l'UNFPA est évidente puisqu'au-delà des activités programmées, la réponse aux besoins exprimés par les partenaires est en générale positive. On l'a constaté, par exemple, dans sa contribution au financement de l'enquête pilote sur la migration internationale. Mais cette réactivité demeure limitée. En effet, le contexte actuel au Maroc, marqué par la transition démographique, économique et sociétale, ouvre de nouvelles opportunités pour que l'UNFPA se positionne sur les questions émergentes de population jouant son rôle de leader pour des thématiques liées aux personnes âgées, aux jeunes, à l'égalité entre les sexes, à la migration et à la population aux besoins spécifiques. La réflexion menée par le système

des Nations Unies au Maroc en 2013 sur « l'avenir que nous voulons » corrobore ce constat et doit inciter l'UNFPA à s'adapter aux changements et aux défis prioritaires du Maroc.

Egalité de genre et LCVBG

En matière de LCVBG, et à titre d'exemple, le suicide d'une fille mineure violée et mariée de force à son violeur, a été une affaire ayant mobilisé l'opinion publique, la société civile et les médias d'où la décision d'appuyer l'organisation des caravanes de sensibilisation contre le mariage des mineures et des actions de plaidoyer auprès des décideurs. Cette mobilisation a contribué à l'abrogation du deuxième alinéa de l'article 475 du code pénal qui prévoyait la possibilité de marier la jeune mineure, victime de viol et de kidnapping, à son agresseur.

Les statistiques alarmantes sur le mariage des mineures ont motivé la programmation d'une étude sur le mariage précoce au Maroc, prévue dans le PTA de 2012 avec le MSFFDS en partenariat avec le MJL. Mais, pour des raisons internes propres au MSFFDS, l'étude n'a pas été réalisée avec les fonds de l'UNFPA.

Q2S2) Le Bureau Pays intègre, tout le long de l'exécution, les recommandations des différentes évaluations ou assistances techniques

Santé maternelle

L'élaboration régulière d'études, évaluations ou enquêtes est une dynamique constante dans le travail conjoint entre l'UNFPA et ses partenaires nationaux. Il s'agit d'un outil fondamental qui contribue à faire des diagnostics précis et à orienter la conception d'interventions sanitaires bien fondées. La sous composante de santé maternelle a bénéficié des assistances techniques faites durant le programme de pays précédent (p.ex. : Évaluation à mi-parcours du programme conjoint de l'accélération de la réduction de la mortalité maternelle et infantile). Dans certains cas, comme par exemple l'étude de cohorte citée, qui est en cours, l'intégration des résultats ne peut pas être appréciée pour le moment.

Détection précoce du cancer du col de l'utérus

Trois types d'évaluations concernant le programme font partie des activités promues par le 8PP. Ces trois évaluations sont les suivantes :

- Evaluation du « programme d'intégration de la détection précoce et de la prise en charge des cancers du sein et du col de l'utérus dans la santé de la reproduction » se rapportant à la période 2010-2012 (juin 2014).
- Révision du système d'information du Programme National de Détection Précoce des Cancers du Sein et du Col de l'Utérus et son pilotage au niveau d'une région (novembre 2014).
- *A Quality Assurance Evaluation of the Moroccan Breast and Cervical Cancer Early Detection and Treatment Program* (janvier 2015).

Etant réalisées en 2014, la prise en compte, ou pas, de leurs recommandations, ne peut être évaluée que par la lecture des comptes rendus réalisés entre fin 2014 et début 2015. Ces documents, ainsi que l'information recueillie avec les entretiens, reflètent que les recommandations de ces évaluations sont le centre de la réflexion pour la planification de 2015.

Planification familiale

L'analyse de la situation sur la contraception par le dispositif intra-utérin au Maroc et la stratégie qui en découle ont été réalisées en 2014. Les entretiens tenus, ainsi que les comptes rendus des réunions de coordination entre l'UNFPA et la DP, indiquent que les recommandations et les axes stratégiques retenus sont en train d'être mis en place. Les recommandations qui découleront de la recherche opérationnelle sur l'acceptabilité de l'implant sont tenues en compte pour la décision sur la continuité de cette initiative.

SSR jeunes

Un kit standard de formation de formateurs et des Educateurs Pairs développé en 2011 a été révisé en 2014 pour intégrer les besoins des adolescents et des jeunes en matière de SSR. Les recommandations de l'évaluation des ESJ sont prises en considérations lors de la programmation. Par contre, les résultats de l'étude sur l'Intégration de la Santé Sexuelle et Reproductive (SSR) dans les Maisons des Jeunes et Structures Féminines, réalisée par le Ministère de la Jeunesse et des Sports, n'ont pas été intégrés dans le 8PP.

Population et développement

L'utilité de l'étude institutionnelle du CERED, sans concrétisation des résultats et des recommandations, reste en suspens. L'étude devrait servir comme outil de renforcement du positionnement institutionnel et technique du CERED, organisation de référence nationale pour les études sur la population. Les attentes de l'étude restent vaines. Au moment de l'évaluation, le plan d'action proposé n'a pas été mis en œuvre.

Egalité de genre et LCVBG

La programmation annuelle se base sur les recommandations des évaluations effectuées et qui ont trait aux aspects liés à l'approche, l'organisation, les modalités de gestion et le contenu des actions à renforcer. On note pour cette période, notamment :

- Les recommandations de « l'état des lieux des mécanismes de coordination et diagnostic de l'offre des services de qualité liée à la prise en charge des femmes - filles et enfants victimes de violence, y compris les migrant(e)s et/ou réfugiés » dans le cadre de TAMKINE (UNFPA / UNICEF 2010) ;
- L'évaluation des unités de prise en charges des femmes victimes de violences au niveau des hôpitaux (MS2012) ;
- L'audit genre du MSFFDS et de l'ADS (2010), l'audit genre du MS (2013) ;
- Les recommandations des rapports et des campagnes de sensibilisation.

Q2S3) Le Bureau Pays s'adapte tout le long de l'exécution, aux changements du contexte national : changements stratégiques et changements méthodologiques

En termes de gestion du 8PP et au niveau du MS, la question de la modalité de gestion des fonds a été soulevée par tous les partenaires rencontrés. Effectivement, une question de procédures internes du MS fait que les fonds de l'UNFPA sont gérés de façon différente en fonction du partenaire du MS et que ces systèmes de gestion sont tous « provisoires » en attente d'une solution claire et plus opérationnelle. Entre temps, le BP s'adapte aux différentes situations, même en exécutant les fonds directement, pour pouvoir assurer la mise en œuvre des activités planifiées, ceci étant des fois, au détriment de l'efficacité du travail du BP (voir explication concernant le critère d'efficacité). C'est le cas pour la réalisation de certaines activités au niveau des régions, qui après avoir eu la possibilité de gérer des fonds de l'UNFPA, ne l'ont plus eu. Eventuellement, la signature d'un seul PTA avec le MS (la désignation d'une seule entité de coordination et le transfert de fonds dans un seul compte bancaire) pourrait dans le futur simplifier les procédures.

Concernant la DPCSC, le BP de l'UNFPA fait partie des trois partenaires du programme, avec le MS et la Fondation Lalla Salma. Ainsi, les adaptations aux changements de contexte sont discutées et gérées au sein des mécanismes de suivi du partenariat. Il n'y a pas eu de changements significatifs identifiés, par contre, il y a eu des ajustements à la vitesse de la mise en place du programme et dus aux limitations du contexte et aux constats durant la mise en exécution du programme.

La politique nationale de la jeunesse à travers la SNIJ, offre un cadre institutionnel avec des opportunités pour l'intégration de la SSRAJ dans les différentes stratégies sectorielles ciblant les adolescents et les jeunes.

La lutte contre les VBG et l'égalité entre les sexes sont incluses dans les priorités nationales dans le cadre de la mise en œuvre de la Constitution et des engagements internationaux du Maroc. De ce fait, le contexte national connaît l'ouverture de chantiers de réformes législatives et réglementaires et une grande mobilisation de la société civile, notamment des associations de défenses des droits des femmes. Le BP s'est adapté à cette dynamique, en appuyant les actions de plaidoyer et de sensibilisation et les campagnes régionales de lutte contre les violences.

5.1.2. Efficience

Q3. Dans quelle mesure le Bureau de Pays a-t-il fait bon usage de ses ressources financières, humaines, matérielles et techniques et a utilisé une combinaison appropriée d'outils et d'approches dans la réalisation des résultats définis dans le Programme de Pays?

Résumé

Le niveau d'exécution budgétaire du 8PP est élevé et montre une progression positive, passant de 81% en 2012 à 94% en 2014. Le BP a une bonne capacité de mobiliser des fonds externes et, également, les fonds alloués par l'UNFPA provoquent une mobilisation de ressources (financières, mais aussi matérielles et humaines) considérables de la part des partenaires, même si l'information disponible ne permet pas de les quantifier. De même, la légitimité et l'expertise de l'UNFPA lui permettent de participer dans des initiatives de grande envergure (programmes conjoints), même si les fonds alloués sont modestes du fait que la contribution de l'UNFPA porte aussi bien sur l'expertise technique que sur l'apport financier.

L'appréciation de l'accompagnement et de l'assistance technique fournis par l'équipe du BP aux différents partenaires est extrêmement positive, mais pour la composante P&D l'effort déployé pourrait être mieux capitalisé, particulièrement, dans le programme conjoint avec l'ONDH, qui offre des opportunités multiples compatibles avec les missions de l'UNFPA.

Les trois modalités de transfert de fonds prévues par les procédures financières de l'UNFPA permettent au BP de s'adapter aux différentes circonstances et partenaires. Par contre, l'utilisation trop importante de la modalité de paiement direct, - même si la plus effective pour garantir l'exécution des activités -, n'est pas très efficace par l'importance des ressources humaines du BP qu'elle doit mobiliser, souvent pour des montants très faibles.

L'évaluation constate un retard généralisé pour la signature des PTAs, et par conséquent pour le démarrage annuel des activités programmées. Les justifications budgétaires sont faites régulièrement et suivant les procédures du BP. Par contre, les rapports techniques ne sont pas régulièrement remis par les partenaires, en particulier en ce qui concerne les partenaires gouvernementaux.

La fréquence trimestrielle des rapports techniques ajoute de la lourdeur aux procédures et, dans certains cas, est disproportionnée par rapport au volume des activités et des montants correspondants. L'absence d'un outil unique de suivi interne du 8PP durant la période évaluée, qui recueille la formulation initiale et les modifications réalisées tout le long de l'exécution, rend difficile la lisibilité du processus et des réalisations.

Q3S1) Chaque partenaire reçoit les ressources financières initialement prévues dans les temps prévus et les a géré conformément au calendrier des activités accordées.

L'évaluation relève des retards fréquents dans la signature des PTAs avec les partenaires nationaux. En 2012, les différents événements vécus par le Maroc ont influencé le processus de coopération entre le BP et les différents partenaires. L'exercice de programmation annuelle et les procédures de planification des PTA, font que leur signature n'est réalisée qu'à la fin du premier trimestre. Cela a pour conséquence, pour la plupart des PTAs, qu'aucune activité ne peut démarrer avant le début du deuxième trimestre dans les meilleurs cas de figure, sachant que le démarrage pour la mise en œuvre est lui-même soumis à un délai procédural pouvant facilement dépasser un mois. La perte de trois à cinq mois est très souvent la source de perturbations dans la continuité des activités et dans la programmation, qui est concentrée sur deux trimestres et demi voire un trimestre pour le MENFP (2^{ème} et 3^{ème} trimestre ne pouvant favoriser la mise en œuvre d'activité à cause des périodes d'examens et de congé scolaire, ce qui ne laisse que 4 mois pour la réalisation des activités).

Dans le cadre des programmes conjoints, une fois les PTAs adoptés, les ressources financières sont mobilisées. Le seul problème qui persiste est l'adoption tardive des PTA, ce qui impacte les activités susceptibles d'être réalisées au cours de l'exercice budgétaire, et qui entraîne, parfois, la révision des actions préalablement programmées. Au niveau du CERED, l'appui de l'UNFPA a débloqué le problème du financement de l'enquête sur la migration internationale. L'UNFPA a été présente, pour un appui supplémentaire pour le recrutement de personnel, en raison de la mobilisation des cadres du HCP, à la réalisation du recensement de 2014. Au niveau du programme conjoint du HCP, l'année 2013 a connu la réalisation des résultats définis dans le PTA, mais 2014 a été impacté par l'exécution du recensement qui a mobilisé le personnel pour cette opération d'envergure.

Q3S2) Les ressources financières allouées par l'UNFPA dans le 8PP ont un effet « levier » bénéfique pour l'atteinte des résultats

Un fait remarquable de la gestion du BP durant la période évaluée a été la capacité de mobiliser des fonds externes provenant d'autres acteurs de développement. Les exemples les plus remarquables sont la contribution de Tokyo FM, dans le cadre du « HelloSmile project » (168.736 USD entre 2012 et 2015), allouée au programme de DPCSC, et celle de l'AECID (500.000 € entre 2015 et 2016), allouée au programme conjoint pour l'accélération de la réduction de la mortalité maternelle et néonatale. Dans le cadre de l'appui à l'élargissement de l'offre en matière de planification familiale, le BP de l'UNFPA a pu mobiliser l'équivalent de 40.000 USD en nature (méthode contraceptive) d'un donateur privé pour la réalisation de la recherche opérationnelle sur l'acceptabilité de l'implant.

En matière de prévention contre le VIH/Sida, un effet levier indirect induit par l'appui de l'UNFPA, est la capacité des ONGs de mobiliser des ressources supplémentaires ou d'attirer des soutiens institutionnels additionnels (p.ex : OPALS). Par ailleurs, l'appui de l'UNFPA, en consolidant les acquis du processus de l'approche « éducateur pair » développé par le MENFP, a permis l'institutionnalisation du projet et son intégration dans la stratégie sectorielle et les plans d'action du MENFP avec une contribution de 50% au budget estimé. Le MENFP contribue également par la logistique mobilisée pour la formation et les cadres du niveau central, des AREF, des Délégations et des établissements scolaires.

Il a été constaté que la mise en œuvre des activités accordées avec les partenaires demande aussi un déploiement significatif de ressources matérielles, humaines ou d'apports en nature de la part des organisations, aussi bien étatiques que de la société civile. Ces apports, qu'ils soient matériels, techniques ou financiers, sont fondamentaux pour la mise en œuvre des activités. Les PTAs ne détaillent pas systématiquement la quantification des co-financements apportés par les partenaires mais ces apports peuvent constituer un pourcentage significatif des dépenses totales liées à l'exécution du 8PP.

Q3S3) L'accompagnement et l'assistance technique fournis par les ressources humaines du BP aux partenaires nationaux sont appropriés pour l'atteinte des résultats du 8PP.

De manière généralisée, l'appréciation de l'accompagnement et de l'assistance technique fournis par l'équipe du BP aux différents partenaires est extrêmement positive. La proximité à la mise en œuvre des interventions et aux partenaires, la qualité de l'expertise technique, la flexibilité pour s'adapter aux nouveaux besoins opérationnels et demandes institutionnelles, la pertinence de la participation dans les instances de l'UNDAF et dans d'autres forums sectoriels, la profonde connaissance du contexte national et du système de santé sont des qualifications positives exprimées régulièrement lors des entretiens. Les partenaires, soit au niveau central, soit au niveau régional, sont unanimes sur la proximité du personnel du BP et leur accompagnement continu et disponibilité pour la recherche de solutions (p.ex. : reprogrammation des activités suite aux contraintes vécues par le MENFP et le MJS en 2012 et 2013).

Une analyse succincte de l'organigramme du BP entre 2012 – 2014 montre une évolution qualitative ; le nombre de personnes intégrant l'équipe du BP reste stable durant la période mais la structure de l'organigramme a été légèrement révisée. À partir de 2014, la structuration en deux grandes sections, coordonnées par la Représentante de pays, est perçue plus clairement ; une équipe spécialisée dans les thématiques d'intervention de l'UNFPA (santé reproductive, genre, population) et une équipe spécialisée dans la gestion administrative et financière. Il est à noter le renforcement de l'équipe par un *Monitoring & Evaluation Officer* en 2012, d'une *Communication Officer*, d'un *Reproductive Health Programme Analyst* en 2013 et, plus récemment, d'un « *Y-PEER Fellow* ».

Par rapport à la composante P&D, l'accompagnement et l'assistance technique du BP restent insuffisants, particulièrement, dans le programme conjoint avec l'ONDH qui offre des opportunités multiples compatibles avec les missions de l'UNFPA. En effet, les activités de veille stratégique et de renforcement des capacités du programme conjoint, convergent totalement avec les préoccupations de l'UNFPA, en exploitant les supports d'information disponibles et en introduisant une nouvelle dimension dans l'analyse des phénomènes démographiques en prenant en considération l'approche multidimensionnelle de la pauvreté. A cet égard, l'UNFPA est l'agence la mieux placée, dans le SNU au Maroc, à lancer une réflexion sur les personnes âgées, sur la jeunesse, sur la migration, sur la santé de la mère et de l'enfant et sur le système d'information à l'échelle territoriale. La programmation conjointe

peut transcender la contrainte budgétaire et favoriser la coordination et la concertation pour la cohérence des actions programmées.

Q3S4) Les modalités d'exécution et de suivi, et les procédures administratives et financières de l'UNFPA facilitent la mise en œuvre du 8PP

Les trois modalités d'exécution du programme sont l'exécution nationale (modalité d'exécution privilégiée dans l'optique de développement des capacités et de l'appropriation nationale), l'exécution directe (gestion du programme assurée par l'UNFPA lui-même) et l'exécution par un organisme des Nations Unies. L'Exécution directe est la modalité la plus utilisée dans le cadre du 8PP et probablement la plus effective pour faciliter la mise en œuvre des différentes interventions relatives aux consultations et assistance techniques afin d'éviter les éventuels retards dus à la lourdeur des procédures administratives au niveau des départements gouvernementaux. L'exécution à travers d'autres agences des Nations Unies (PNUD, UNICEF), grâce à leur capacité de gestion au Maroc, est une modalité effective pour optimiser la participation de l'UNFPA à travers des interventions conjointes.

En termes de modalités d'exécution et de procédures, une difficulté principale a été identifiée ; le volume élevé des paiements directs à la charge du BP, même pour les budgets de certains PTAs qui théoriquement devraient être exécutés par le partenaire national. Il importe de noter que certains partenaires refusent la modalité d'exécution nationale et préfèrent la modalité d'exécution directe vu l'allègement de gestion et des coûts d'administration que cette modalité représente. Les audits de la Cour des comptes, bien que louables du point de vue de la transparence, sont une difficulté pour certains partenaires comme les associations ou les administrations régionales et comportent des coûts élevés par rapport aux montants de fonds à auditer.

Du point de vue du suivi technique, les visites de suivi et les comités de pilotage sont les outils fondamentaux qui fournissent une appréciation détaillée et continue de l'état des lieux de chaque PTA. Néanmoins, une remarque unanime des partenaires a été recueillie sur la lourdeur et l'inadéquation des rapports trimestriels comme outil de suivi technique. L'évaluation apprécie les efforts des chargés de programme et de l'administration du BP pour la gestion du suivi et de la justification.

Le BP a introduit l'élaboration d'un rapport annuel de suivi des PTAs qui, en principe, ne fait pas parti des mécanismes de suivi standards de l'UNFPA¹⁵ mais qui, de l'avis des évaluateurs, a été une initiative louable pour contribuer à l'analyse et la documentation du degré de mise en œuvre des activités programmées. Dans certains cas, le rapport du quatrième trimestre (T4) de l'année consolide toutes les activités des trimestres précédents et fait la fonction de rapport annuel et, dans d'autres cas, un rapport annuel spécifique est élaboré. L'analyse de la mise en œuvre du 8PP aurait été sensiblement limitée en absence de ces rapports, bien que leur révision laisse voir certaines lacunes. D'abord, les rapports annuels des PTAs (soit sous forme de T4 consolidé ou de rapport annuel) ne sont pas toujours disponibles, notamment concernant les partenaires étatiques au niveau central, malgré les efforts du BP pour faciliter et accompagner leur élaboration. Parmi la documentation fournie à l'équipe d'évaluation, ne figure aucun rapport annuel 2012, 2013, ou 2014 des partenaires étatiques au niveau central, à l'exception du HCP. Par contre, les rapports annuels des Directions Régionales de Santé de MTH et TA et des organisations de la société civile sont disponibles et reflètent de manière détaillée les réalisations de l'année. Les disparités entre partenaires dans la rigueur et la cohérence des rapports présentés au BP suggèrent, dans certains cas, l'existence de faiblesses organisationnelles en matière de reporting et de reddition de comptes¹⁶.

¹⁵ UNFPA policy and procedures for programme and financial monitoring and reporting.

¹⁶ Le Maroc figure parmi les pays signataires de la Déclaration de Paris sur l'efficacité de l'aide au développement qui, entre autres principes, souligne l'importance de la transparence et la reddition de comptes comme des facteurs essentiels pour l'obtention de résultats sur le front du développement et pour mettre en évidence la responsabilité des acteurs de développement vis-à-vis des citoyens.

Quant au système de suivi du 8PP, il faut soulever que la grande flexibilité du BP pour s'adapter aux changements, rend difficile par ailleurs, la lisibilité du processus d'exécution du programme, puisque les changements, qu'ils soient au niveau des actions (annulation, reformulation, report à la prochaine année), des interventions clés ou des indicateurs (de processus ou de résultats), ne sont pas suffisamment bien documentés.

La non régularité du rapportage par les partenaires d'exécution, ainsi que la faible qualité des rapports produits, qui ne respectent pas forcément les directives de l'UNFPA dans l'élaboration des rapports de progrès, font que l'information est très fragmentée, ce qui rend la tâche de la reconstitution des faits très difficile sans avoir recours aux réunions et entretiens.

5.1.3. Efficacité

Note : Les indicateurs disponibles, utilisés pour analyser l'efficacité (questions Q4S1 à Q4S3), sont ceux du Plan de suivi et d'évaluation (PSE) du 8PP (version révisée octobre 2014, voir Annexe 10). De plus, et vu que ces indicateurs ne sont pas toujours suffisants pour apprécier le progrès vers la réalisation des produits (particulièrement pour les composantes SSR des adolescents et jeunes et VBG), l'équipe de l'évaluation a eu recours à l'analyse des tendances à partir des indicateurs de PTA (disponibles à partir de 2013) bien qu'ils n'informent que sur la performance des réalisations annuelles par domaine thématique (niveau d'exécution des activités pour contribuer à l'atteinte des résultats).

Pour analyser la contribution du 8PP au Plan d'Action Commun de l'UNDAF, les indicateurs utilisés sont ceux déjà définis dans ce même plan d'action. Même si les réalisations de chacune des agences des NU sont claires, les indicateurs sont partagés et les différentes agences impliquées participent à l'atteinte des cibles.

Les valeurs des indicateurs analysés sont celles reportées par le Bureau Pays. Dans certains cas, l'équipe de l'évaluation a pu contraster cette information avec celle obtenue durant la phase de terrain et d'analyse (information reportée par les personnes interviewées et révision documentaire et des sources de vérification).

Q4. Dans quelle mesure les interventions soutenues par le Bureau de Pays ont-elles contribué (ou sont susceptibles de contribuer) à : (i) L'accès des femmes et des jeunes, particulièrement les plus vulnérables, à l'information et services de SSR de qualité; (ii) L'amélioration de la demande et de l'accès aux services de santé maternelle ; (iii) L'appui des stratégies et plans à travers la génération des connaissances et la production des évidences relatives aux questions émergentes de la population et la SSR chez les jeunes et les femmes, particulièrement les plus vulnérable ; (iv) Les programmes de développement et les stratégies des partenaires clés, y compris la société civile, sont sensibles au genre et intègrent la violence basée sur le genre.

Résumé

L'appréciation des indicateurs de produits (matrice de suivi et d'évaluation du 8PP) ne peut être que partielle car la plupart des cibles ont été fixées pour être atteintes en 2016. Dans les cas où l'appréciation a été faisable (p.ex. : détection précoce du cancer de col, production d'études sur P&D), les indicateurs montrent des avancées positives.

Au niveau du produit 1 du 8PP, accès à l'information et aux services de SSR de qualité, le niveau global de progrès des indicateurs de processus (PTAs) est élevé, excepté pour la sous-composante SSR Jeunes où le niveau d'atteinte a été irrégulier en 2013, expliqué en partie par un contexte institutionnel défavorable.

Le produit 2 déploie des efforts pour améliorer la disponibilité, l'accessibilité, l'acceptabilité et la qualité de l'offre de services de santé maternelle afin de contribuer à attirer la demande et, par conséquent, favoriser une utilisation des services plus élevée. Dans ce sens, les indicateurs de processus (PTAs) sont globalement positifs, sauf pour les activités de certification des maternités hospitalières et d'opérationnalisation des Task forces régionales qui montrent une mise en œuvre plus lente.

En termes de P&D, la génération des connaissances est basée sur l'élaboration d'études ou d'enquêtes thématiques et sur l'exploitation des données de routine du système d'information sanitaire et du système des statistiques nationales. Les interventions appuyées par l'UNFPA comprennent plusieurs actions dans les deux domaines et pour les quatre composantes du 8PP. Le niveau d'atteinte des indicateurs de processus est élevé.

En terme de LCVBG, les actions réalisées ont contribué à l'amélioration de l'accès des FVV à l'information, aux services de la justice et de la santé et aux services de PEC, y compris l'hébergement, assurés par les associations partenaires au niveau de Oujda et de Fès. Le système institutionnel d'information sur la violence basé sur le genre (SIIVF) constitue un projet stratégique. Son opérationnalisation au niveau national et régional, devrait permettre d'appuyer les politiques publiques en matière de LCVBG. Le niveau d'atteinte des cibles par rapports aux indicateurs de processus (PTAs) est élevé.

L'accompagnement continu du BP à tous ses partenaires, et en particulier les efforts déployés pour un plaidoyer transversal et une communication en faveur de l'universalité de la SSR, sont louables, même si leur effet est difficilement mesurable.

De façon générale, les actions appuyées par le BP visent l'intégration transversale des approches droits humains et égalité de genre. Par contre, il est remarqué que dans certaines initiatives, l'inclusion des hommes devrait être systématique pour une intégration réelle du genre. La limitation de certains programmes nationaux à des sous-groupes de population spécifique, fait que d'autres sous-groupes restent exclus de ces services.

Q4S1) Les interventions prévues dans le cadre du 8PP contribuent à rendre facile l'accès des jeunes et des femmes en particulier les plus vulnérables à l'information et aux services de SSR de qualité dans les zones cibles

Détection précoce du cancer du col de l'utérus

La DPCSC et son intégration dans les soins de santé primaire est un programme dans le domaine du cancer au Maroc. Il a commencé sa mise en place de façon progressive depuis 2010. Pour se faire, la logique utilisée est d'assurer la disponibilité des structures sanitaires, de l'équipement, du personnel de santé formé et du système d'information, pour pouvoir offrir le service. Ainsi, l'offre de soins se fait progressivement et par provinces. Les interventions financées par l'UNFPA visent à garantir l'accès aux services et à l'information à travers les activités suivantes :

- Formation des formateurs régionaux, du personnel de santé (3 personnes par centre de santé dont 2 infirmiers et un médecin) et des gestionnaires de programme ;
- Appui aux campagnes locales de communication sur la détection précoce du cancer du col de l'utérus (triptiques, interventions à la radio) au niveau des 6 régions pilotes et célébration de journées portes ouvertes.

Par ailleurs, l’organisation de sessions de sensibilisation et de formation des associations et des ONGs locales pour les 6 régions pilotes (180 ONGs travaillant avec les femmes) contribue au recrutement des bénéficiaires à travers une bonne diffusion de l’information. L’importance de cette initiative pour promouvoir l’augmentation de la demande se justifie puisque les statistiques disponibles sur le programme montraient que le nombre de participantes était très bas par rapport aux valeurs prévues et par rapport aux valeurs souhaitées ; alors que la programmation était d’atteindre 60% de la population cible en 3 ans, en 2012 le taux de participation n’était que 7%. Même si ces données s’expliquent en partie par les limitations de disponibilité de temps, d’infrastructures adéquates et de personnel dans beaucoup d’ESSP, la communication et la sensibilisation restent nécessaires et pertinentes.

Les entretiens maintenus, ainsi que l’analyse des rapports pour la donation japonaise « Hellosmile Project », permettent d’affirmer que l’efficacité au niveau de l’exécution du 8PP est très bonne, avec une exécution pratiquement totale des activités prévues.

Tableau 3 : Indicateurs de suivi (PTAs 2014) pour la sous composante Détection précoce du cancer du col de l’utérus.

INDICATEUR	BASELINE	CIBLE	RESULTAT
Proportion des ESSP ayant intégré la détection précoce des cancers du sein et du col au niveau des 6 régions cibles	Évolue chaque année	100% (2014)	95%
Nombre de prestataires de soins formés en matière de détection précoce des cancers du sein et du col de l’utérus au niveau des 6 régions cibles.	Evolue chaque année	3PS/CS	3PS/CS (100%)
Nombre d’associations et d’ONGs impliquées dans la promotion de la détection précoce des cancers du sein et du col.	140 (2012)	180 (2014)	180 (100%)
Nombre de femmes qui participent au dépistage du cancer du col dans les 6 régions cibles.	51.522 (2011-2012)	100.000 (2014)	107.680

Source : système de suivi du BP de l’UNFPA et entretiens.

Les PTAs de cette thématique étant signés par la DP (avec une spécificité régionale et une exécution régionale), la Fondation Lalla Salma et l’UNFPA, les trois institutions contribuent à l’atteinte des résultats et des indicateurs. La cible établie pour l’indicateur « nombre annuel de femmes ayant participé au dépistage du cancer du col de l’utérus » est de 100.000 femmes en 2014. Les données disponibles (DP) ont montré que cette cible a été largement atteinte avec 107.680 femmes, enregistrant ainsi une progression de près de 100% par rapport à l’année 2013 où l’on a enregistré 59.410 participantes. Quant aux trois autres indicateurs, de l’exploitation des documents disponibles, l’évaluation constate que l’indicateur 1 sur les ESSP ayant intégré le service, a été atteint à 95% et les indicateurs 2 et 3 ont été atteints à 100% par rapport aux attentes de 2014.

La matrice de suivi et d’évaluation du 8PP (MSE) ne retient qu’un seul indicateur concernant cette sous composante et qui correspond avec l’indicateur des PTAs sur le nombre de femmes participant au programme, et avec l’indicateur défini dans le PAC de l’UNDAF (voir Q5S1).

VIH/SIDA

La participation, dans le cadre de l'équipe conjointe sida des Nations Unies¹⁷, confère à l'UNFPA une position privilégiée comme partenaire incontournable en ce qui concerne ses domaines de compétences¹⁸. La principale contribution de l'UNFPA en matière de VIH par rapport aux autres acteurs de développement a porté sur : (i) la dotation en préservatifs des partenaires institutionnels et des ONG, (ii) l'appui à l'étude sur les TS chez les mineurs (filles et garçons)¹⁹.

Ainsi, le 8PP a contribué à faciliter l'accès des jeunes et des femmes, en particulier les plus vulnérables, à l'information et aux services de SSR de qualité dans les zones cibles. Voici les réalisations les plus significatives :

- Le guide des normes²⁰ et standards en matière de sensibilisation contre le VIH/sida auprès des PS ;
- L'implication des religieux à travers le partenariat avec la Rabita Mohamédia des Oulamas pour la lutte contre les violences faites aux femmes et contre le VIH ;
- La formation des professionnels de santé pour l'intégration du dépistage volontaire du VIH²¹ par test rapide dans le paquet de soins de santé primaire et pour la prévention de la transmission mères enfants au niveau des centres de santé dans les régions de Tadla-Azilal et Meknès-Tafilalet ;
- Le renforcement des capacités de la société civile (AMPF, ALCS, CDG, Aïn Ghazal, etc.) pour lui permettre de plaider en faveur, de la promotion de l'approche droits humains et de l'égalité de genre ;
- La journée de sensibilisation sur l'accouchement en milieu surveillé, le suivi médical des grossesses, le dépistage précoce du cancer du col et du sein, le VIH/sida à El Menzel²² ;
- L'appui aux caravanes pour réaliser les tests de dépistage VIH²³.

SSR Jeunes

Le MENFP : le partenariat avec le BP vise la pérennisation de la promotion de la SSR, des modes de vie sains et des habilités de vie à travers leur intégration dans les programmes et plans annuels des académies régionales de l'éducation et de la formation (AREF) en tant qu'entités autonomes du ministère. Dans ce cadre, l'appui du BP à travers la mise en œuvre, au niveau d'un site pilote²⁴, du « Kit Standardisé de l'approche de l'Education par les pairs » qui intègre de façon globale un ensemble de thématiques liées aux jeunes, a permis de concrétiser une priorité nationale visant la standardisation et l'harmonisation de l'approche « Education par les Pairs » au sein des établissements du MENFP. Elle permet également de disposer d'une référence pédagogique (normes et procédures de bonnes pratiques) que les partenaires institutionnels et ONGs pourront utiliser. L'appui vise également l'institutionnalisation de la promotion de la SSR, des droits humains et des valeurs de la citoyenneté dans les établissements scolaires à travers le plaidoyer et l'appui aux AREF pour l'intégration du programme SSR dans leurs plans et budgets en vue d'assurer la pérennité des actions entreprises avec les jeunes scolarisés.

¹⁷Entretien semi-structuré

¹⁸Plan Stratégique National de lutte contre le Sida 2012-2016,

¹⁹Entretien semi-structuré

²⁰ 2012 Annual Report - Morocco

²¹ 2013 Annual Report - Morocco

²² Rapport Annuel final CDG_2012

²³ Rapport annuel partie 2_Ain Ghazal 2012

²⁴ AREF, d'El Jadida,

La discussion de groupe²⁵ a permis d'apprécier les acquis de cette première expérience pilote. Elle traduit concrètement le niveau d'appropriation par les jeunes formés (filles et garçons) du concept SSR et des thématiques qui l'accompagnent, et la dynamique créée après cette formation pour mettre en pratique des actions de sensibilisation et d'informations des pairs. En prévision de sa généralisation et de son implantation à partir de 2015 à l'ensemble des AREF du MENFP, le kit standardisé est actuellement en phase d'expertise internationale.

Cependant, il est à souligner que, contrairement à la phase de conception du kit, qui s'est faite dans un cadre d'une large participation avec les principaux partenaires (MS, MJS, Entraide Nationale, ONG, etc.) et les bénéficiaires (animateurs et jeunes), la phase de mise en œuvre s'est déroulée dans un contexte de participation limitée²⁶, n'impliquant que les cadres du MENFP pour la formation. En effet, la formation adoptée, qui s'est réalisée dans un contexte de contraintes de temps (pression de fin d'année), aurait été plus performante sur le plan pédagogique avec une approche active et générique mobilisant les différentes compétences des partenaires (notamment le MS) et les bénéficiaires (animateurs et jeunes).

Le MJS : Le Ministère de la Jeunesse et des Sports, avec l'appui du BP²⁷, a lancé le processus de formulation et d'élaboration de la Stratégie Nationale Intégrée de la Jeunesse (SNIJ), qui s'inscrit dans un contexte de priorités nationales²⁸ et qui vient d'être adoptée en avril 2014 par le Conseil du Gouvernement²⁹. L'appui concerne également la mise en place du Conseil Consultatif de la Jeunesse et de l'Action Associative³⁰ à travers le débat national, organisé le 22 septembre 2012, qui a permis, avec la contribution de près de 27.000 jeunes, d'une part de disposer d'une stratégie finalisée et concertée et, d'autre part, d'identifier les principes directeurs pour cadrer la création, à travers la mise en lumière des attentes concrètes des jeunes concernant ledit Conseil consultatif. Dans ce cadre, l'année 2014 a été marquée par la réalisation, avec l'appui du BP, d'une étude sur l'intégration de la SSR chez les adolescents/jeunes dans les structures de jeunesse et des femmes gérées par le MJS dans le but d'assurer une intégration pérenne de la promotion de la SSR auprès des adolescents et jeunes des deux sexes bénéficiaires de ses structures.

Toute cette dynamique est paradoxalement confrontée, au sein du Ministère depuis 2012, à un contexte défavorable marqué par l'instabilité des cadres dans les postes de décision (Ministres, Directeurs, etc.). Ce contexte ralentit la mise en œuvre des activités programmées.

Le MS: Avec l'appui du BP, le Ministère de la Santé a développé des programmes d'envergure nationale en faveur des jeunes: le Programme national de santé scolaire et universitaire, les activités de promotion de la santé des jeunes, le programme national de planification familiale, le programme national des IST/sida, le programme national de la santé mentale, le programme national de la santé bucco-dentaire, et le programme national de lutte contre le tabagisme, etc. Le BP a contribué au développement des stratégies relevant de son mandat.

L'évaluation des Espaces Santé Jeunes réalisée en 2010, a relevé qu'en général, les jeunes ne sont pas satisfaits de la qualité des prestations au niveau des espaces santé, et qu'elle mériterait d'être améliorée. Dans ce cadre, l'appui du BP a contribué au renforcement de ces prestations des Espaces Santé Jeunes en matière de SSR et à l'amélioration de leur attractivité, notamment à travers le développement de la stratégie nationale de promotion de la santé des jeunes. Les actions mises en œuvre ont permis : (i) la promotion des NTIC pour assurer l'accès à l'information à tous les jeunes notamment les vulnérables et l'orientation en matière de SSR

²⁵ AREF, d'El Jadida,

²⁶ Entretien semi-structuré DVS/MEN, animateur/formateur et EP lors de la discussion de groupe réalisée à l'AREF d'El Jadida.

²⁷ Appui qui s'inscrit dans le cadre d'un partenariat entre le Ministère de la Jeunesse et des sports, la DGCL, les Agences du Système des Nations Unies (Unicef, UNFPA, PNUD), la BM et le Centre de Marseille pour l'intégration en méditerranée.

²⁸ Orientations de la constitution de 2011, Discours royale 2012 lors du 59^{ème} anniversaire de la Révolution du Roi et du peuple, Déclaration du Gouvernement 2012.

²⁹ MAP, www.lavieeco.com, 2014-04-04

³⁰ Constitution 2011, Article 33, Article 170 et Article 171

(développement du site web³¹ qui est actif avec actualisation et mise à jour mensuelle, média, Internet, etc.), (ii) la signature en 2012 d'une convention cadre intersectorielle qui s'inscrit dans le cadre de la mise en œuvre du Plan d'Action Intersectoriel de la Stratégie Nationale de Promotion de la Santé des Jeunes impliquant les départements suivants : MS, MI, MENFP, MESRSFC, MJS, Organisation de 3 réunions d'opérationnalisation du partenariat ONG-ESJ à Marrakech, Rabat et Fès, etc.³².

Néanmoins, sachant que le volet «Jeunes» est inscrit parmi les priorités du Ministère de la Santé, il ressort de la revue documentaire³³ que quand bien même le volet programmatique est bien élaboré, lors de la mise en œuvre, des contraintes organisationnelles (charge travail avec des ressources humaines réduites) et procédurales (lourdeur constante dans les procédures de gestion de l'UNFPA) rendent difficiles l'accomplissement de certaines activités à caractère multisectoriel et de leur mise en œuvre au niveau régional.

Le Réseau Y-PEER, depuis 2006, contribue avec l'appui du BP, à la mise en œuvre de l'approche « Education par les Pairs » pour aborder les thématiques sensibles pour les jeunes à travers un Kit portant sur les volets : Santé Sexuelle et Reproductive, le théâtre, la drogue, VIH-Sida et l'action humanitaire. L'appui a également porté sur la participation de jeunes à des conférences et ateliers organisés dans le cadre du processus CIPD+20, notamment les rencontres tenues à Johannesburg, Casablanca, Dubaï, Le Caire, etc. La mobilisation de célébrités (H-Kayne, actrice Chaimae Ben Acha) a joué un rôle concluant dans la promotion de la santé et du potentiel des jeunes marocains, notamment en matière de droits fondamentaux de jeunes, de SSR et dans le développement durable.³⁴

Les ONG (AMPF, OPALS, ALCS), par leur mobilisation dans le 8PP, ont contribué à l'accès à l'information et aux services en matière de SSR notamment par la distribution de préservatifs, de médicaments contre les IST, et la contraception d'urgence gratuitement (OPALS). Beaucoup d'efforts ont été consentis par les ONG dans la formation d'EP, ce qui a favorisé de disposer actuellement d'une importante masse de jeunes éducateurs pairs des deux sexes, avec des capacités et des compétences en habilités de vie qui leur permettent de partager avec leur pairs des informations et messages en matière de Santé Sexuelle et Reproductive, mode de vie sain, lutte contre les drogues, tabac, et autres thématiques de jeunesse.

Néanmoins, il ressort de la revue des documents, des données des entretiens et des discussions de groupe, que les réalisations qui ciblent les jeunes vulnérables restent encore très modestes par rapport au besoin national réel (formation de 40 EP en 2013 et **718** en 2014 ; sensibilisation : **660** en 2013 et **14.023** en 2014)³⁵. En effet, étant donné le poids démographique des adolescents et jeunes y compris les non scolarisés, une grande partie de cette population jeune vulnérable, pouvant être estimée à 76%³⁶ n'a pas encore suffisamment d'opportunités pour accéder à des services dédiés aux jeunes. Ce constat est conforté par les résultats de l'étude³⁷ réalisée en 2014 qui montre que la population touchée par les programmes de la SSR ne représente qu'une faible proportion de la population échantillonnée (27,2%). Une autre évaluation (projet conjoint « jeunes en actions³⁸ ») a souligné que des

³¹ <http://www.santejeunes.ma/>

³² Tableaux suivi indicateurs PTA 2014

³³ PTAs de 2013 et 2014, compte rendu de réunions de planification au niveau de la DP, (2014), présentation de Bilan de Revue Annuelle UNFPA-DP 2014-2014, présentation des résultats d'atelier thématique, etc.

³⁴ Newsletter N°4, <http://fr.slideshare.net/ypeer/newsletter4-fr>

³⁵ Inventaire des réalisations PP8 par année et domaine d'intervention, FNUAP

³⁶ Banque Mondiale (2012), Enquête Ménage et Jeunes au Maroc

³⁷ Etude sur L'Intégration de la Santé Sexuelle et Reproductive (SSR) dans les Maisons des Jeunes et Structures Féminines du Ministère de la Jeunesse et des Sports, 2014

³⁸ Rapport de la mission d'évaluation du Projet Conjoint « Jeunes en Action » Octobre 2008

jeunes hors-scolaires, qui ont abandonné l'école ou qui n'ont pas eu accès à l'école, sont parmi les groupes les plus vulnérables qui ne bénéficient pas suffisamment à l'accès à ces services.

Un grand nombre d'indicateurs de production a été défini pour cette composante au niveau du système de suivi interne. Par rapport aux données de ce système, nous constatons que le degré d'exécution en termes de produits est convenable. Par contre, en regardant par partenaire, il en ressort que les actions prévues avec le MENFP et avec le MJS ont été peu ou pas du tout exécutées en 2013, pour les raisons expliquées précédemment (question Q4S1). Certains des indicateurs ont été reportés ou reformulés pour 2014.

Tableau 5 : Indicateurs de suivi (PTAs 2013 et 2014) pour la composante SSR Jeunes

ANNÉE	Parten.	INDICATEUR	BASELINE	CIBLE	RESULTAT	
2013	DP	Le site web ww.santejeunes.ma est opérationnel en deux langues Français et Arabe	non	oui	Non (0%)	
		Nombre d'animateurs de jeunes formés en counseling	0	123	123 (100%)	
	AMPF	Nombre de jeunes leaders formés en éducation sexuelle complète	0	68	68 (100%)	
		Membres d'associations locales et mouvements de jeunes sensibilisés sur l'importance de la SSR	0	60	60 (100%)	
		Nombre de jeunes ayant participé aux journées de sensibilisation dans les collèges et lycées	0	600	632 (105%)	
	MJS	Nombre de maisons de jeunes impliquées dans le développement du plan d'intégration de la SSR auprès des jeunes et femmes	0	150	20 (13%)	
		Nombre de clubs des IST/Sida impliqués dans le développement du plan d'intégration de la SSR auprès des jeunes et des femmes	0	150	0 (0%)	
		Existence d'un plan d'intégration de la SSR dans les activités des clubs des IST/Sida et des structures féminines du MJS	Non	Oui	Non (0%)	
		Nombre de structures féminines impliquées dans le développement du plan d'intégration de la SSR auprès des jeunes et femmes	0	100	30 (30%)	
		Proportion de jeunes de sexe féminin impliqués dans le développement du plan d'intégration de la SSR auprès des jeunes et femmes	0	40%	50% (125%)	
	MENFP	Disponibilité du kit standardisé de l'approche de l'Education par les pairs	non	oui	non	
		Nombre de partenaires institutionnels et ONG impliqués dans la validation du Kit	0	5	0 (0%)	
		Nombre de copies du Kit diffusées	0	2000	0 (0%)	
	2014	MENFP	Draft final du Kit Standard de formation des EP disponible	Non disponible	Disponible	Disponible
			Nbr d'animateurs/formateurs formés en EP	0	24	23 (96%)

	Nbr d'EP opérationnels formés	0	120	124 (103%)
	Nbr de jeunes Informés en SSR	0	2400	2300 (96%)
MJS	Rapport final de l'étude sur l'intégration de la SSR dans les maisons des jeunes et structures féminines du MJS est validé	Non disponible	Disponible	Disponible
	Nombre d'animateurs/formateurs formés en SSR	0	25	25 (100%)
	Nombre de jeunes de deux sexes informés en matière de la SSR	0	7000	7250 (104%)
DP	Nombre d'ONGs impliquées dans les ESJ	0	3	3 (100%)
AMPF	Nombre d'EP formés	0	70	54 (77%)
	Nbr d'adolescents et jeunes des centres de protection de l'enfance sensibilisés en SSR	0	45	45 (100%)
	Nbr de migrants sensibilisés en SSR	0	200	240 (120%)
	Nbr d'ouvrières agricoles sensibilisées en SSR	0	100	36 (36%)
	Nbr de migrants ayant bénéficiés des services de counselling à travers la caravane mobile	0	600	873 (146%)

Source : système de suivi du BP de l'UNFPA.

Un seul indicateur est retenu par rapport à la SSR Jeunes dans la matrice de suivi et d'évaluation du 8PP, et dont la cible est due en 2016.

Tableau 4 : Indicateur du Plan de Suivi et d'Evaluation (PSE) du 8PP pour SSR Jeunes

INDICATEUR	BASELINE	CIBLE 2016	RESULTAT
Nombre de plans régionaux de santé intégrant SSR chez les jeunes	0	4	Pas de données pour l'instant (cible prévue en 2016)

Source: système de suivi du BP de l'UNFPA.

Egalité de genre et LCVBG

L'accès à l'information concernant les services des unités de prise en charge des femmes victimes de violences, se fait par le biais de séances de sensibilisation et d'ateliers de renforcement de capacités, de la diffusion de brochures, par l'intermédiaire des écoutantes au niveau des associations et des assistantes sociales et des professionnels de la santé dans les hôpitaux, des tribunaux, des commissariats de police et des brigades de la gendarmerie.

Pour les jeunes filles et jeunes garçons, l'information est diffusée par les ONGs en milieu scolaire et par les éducateurs, éducatrices et les oulémas relais. A ce propos, l'implication et l'adhésion de la Rabita Mohammedia des Oulémas demeure un point fort de ce programme. Cette implication a renforcé l'intégration et la diversification des canaux de communication populaires et a permis de toucher de nouveaux publics : la télévision (Chaîne Assadissa), les radios locales, les écoles traditionnelles, le milieu carcéral et les foyers féminins.

Pour le renforcement des compétences, l'appui technique et financier de l'UNFPA a contribué au niveau des capacités des coordinations régionales regroupant les différents intervenants dans la circonscription judiciaire des régions de Meknès et Béni Mellal, en termes de formation des assistantes sociales, des écoutantes et à l'élaboration des plans d'action locaux et régionaux. La territorialisation des actions de LCVBG et la forte implication des partenaires institutionnels, notamment le MJL et le MS, a bien profité aux centres d'écoute en termes de facilitation des procédures, le traitement et le suivi des cas.

Egalement au niveau des produits, l'appui de l'UNFPA a contribué à l'élaboration des modules de formation tels que le guide pour les éducateurs et éducatrices relais et le plan de formation pour les ressources humaines des établissements de protection sociale des personnes âgées, dont un module est consacré aux droits humains et la VBG; des supports de communication, des guides, etc.

Au niveau des services, l'appui a permis le maintien des centres d'écoute et d'hébergement des ONGs (indemnisation des écoutantes, équipements et contribution au fonctionnement des centres d'hébergements), le renforcement du service de prise en charge juridique au sein des tribunaux et médicale au sein des hôpitaux. En termes de prévention, l'UNFPA a appuyé l'organisation, chaque année, des campagnes nationales et régionales de LCVBG, des ateliers, rencontres et caravanes de sensibilisation.

L'intervention de l'UNFPA dans le mode d'engagement de gestion des connaissances a été faible durant la période 2012-2014 par rapport aux activités majeures (09 et 07 de l'output3) programmées dans les PTA 2012-2013 : Etude sur le mariage précoce, l'étude complémentaire sur les VBG, le rapport annuel des statistiques sur les VBG et l'évaluation du système d'information dans les cinq régions pilotes. La période concernée par l'évaluation a connu la réalisation en 2013 de l'audit genre du MS et l'évaluation des unités de PEC et l'évaluation rétrospective des unités intégrées de prise en charge des femmes et des enfants victimes de violences aux niveaux des hôpitaux. En 2014, le guide de la Rabita Mohammedia des Oulémas qui intègre la lutte contre les violences dans le discours religieux a été révisé pour tenir compte des besoins des jeunes.

Les cibles des indicateurs de résultats et des indicateurs de processus au niveau de chaque PTA (2013-2014), d'après les données disponibles, sont atteintes avec un taux supérieur à 100% dans certaines régions, par exemple l'Oriental. En termes de développement des capacités: formation de 100 membres des cellules de PEC des FVV en 2013 avec un taux de 100% et 198 assistantes sociales du parquet général pendant la période (2012 -2014) avec un taux de 49% et 40 écoutantes dans la région de Marrakech (2013) qui atteint les 100%.

Tableau 6 : Indicateurs de suivi (PTAs 2013 et 2014) pour la composante Egalité de genre et LCVBG

ANNÉE	Parten.	INDICATEUR	BASELINE	CIBLE	RESULTAT
2013	MJ	Nombre de membres des cellules de PEC des FVV formés	0	100	100 (100%)
		Nombre des réunions de coordination régionales de la chaîne de PEC des FVV tenues	0	2	2 (100%)
	MSFFDS	Disponibilité du rapport de la revue du Système d'information	non	oui	non
		Disponibilité du rapport de l'étude sur le mariage précoce	non	oui	non

ANNÉE	Parten.	INDICATEUR	BASELINE	CIBLE	RESULTAT	
	Assoc. Ain Ghazal	Nombre de femmes sensibilisées sur la LCVFG dans la région orientale	0	800	760 (95%)	
		Nombre de jeunes hommes et garçons touchés durant le festival du Rai	0	3000	3000 (100%)	
		Soumission des rapports d'activité CEPAJ	0	3	3 (100%)	
	Assoc. Ennakhil	Nombre d'écoutermes formées	0	40	40 (100%)	
		Nombre d'individus sensibilisés sur la LCVFG à travers le théâtre	0	400	300 (75%)	
		Soumission des rapports d'activité CEPAJ	0	3	3 (100%)	
	CDG	Nombre de personnes sensibilisées sur la VFG et sur l'adoption de comportements sains en matière de SSR	0	1500	2190 (146%)	
		Nombre d'hommes sensibilisés à la prison Bourkayez	0	60	60 (100%)	
		Soumission des rapports d'activité CEPAJ	0	3	3 (100%)	
	2014	MJ	Nbr. de membres de cellules de prise en charge formés	98	198	196 (99%)
			Nbr. de plan de coordination locaux mis en place et fonctionnels	2	6	6 (100%)
			Nbr. de plan de coordination régionaux mis en place et fonctionnels	0	1	1 (100%)
MSFFDS		Disponibilité d'un support de communication audiovisuel ciblant les hommes pour la LCVFG	Non disponible	Disponible	Disponible	
		Nombre de consultations régionales organisées	0	3	3 (100%)	
		Disponibilité d'un plan de formation à destination des acteurs sociaux des EDS	Non disponible	Disponible	Disponible	
Assoc. Ain Ghazal		Nbr. d'individus sensibilisés sur la GBV, dangers du mariage des mineurs et les grossesses des adolescentes	0	1500	2733 (182%)	
		Nbr. de lycéens des deux sexes sensibilisés à la LCVFG	0	350	585 (167%)	
		Nbr. de rapports d'activité des CEPAJ soumis	0	3	4 (133%)	
Assoc. Ennakhil		Nbr. d'individus sensibilisés sur la GBV, dangers du mariage des mineurs et les grossesses des adolescentes	0	1500	1000 (67%)	
		Nbr. de cas de VBG compliqués dont les dossiers ont été pris en charge juridiquement	0	7	7 (100%)	
CDG		Nbr. d'individus sensibilisés sur la GBV, dangers du mariage des mineurs et les grossesses des adolescentes	0	1500	1138 (76%)	

ANNÉE	Parten.	INDICATEUR	BASELINE	CIBLE	RESULTAT
		Nbr. de prisonniers et prisonnières sensibilisés à la VBG	0	120	126 (105%)
		Nbr. de rapports d'activité des CEPAJ soumis	0	3	3 (100%)
	RMO	Nbr. d'adolescents des écoles traditionnelles formés et opérationnels sur les droits à la SSR et la LCVFG	0	100	101 (101%)
		Nbr. de prisonniers et prisonnières sensibilisés aux droits à la SSR et à la LCVFG	0	2000	1747 (87%)
		Nbr. de femmes et filles sensibilisées et éduquées en SSR dans les foyers féminins	0	3600	3115 (87%)

Source : système de suivi du BP de l'UNFPA.

A noter que le taux d'exécution des activités de 2012 avec le MSFFDS est de presque 0% en raison de la poursuite de l'exécution intensive des activités du programme Tamkine qui n'a été clôturé que fin juin 2012. L'exécution du PTA élaboré pour les 6 mois de 2012 et 2013 a souffert en plus de la vacance des postes clés au sein de la Direction de la femme.

Par ailleurs, d'autres sources d'information explorées, particulièrement la discussion de groupe avec les FVV bénéficiaires des services du centre d'écoute de l'association ENNAKHIL, a permis d'évaluer le degré de satisfaction des prestations de services, qualifiées par les femmes grâce à l'accompagnement des écoutantes et des assistantes sociales du parquet et de la santé. Au niveau des services, les femmes apprécient la gratuité de la consultation et du certificat médico-légal, mais déplorent l'inexistence des unités de PEC dans les centres de santé ; cela prive les femmes rurales d'une prise en charge immédiate et adéquate à leur cas quand elles sont victimes de violences et qu'elles ont besoin de soins urgents et d'un certificat médical gratuit pour déposer la plainte auprès de la gendarmerie.

Il est également important de souligner que le plaidoyer mené auprès des institutions pour faciliter le travail des centres d'écoute pour les FVV et renforcer la coordination au niveau local et régional a porté ses fruits, ainsi:

- Le MJL a développé un plan d'action pour améliorer les performances de la prise en charge des femmes et des enfants, faciliter l'accès aux services des cellules de PEC et renforcer les capacités des mécanismes de coordinations locales et régionales de LCVBG. Les sessions de renforcement des capacités sont réalisées sur la base du guide sur les normes et standards pour la prise en charge des femmes et des enfants victimes de violences.
- Les résultats atteints, à travers l'appui de l'UNFPA et de l'UNICEF, aux unités de PEC des FVV au niveau des hôpitaux ont contribué à mobiliser l'intérêt des décideurs autour de la problématique de VBG, d'où la décision du MS de passer de la prestation de services à l'élaboration d'un programme de santé publique structuré (en cours de validation) pour la prise en charge des femmes et des enfants victimes de violences, intégrant tous les paramètres, notamment la prévention, la prise en charge médicale, médico-légale et médico-social.
- Les unités de PEC des FVV ont été généralisées au niveau des services de la police judiciaire (plus de 119 cellules), au niveau des hôpitaux (96 unités), au niveau des tribunaux de première instance (67) et des cours d'appel (21).

Un seul indicateur par rapport à cette composante a été retenu au niveau de la matrice de suivi et d'évaluation du 8PP, qui coïncide avec celui de l'UNDAF et il a déjà été atteint (voir Q5S1).

Q4S2) Les interventions du 8PP contribuent à l'augmentation de la demande et l'amélioration de l'accès aux services de santé maternelle dans les zones cibles

Le Plan d'action d'accélération de la réduction de la mortalité maternelle, néonatale et infanto-juvénile pour la période 2013 – 2015 cadre les interventions appuyées par en matière de santé maternelle. La Plan d'action priorise 6 régions caractérisées par une faible couverture des programmes de santé de la mère et de l'enfant (Sous-Massa-Draa ; Oriental ; Tanger-Tétouan ; Taza-Al Houceima-Taounate ; Marrakech-Tensift-El Haouz ; Tadla-Azilal). Le rôle du BP dans la conception, mise en œuvre et suivi du plan est, jusqu'à maintenant, primordial grâce à son expertise technique mise à disposition de la DHSA (niveau central) et des Directions Régionales de Santé. L'augmentation de la demande et l'amélioration de l'accès aux services de santé maternelle prévue dans le 8PP se base sur deux grands axes; d'abord, des mesures de mise à niveau de l'offre (maisons d'accouchement, maternités hospitalières, formation des professionnels de santé- médicaux et paramédicaux -, SAMU OR, système d'information). Globalement, les mesures appuyées visent à exercer un effet bénéfique sur quatre paramètres inhérents au système de santé : disponibilité (établissements et services de santé opérationnels en nombre suffisant, équipements et médicaments, par rapport à la population à desservir), accessibilité (physique, financière), acceptabilité (en conformité avec les droits humains, la diversité culturelle et l'éthique médicale) et qualité (services et soins scientifiquement et médicalement appropriée, y compris un personnel qualifié, des médicaments homologués et un équipement médical adéquat).

En deuxième lieu, des mesures orientées à inciter les citoyens et les citoyennes à faire connaître et à utiliser les services de santé (rôle de la société civile, classe des mères, intégrations des sages-femmes dans les communautés). Idéalement, une offre de services de santé de qualité est en meilleure mesure d'attirer la demande et, par conséquent, de favoriser une utilisation des services plus élevée.

En termes de mesures axées sur l'offre des services, il est à noter que l'effort de formation des professionnels de la santé (globalement à niveau du système de santé et aussi à niveau du 8PP) a été constant jusqu'en 2014, tous thèmes confondus. Les indicateurs de suivi du 8PP disponibles ne facilitent pas la comptabilisation de l'intensité et de la désagrégation de ces activités de formation (par thématique, par profil professionnel, par région ou province, par année), mais l'analyse des PTAs et les entretiens au niveau central et régional mettent en évidence l'importance accordée à ce volet par les partenaires nationaux.

En outre, une activité fondamentale d'amélioration de la qualité de la prise en charge des femmes enceintes et du nouveau-né est l'accréditation des MA et des maternités. L'accompagnement du BP à ce processus depuis sa conception permet d'élargir et de consolider la principale action de démarche qualité en matière de soins maternels du système national de santé. En 2014, l'objectif de validation de la procédure de régionalisation du processus de certification des MA a été atteint bien que les progrès dans le nombre des maisons d'accouchement certifiées sont lents ; en 2013, l'indicateur de suivi de cette activité montre qu'aucune nouvelle MA était certifiée dans les régions de TA, MTH, SMD et Oriental.

En 2014, l'indicateur de la région MTH disponible³⁹, montre que 100% des MA (62 MA) a participé dans l'audit de niveau 1⁴⁰ et prévoit que le processus de certification pour le niveau 2⁴¹ continue durant 2015. L'indicateur de la région TA montre que la première étape du processus de certification des MA est achevée en 2014.

L'approche qualité des soins maternels et néonataux est complétée par la révision du Guide de monitoring SONU, l'instauration des recommandations des bonnes pratiques relatives aux complications obstétricales et la conformation des équipes de « Task forces » opérationnelles et d'appui clinique aux sages-femmes, gynécologues et pédiatres. La DHSA a formalisée en juin 2013 la création des Task Forces régionales comme outil opérationnel pour accompagner la mise en œuvre et le suivi du Plan d'action sur l'ensemble du territoire.

L'appui au MS pour l'élargissement du SAMU OR dans les zones enclavées fait partie des mesures orientées à faciliter l'accès aux services de santé. Il s'agit d'un dispositif de régulation des urgences obstétricales en milieu rural. La mise en œuvre du SAMU OR dans les zones enclavées est en cours et devra se poursuivre durant 2015 et 2016. Néanmoins, certains dysfonctionnements qui limitent l'effectivité de ce dispositif ont été déjà identifiés, notamment les difficultés pour assurer le carburant et la gratuité totale du service, le déficit d'ambulanciers, ou la communication des références des urgences entre structures.

En termes de mesures orientées à inciter l'utilisation des services de santé, l'intensité et la portée des activités mises en place sont plus modestes. La redynamisation de l'approche « classes des mères » a impliqué l'organisation d'un nombre élevé de séances de formation des professionnels de santé des régions TA et MTH en 2013 et 2014 et devrait permettre d'intensifier les contacts entre les femmes enceintes et le système de santé publique.

Enfin, le renforcement des capacités de la société civile pour plaider en faveur de l'accouchement en milieu surveillé et du suivi des grossesses ainsi que sa participation dans des actions de sensibilisation semblent faibles. De même, une convention a été signée avec les médias pour favoriser la diffusion des campagnes ou des messages sur la santé maternelle, la grossesse et l'accouchement mais sa mise en œuvre est ponctuelle.

Les tableaux suivants montrent les indicateurs disponibles pour le suivi de la sous-composante de santé maternelle du 8PP, pour les années 2013 et 2014.

³⁹ Les indicateurs des PTA n'ont pas toujours une continuité au long de la période évaluée et les rapports annuels de la DHSA à niveau central ne sont pas disponibles, ce qui rend la tâche de consolidation et de reconstruction rétrospective des activités faites et des progrès sur les zones d'intervention difficile.

⁴⁰ Le niveau 1 prend en considération la dimension d'Accès aux soins et la dimension de Fonctionnalités SONU.

⁴¹ Le niveau 2 prend en considération la dimension de Qualité de la prise en charge.

Tableau 7 : Indicateurs de suivi (PTAs 2014) pour la sous composante Santé Maternelle

INDICATEURS	Partenaire	Base line 2012	Cible 2014	Résultats 2014	
Nbr. des structures de niveau « 2 » certifiées dans les régions TA et MTH	DHSA	7	37 (2013)	0 (2013)	0%
Nbr. visites Task force pour le suivi du Plans de santé maternelle et infantile régionales dans les régions TA, MTH, SMD, Oriental	DHSA	0	12 (2013)	2 (2013)	17% (2013)
Disponibilité et diffusion du Guide de monitoring obstétricale	DHSA	non	Oui	Oui	100%
Nbr points focaux formés sur la mise en place du SAMU OR	DHSA	0	4	4	100%
Procédure de régionalisation du processus de certification des maisons d'accouchement validée	DHSA	Non Disponible	Disponible	Disponible	Dispo.
Nbr cellules SMI disposant de personnels formés en CM et TAG	DRS/MTH	0	33	35	106%
Nbr PS formés pour une meilleure qualité de prestation de services (VM, TAG, bonnes pratiques...)	DRS/MTH	0	160	156	98%
Nbr PS formés pour une meilleure qualité de prestation de services (VM, TAG, bonnes pratiques...)	DRS/MTH	Non Disponible	Non Disponible	Non Disponible	Non Dispo.
Etude sur la cohorte des femmes enceintes validée	DRS/MTH	Non Disponible	Disponible	Disponible	Dispo.
Nbr cellules SMI disposant de personnels formés en CM et TAG	DRS/Oriental	0	30	30	100%
Nbr de PS formés en CM et TAG	DRS/Oriental	0	50	50	100%
Nbr auditeurs formés dans la région	DRS/Oriental	0	16	16	100%
Nbr personnes relais formées sur le dispositif SAMU OR	DRS/SMD	99	99	99	100%
Nbr PS formés en matière de RBP	DRS/SMD	0	30	25	83%
Nombre d'auditeurs formés au niveau de la région	DRS/SMD		12	9	75%
Nbr cellules SMI disposant de personnel formé en CM et TAG	DRS/TA	0	20	10	50%
Nbr PS formés en dispositif SAMU OR, CM, TAG, bonnes pratiques, modèle d'appui clinique, Système de SMD...)	DRS/TA	0	110	118	107%

Source : système de suivi du BP de l'UNFPA.

Il convient de signaler que 3 autres indicateurs avaient été initialement définis et postérieurement écartés puisqu'il s'agissait d'indicateurs d'impact, relevant de l'activité sanitaire nationale et, où la partie de responsabilité du 8PP est difficilement visible. Ces indicateurs étaient :

- Nombre de complications obstétricales prises en charge et référées dans les structures publiques de santé ;
- Proportion de consultations prénatales parmi les femmes rurales ;
- Proportion d'accouchements assistés par le personnel de santé chez les 20% des plus pauvres.

Un seul indicateur par rapport à cette composante a été retenu au niveau du plan de suivi et d'évaluation (PSE) du 8PP, qui coïncide avec celui de l'UNDAF et dont le niveau d'atteinte fin 2014 n'est pas disponible (voir Q5S1).

Planification familiale

L'appui à l'élaboration d'une stratégie pour la promotion de l'utilisation du DIU et l'étude sur l'acceptabilité de l'implant sont deux réalisations qui visent à diversifier l'offre sur les méthodes contraceptives et à faciliter la décision éclairée des femmes, tout en améliorant leurs besoins non satisfaits.

Les méthodes contraceptives disponibles de nos jours sont cinq, mais avec une grande disparité au niveau de l'utilisation, entre la pilule (76,1%) et les méthodes de longue durée (19%). La disponibilité des produits, la réalisation d'un counseling systématique et de qualité par un personnel sanitaire bien formé et réceptif, et la disponibilité d'installations adaptées aux services d'introduction et de retrait des dispositifs, sont des facteurs conditionnant la qualité du service et le succès de la stratégie en train d'être mise en place depuis 2015.

Si les résultats de l'étude sur l'acceptabilité de l'implant sont concluants et positifs, l'UNFPA devrait continuer avec le plaidoyer auprès du MS pour la réintroduction de cette méthode dans l'offre des services de PF. Les comptes rendus de suivi et de coordination avec la DP montrent que le plaidoyer est déjà en cours.

La révision du module de formation des infirmiers en matière de PF en fonction des nouvelles directives du PNPF, devrait contribuer de façon directe à l'amélioration de la qualité des services et de façon indirecte à l'augmentation de la demande.

La vérification de la valeur des indicateurs définis dans les PTAs montre que le niveau d'atteinte des cibles est assez élevé, avec uniquement un indicateur qui n'est atteint qu'à 25%, mais, qui d'après la compréhension des évaluateurs, devrait pouvoir atteindre le 100% à la fin de 2015.

Tableau 8 : Indicateurs de suivi (PTAs 2013 et 2014) pour la sous composante PF

ANNÉE	INDICATEUR	BASELINE	CIBLE	RESULTAT
2013	Nombre de prestataires formés pour l'insertion de l'implant	0	14	14 (100%)
2014	Rapport final de la phase pilote du projet de l'implant contraceptif validé	Non disponible	Disponible	En cours
	Le document de la stratégie de promotion de l'utilisation du DIU validé	Non disponible	Disponible	Disponible
	L'application CHANNEL adaptée au contexte validée	Non disponible	Disponible	Non disponible (25%)

Source : système de suivi du BP de l'UNFPA

Par ailleurs, il convient de remarquer que ces indicateurs sont des indicateurs de production mais qu'ils ne reflètent pas tous les produits découlant des activités. A titre d'exemple, pour 2013, l'élaboration de la stratégie en faveur de la promotion du DIU était prévue, mais il n'y a pas d'indicateur à ce sujet.

Il n'y a pas d'indicateur en relation avec la PF dans la matrice de suivi et d'évaluation du 8PP.

Q4S3) Les interventions du 8PP permettent d'appuyer les stratégies et les plans à travers la génération de connaissances et d'évidence sur les questions émergentes de population, genre et SSR

Santé maternelle

Deux activités visent le renforcement et l'élargissement du système régulier de suivi des programmes de santé maternelle et néonatale. D'abord, il est à noter l'extension et la régionalisation du système de surveillance des décès maternels à travers l'installation d'une application informatique. Il s'agit d'une activité fondamentale pour fournir des données fiables et analyser les progrès ou les difficultés de mise en œuvre du Plan d'action d'accélération de la réduction de la mortalité maternelle, néonatale et infanto-juvénile pour la période 2013 – 2015. Actuellement, le processus de mise en place de l'application et de formation des professionnels est achevé mais son utilisation n'est ni systématique ni généralisée. Dans certaines régions, les déclarations de décès maternelles sont omises, ce qui affaiblit la capacité de réponse du système de santé. Les dysfonctionnements liés à la programmation de l'application, la lourdeur de son remplissage et la variabilité dans le degré d'adhésion des professionnels de santé ont été cités parmi les causes qui entravent la performance du système de surveillance des décès maternels. Deuxièmement, la revue du nouveau système d'information de santé maternelle et infantile complète l'effort pour renforcer les outils de production régulier des données mais, également, des lacunes pour son exploitation ont été rapportées. Enfin, le BP a coordonné au niveau national l'élaboration du rapport mondiale sur la pratique des sages-femmes dans le monde.

Planification familiale

Tantôt l'analyse sur l'utilisation du DIU, comme l'étude sur l'acceptabilité de l'implant, répondent à des questions émergentes sur la SSR, l'égalité de genre et sur les droits individuels et les droits des femmes. Les recommandations de l'OMS allant vers l'application de l'approche de droits humains dans les activités de PF, le BP de l'UNFPA réalise un plaidoyer dans ce sens (comptes rendus de 2014 et début 2015 des réunions de coordination avec la DP).

SSR Jeunes

Les interventions du 8PP, à travers la génération des connaissances et évidence sur les questions émergentes de SSRAJ ont permis d'appuyer les stratégies et plans nationaux. Dans ce sens, l'étude sur l'Intégration de la SSR dans les Maisons des Jeunes et Structures Féminines du Ministère de la Jeunesse et des Sports, réalisé en 2014 par le MJS avec l'appui de l'UNFPA, permet au Ministère de tenir ses engagements pris dans le cadre du volet Santé des Jeunes dans la SNIJ et son engagement dans l'appui des efforts du pays dans l'atteinte des OMDs.

Population et développement

L'évaluation du bilan des réalisations de l'UNFPA, en matière de population et développement, permet de distinguer deux types d'interventions. Les premières à caractère transversal, organisées avec la participation de tous les partenaires socioéconomiques (gouvernement, ONG et agences des Nations Unies), se caractérisent par une large couverture médiatique. Elles visent le développement de la réflexion, la sensibilisation des acteurs sur les problématiques d'actualité, le plaidoyer et l'appropriation de la démarche à entreprendre pour relever les défis en la matière. Les secondes s'effectuent en partenariat direct avec les acteurs socioéconomiques. Concernant le volet transversal, les principales activités réalisées, entre 2013 et 2014, ont porté sur les volets suivants :

Tableau 9 : Principales actions transversales de l’UNFPA entre 2013 et 2014

Année	Activités réalisées
2013	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Présentation du rapport 2012 sur l’état de la population mondiale sous le thème: "Oui au choix, non au hasard, planification familiale, droits de la personne et développement", en partenariat avec le MS. ▪ Célébration de la Journée Mondiale de la Population 2013 sous le thème : "Les grossesses des adolescentes", en partenariat avec l’association Initiative pour la Protection des Droits des Femmes. ▪ Lancement du rapport 2013 sur l’état de la population mondiale sous la thématique: "la mère-enfant: Face aux défis de la grossesse chez l’adolescente", en partenariat avec l’Association Troisième Millénaire pour le Développement de l’Action Associative du Sud Est. ▪ Constitution et formation d’un réseau de journalistes engagés pour les questions clés de la population et le développement, y compris la SSR et la lutte contre la violence basée sur le genre.
2014	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Célébration, en 2014 de la Journée Mondiale de la Population sous la thématique: "Investir dans les jeunes", avec la participation de plusieurs associations des jeunes au Maroc. ▪ Organisation de l’atelier national sur « La CIPD+20 et l’agenda de développement post-2015 », en partenariat avec l’équipe pays des Nations Unies au Maroc et le Ministère des Affaires Etrangères et de la Coopération. ▪ Développement des capacités des parties prenantes favorables en matière de la SSR. ▪ Appui aux institutions nationales de protection des droits humains dans le cadre du programme conjoint d’appui à la Délégation Interministérielle aux Droits de l’Homme (DIDH): <ul style="list-style-type: none"> ○ Elaboration du Rapport National à mi-parcours sur la mise en œuvre des recommandations de l’Examen Périodique Universel. Ce rapport a été soumis au Conseil des Droits de l’Homme 2014; ○ Renforcement des capacités nationales en matière de suivi des indicateurs des droits humains par l’organisation de 2 sessions de formation de formateurs sur les indicateurs de droits humains organisées au profit des cadres de la DIDH et des partenaires gouvernementaux, non gouvernementaux et du SNU. ▪ Appui à la participation des délégations nationales aux rencontres internationales et régionales : <ul style="list-style-type: none"> ○ La 47^{ème} Session de la Commission de Population et Développement : «Évaluation de l’état de mise en œuvre du Programme d’action de la Conférence Internationale sur la Population et le Développement » à New York. ○ La 6^{ème} Conférence Internationale des Parlementaires sur la mise en œuvre du Programme d’Action de la CIPD à Stockholm.

Globalement, le 8PP dans sa composante P&D a répondu, en partie, à la « Production et utilisation des données et connaissances pour la promotion de l’approche basée sur les évidences et les résultats ». Dans ce cadre, l’UNFPA a appuyé activement ses partenaires à participer (plusieurs représentants des départements ministériels, dont HCP, Santé et Développement social, et de la société civile) aux différentes rencontres régionales et internationales, notamment aux séminaires organisés au Caire, Addis Abéba et à New-York sur le bilan global du CIPD+20, ainsi qu’à la conférence sur la population, tenue à Busan en Corée du Sud, en 2014.

Le développement de la recherche sur les questions liées aux défis démographiques a marqué le 8PP, par la programmation de l’enquête sur la migration internationale, l’étude institutionnelle du CERED et le CIPD+20. Mais une enquête programmée par l’ONDH en 2014 sur les attentes des jeunes dans la région de Tanger - Tétouan a été reportée.

La cible concernant le nombre d'études envisagées sur les questions émergentes de la population, au cours de la période 2012-2016 est de 5 études ; cette cible a été déjà atteinte en 2014 et sera dépassée avec la programmation de trois autres études entre 2015 et 2016. Le partenariat avec le CERED a été marqué par la réalisation de trois études :

- Etude institutionnelle du CERED, diagnostic et plan d'action. HCP, UNFPA. Février 2012
- Enquête migration internationale (enquête pilote à Tadla Azilal), en cours de finalisation.
- Population et Développement au Maroc, vingt ans après la conférence du Caire de 1994, Rapport national. Juin 2013. Royaume du Maroc

Pour les deux programmes conjoints, on note la réalisation des études suivantes :

- Rapport d'évaluation de la première phase de l'INDH (2005-2010) et leurs effets sur les populations cibles. Avril 2013. ONDH.
- Etude sur le handicap dans les politiques publiques marocaines face au creusement des inégalités et à l'appauvrissement des familles avec des ayants droit handicapés. Programme Maghreb. Novembre 2014. Handicap International-ONDH.
- Enquête Panel de ménages 2012. Février 2015. ONDH.
- Rapport sur les OMD de 2012. 2014. Royaume du Maroc.
- Rapport définitif 2015 sur les OMD en cours d'édition.
- Quatre rapports sur les OMD régionaux en cours de finalisation (Fès - Boulemane, Oriental, Grand Casablanca et Souss Massa Dra).

D'autres réalisations liées à la génération et à la production des connaissances ont été réalisées, en partenariat, avec l'ONDH, le Ministère de la Santé, l'AMPF et Rabita Mohammedia des Oulémas, dont notamment :

- Etude documentaire sur l'avortement. 2014. AMPF-UNFPA ;
- Etude sur les besoins SSR chez les personnes en situation d'handicap. 2014. Ministère de la Santé ;
- Préparation et lancement de l'enquête sur la santé. 2014. Ministère de la Santé ;
- Etude sur les lieux de vie des jeunes. 2013. Rabita Mohamadia des Oulémas-UNFPA ;
- Etude sur les attentes des jeunes-Marrakech Tensift El Haouz/ONDH 2013.

Quant aux recherches impliquant les jeunes, l'objectif du 8PP est de réaliser cinq études. Au cours de la période 2012-2014, deux études ont été réalisées :

- Etude CAP auprès des professionnels de santé et des jeunes ;
- Etude de travail de sexe chez les mineurs.

D'autres sont en cours d'achèvement, respectant de ce fait le but visé en 2016. Elles concernent l'implication des jeunes dans les phases de conception des études visant à inventorier les concepts et appels relatifs à la lutte contre la VBG contenus dans le Hadith et le Coran (RMO) et l'analyse de la situation des adolescents et VIH (All In).

Les programmes conjoints de l'ONDH et du HCP constituent des références en matière de production de l'information aux questions émergentes de la population. L'ONDH, à travers le développement du système d'information territorial (sept régions), la promotion des mesures de la pauvreté multidimensionnelle par l'échange d'expériences et d'organisation de rencontres internationales, la réalisation d'études spécifiques sur le développement humain appuient l'élaboration des stratégies et plans sectoriels.

Le HCP, à travers les rapports nationaux et régionaux sur les OMDs, constitue des tableaux de bord pour les décideurs politiques sur le niveau atteint pour les principaux indicateurs socioéconomiques du pays.

L'évaluation constate que le PTA de 2013 ne dispose pas d'indicateurs et que le seul indicateur de cette composante n'a pas été inclus dans le système interne de suivi du BP, mis en place en 2013.

Tableau 10 : Indicateurs de suivi (PTAs 2014) pour la composante P&D

ANNÉE	INDICATEUR	BASELINE	CIBLE	RESULTAT
2014	Disponibilité d'une enquête pilote Mig-HIMS	Non disponible	Disponible	Disponible

Source : système de suivi du BP de l'UNFPA et constatations.

Au niveau des indicateurs, le travail réalisé dans le cadre des PTAs, est reflété dans le travail conjoint avec les autres agences, dont les indicateurs n'engagent pas uniquement l'UNFPA.

Tableau 11 : Indicateurs du Plan de Suivi et d'Evaluation (PSE) du8PP pour P&D

INDICATEUR	BASELINE	CIBLE	RESULTAT
Nombre d'études sur les questions émergentes de population et sur les impacts sociodémographiques des stratégies et programmes, réalisées et diffusées	0	5	5 réalisées (100%) et 3 encours
Nombre de recherches et études impliquant les jeunes dans leur conception	0	5	2 réalisées et 3 en cours (40%)

Source : système de suivi du BP de l'UNFPA et constatations.

Egalité de genre et LCVBG

L'UNFPA a soutenu depuis 2007 un processus de mise en installation de la mise en œuvre et d'opérationnalisation d'un système institutionnel d'information sur la violence faite aux femmes (SIIVF). La mise en œuvre de ce mécanisme permettrait une meilleure prise de connaissance du phénomène de violence à l'égard des femmes pour dresser les meilleures actions institutionnelles de prise en charge.

Le MSFFDS, qui coordonne le monitoring de ce SIIVF, a lancé une évaluation du système, inscrite au niveau du PTA 2013. Dans le cadre de la préparation de cette évaluation, chaque partenaire a unilatéralement élaboré une première esquisse d'évaluation interne traçant les problèmes saillants et les propositions de redressement. Suite à des défaillances de gestion (et aussi restrictions budgétaire), ce processus d'évaluation n'a pas abouti et l'activité a été réorientée vers l'appui de la 12^{ème} campagne nationale de LCVFF, à travers l'élaboration du rapport de la campagne. Toutefois cette évaluation est en cours de réalisation au sein du MSFFDS à travers le budget général de l'Etat.

Q4S4) L'accompagnement institutionnel, politique et technique de l'UNFPA contribue au positionnement de la SSR dans le cadre des priorités politiques, stratégiques, programmatiques et budgétaires nationales

La SSR est, depuis des années, une des priorités dans les politiques nationales de santé. Les stratégies et les plans d'action sont en général en accord avec les recommandations des NU et en particulier de l'OMS. Même si beaucoup de chantiers sont entrepris et beaucoup de progrès ont été faits, il reste encore du chemin pour garantir un service complet et de qualité pour tous. Dans ce sens, le BP de l'UNFPA joue un rôle important à travers son accompagnement et ses activités de plaidoyer renforcées par la légitimité de l'agence et du système des NU. Tantôt l'information recueillie par les entretiens comme celle retrouvée dans les rapports de suivi et de coordination avec les partenaires, renforce cette position. Dans certains cas, le BP de l'UNFPA jouerait un rôle « fédérateur » ou encore « sert de catalyseur et crée les conditions pour permettre aux institutions à se mettre autour de la table pour réfléchir et surtout pour rendre des comptes ».

Les activités de plaidoyer, de facilitation pour l'appartenance à des réseaux, de participation aux rencontres internationales et de sensibilisation auprès de la société civile sont vouées à contribuer au positionnement de la SSR dans les priorités nationales. Ce type d'activité, en plus des activités de suivi, se retrouve dans toutes les sous composantes traitées dans le 8PP.

Dans le cadre du Plan Stratégique National de Lutte Contre le Sida 2012-2016, l'appui programmatique^{42a} permis à titre d'exemple : la diffusion du guide des normes et standards en matière de sensibilisation contre le VIH/Sida auprès des TS, la formation des intervenants des ONG thématiques partenaires (ouvrières agricoles, jeunes prisonniers, leaders en Education Sexuelle, jeunes migrants, etc.), le plaidoyer pour l'intégration des composantes de la SSR, y-compris le VIH/sida dans les centres au service de la jeunesse (CSJ) l'élaboration d'outils activités SSR jeunes, le plaidoyer pour l'intégration de toutes les prestations SSR, y compris le VIH/Sida dans les espaces santé jeunes et autres structures de santé pour jeunes, (accès aux préservatifs masculins et féminins, counseling et orientation pour dépistage). Pour l'appui budgétaire, le Ministère de la Santé avec appui du Fonds Mondial a mobilisé un budget pour la mise en œuvre du Plan Stratégique National de Lutte Contre le Sida 2012-2016.

L'adoption de différentes stratégies sectorielles par les ministères nécessite pour leur mise en œuvre la mobilisation d'un financement essentiellement étatique. Les ressources budgétaires allouées et destinées pour les interventions du 8PP– sont difficiles à évaluer en raison de l'absence d'accès aux morasses budgétaires des différentes institutions et ONGs. Par ailleurs, l'exploitation des budgets des ministères (MS, MENFP et MJS), des lois des finances de 2012, 2013 et 2014, ne permet pas d'identifier si l'accompagnement institutionnel et technique de l'UNFPA au Maroc a favorisé la SSR dans le budget du Ministère de la Santé.

Q4S5) Les interventions du 8PP améliorent les capacités de planification et de gestion des programmes de SSR du MS, avec intégration des approches genre et droits humains

Santé maternelle

Parmi les actions orientées au renforcement des capacités de planification et de gestion en matière de santé maternelle, il y a lieu de souligner l'appui technique à l'élaboration et mise en œuvre du plan quinquennal (2012-2016) pour l'accélération de la réduction de la mortalité infantile et maternelle, la participation active du BP dans le comité conjoint de suivi et évaluation du PASS et la conception du programme conjoint 2015 – 2016 pour la réduction mortalité maternelle. Il s'agit de trois exercices conjoints de programmation, de gestion et de

⁴² Les Plans de travail SIDA, années : 2012, 2013 et 2014

suivi d'envergure dans des domaines prioritaires qui ont impliqué le niveau central et régional du MS.

Détection précoce du cancer du col de l'utérus

L'appui à l'adaptation du système d'information du programme entreprise en 2014 vise à améliorer les performances du programme tout en renforçant les capacités de gestion du MS et assurant un suivi personnalisé des participantes. Ce dernier aspect est fondamental pour la garantie d'un service complet et de qualité. Il va permettre de connaître le taux des « perdues de vue », de pouvoir réagir immédiatement pour sa minimisation, et d'avoir un taux de continuité de la prise en charge entre le niveau dépistage et le niveau diagnostic et entre ce dernier et le niveau de prise en charge.

Planification familiale

L'intervention concernant l'adaptation et l'introduction de l'outil CHANNEL est vouée à l'amélioration de la gestion des produits contraceptifs par l'informatisation. L'outil étant encore dans sa phase pilote, il n'est pas possible de connaître son efficacité réelle.

L'analyse sur l'utilisation du DIU tiens en compte la perception des femmes, mais, ne tient en compte que très indirectement la perception des hommes. La stratégie qui en découle ne montre pas non plus de mesures spécifiques d'information considérant les hommes.

De la lecture des comptes rendus de suivi et de coordination entre l'UNFPA et la DP, de fin 2014 et début 2015, on peut en déduire la volonté d'introduire l'approche droits humains dans la PF selon les recommandations de l'OMS.

L'appui de l'UNFPA à la réalisation d'un audit genre au niveau du Ministère de la Santé constitue un appui à la prise en compte de la dimension genre et droits humains au niveau de l'ensemble des programmes du Ministère ainsi que ses structures organisationnelles.

VIH/SIDA

Les interventions du 8PP, comme réponse en matière de riposte au VIH/sida, s'inscrivent dans le cadre des orientations des Nations Unies qui ont accompagné le lancement de la stratégie nationale sur les droits humains et le VIH/sida, et qui vise le respect des droits humains des personnes vivant avec le VIH/sida. La Stratégie vise à renforcer l'appareil législatif pour les protéger de toute forme de discrimination, à sensibiliser la population aux droits de ces personnes à travers la mobilisation des associations, ainsi qu'à intégrer les dimensions « droits humains » et « genre » dans toutes les actions nationales et locales de lutte contre le SIDA.

SSR Jeunes

Bien que non systématiquement traitée, la thématique égalité de genre et droits humains a été soulevée tout au cours des entretiens sous plusieurs aspects (activités de plaidoyer, formations d'EP, séances de sensibilisation, consultation de jeunes, etc.). L'analyse des documents (études, évaluations, PTAs, rapports⁴³, etc.) a mis en relief que plusieurs actions de plaidoyer continu ont été mené par l'UNFPA, tout au long de l'exécution du 8PP pour assurer l'accès universel à la SSR, notamment aux jeunes. En effet, les réalisations suivantes illustrent parfaitement ce constat : (i) formation des journalistes appartenant à la presse écrite et aux médias audio-visuelles sur la sensibilisation de l'opinion publique et des décideurs par rapport aux droits des jeunes en matière de SSR, (ii) élaboration d'une déclaration⁴⁴, suite à une consultation sur la place des jeunes dans l'agenda du post 2015, qui a résumé les aspirations des jeunes marocains et a servi d'un document de plaidoyer auprès des décideurs à l'échelle nationale, régionale et internationale, pour prendre en considération et les attentes des

⁴³ 2012 Country Office Annual Report, 2013 Country Office Annual Report, 2014 Country Office Annual Report

⁴⁴ Inventaire des réalisations PP8 par année et domaine d'intervention

jeunes dans l'agenda du développement et, (iii) sensibilisation de leaders d'associations locales et mouvements de jeunes sur l'importance de SSR des jeunes.

Il est à signaler également la réunion⁴⁵ de haut niveau tenue en 2014 pour le plaidoyer et le lobbying en faveur de l'accès légal aux services de SSR. L'atelier national, organisé sur le CIPD au-delà de 2014, a vu la participation de représentants gouvernementaux, de la société civile et des médias et notamment du Secrétaire Général du MS, sur la réalisation des droits en santé reproductive, durant laquelle, il a été principalement question des barrières d'accès à la SSR par les jeunes (les lois, les programmes et les facteurs culturels).

Q4S6) Le 8PP a des effets non prévus initialement, positifs ou négatifs, sur les partenaires ou les bénéficiaires dans les zones cibles.

De manière générale, l'exercice fait en 2014 d'alignement du 8PP avec le Plan Stratégique 2014-2017 de l'UNFPA a eu un effet sur la qualité des relations avec la plupart des partenaires nationaux. L'alignement a provoqué la discontinuité de certaines activités et des engagements qui étaient en cours ou planifiés ; le positionnement du BP a été affecté et, dans certains cas, les attentes des populations cibles ont été compromises.

Pour des raisons de restriction budgétaire liée au changement de modalités de coopération, et vue que l'AMPF n'a pas la possibilité de mobiliser des moyens financiers pour répondre aux besoins créés et maintenir la dynamique engagé auprès des partenaires avec l'appui du BP, cette dynamique risque d'être interrompue avec création de frustration à plusieurs niveau :

- Au niveau des bénéficiaires chez qui le besoin a été créé et dont la continuité ne peut être assurée.
- Au niveau des partenaires (MS, MI, ONG, etc.) qui avaient inscrit des activités qui ne pouvaient plus être réalisés.

Q5. Dans quelle mesure les interventions appuyées à travers le Programme de Pays ont-elles contribué à l'atteinte des résultats (produits et effets) du plan d'action commun de l'UNDAF ?

Résumé

Les interventions du 8PP sont totalement alignées avec les résultats attendus dans le PAC de l'UNDAF. L'évolution des valeurs des indicateurs montre une progression favorable vers l'atteinte des cibles en 2016.

Q5S1) Le8PP a contribué à l'atteinte des résultats du Plan d'Action Commun de l'UNDAF : Outcome 2 (santé) et Outcome 3 (vulnérabilité)

Santé maternelle

Les interventions en matière de santé maternelle sont directement liées à l'Outcome 2 de l'UNDAF, notamment avec les axes d'intervention 2.1.2 et 2.1.3 (voir figure 10, Q1S2) concernant l'accroissement de la demande et de l'accès aux services de SSR et l'amélioration de la qualité des prestations. Le tableau suivant montre les indicateurs de la sous composante liés au PAC UNDAF.

⁴⁵2014 Country Office Annual Report

Tableau 12 : Indicateur PAC de l'UNDAF repris dans la matrice de suivi et d'évaluation pour Santé maternelle

INDICATEUR	BASELINE	CIBLE 2016	RESULTAT
Proportion des structures d'accouchement publiques certifiées selon les normes et standards nationaux	(2011): 69%	90%	Non disponible

Source : système de suivi du BP de l'UNFPA.

Détection précoce du cancer du col de l'utérus

Les interventions concernant cette sous composante contribuent à l'atteinte de l'Outcome 2 par le fait d'appuyer la mise en place d'un programme de détection précoce en SSR et d'avoir exécuté des activités spécifiques axées sur l'offre de soins, mais aussi sur la demande des services et sur leur qualité. Le programme de DPCSC est un programme de développement social dédié exclusivement aux femmes et en particulier aux plus démunies. A travers sa spécificité il contribue à réduire les inégalités dues au genre, visées dans l'Outcome 3.

Un seul indicateur est défini au niveau du PAC de l'UNDAF, il s'agit du taux de participation au dépistage du cancer du col de l'utérus au niveau national. Comme déjà mentionné, il s'agit du même indicateur retenu dans le Plan de Suivi et d'Evaluation du 8PP et qu'un indicateur de PTA, mais exprimé en nombre de participantes (voir Q4S1). La cible prévue en 2014 étant de 46% a été dépassée avec un taux de 53,3%⁴⁶. Il est prévisible que la cible de 150.000 femmes participant au programme en 2016, soit atteinte si les efforts et la dynamique actuelle pour la mise en œuvre du programme national se maintiennent.

Tableau 13 : Indicateur du PAC de l'UNDAF repris dans la matrice de suivi et d'évaluation du 8PP pour la sous composante Détection précoce du cancer du col de l'utérus

INDICATEUR	BASELINE	CIBLE	RESULTAT
Nombre de femmes qui participent au dépistage du cancer du col dans les 6 régions cibles	12.250 (2011)	150.000 (2016)	107.680

Sources : système de suivi du BP de l'UNFPA et Direction de la Population du MS.

Planification familiale

Les interventions concernant la PF visent à augmenter l'utilisation des services de SSR de qualité (Outcome 2, Santé, du PAC de l'UNDAF) en diminuant les besoins non satisfaits, à travers la diversification de l'offre en méthodes de contraception et de façon indirecte, aussi à travers :

- L'amélioration de l'accès à l'information ;
- L'amélioration de la qualité de la formation des prestataires ;
- L'amélioration de la gestion des produits contraceptifs.

Le fait que le PNPf ne soit adressé qu'aux femmes mariées et à leurs couples, est une contrainte, puisque les services ne sont pas mis à disposition d'un groupe de population particulièrement vulnérable (jeunes et femmes ou hommes non mariés).

⁴⁶Source : rapport du groupe d'effet santé

Aucun indicateur du PAC de l'UNDAF ne concerne la Planification Familiale.

SSR Jeunes

Les interventions appuyées par le BP dans ce domaine ont produit des résultats tangibles en termes d'amélioration de l'accès à l'information et aux services de santé. Les espaces santé jeunes, la formation des EP par le MENFP et l'AMPF, ainsi que les activités d'information et de sensibilisation au niveau des colonies de vacances par le MJS, l'adoption des différentes stratégies sectorielles⁴⁷, témoignent que la contribution du BP de l'UNFPA au Maroc à travers l'Output 1 du 8PP et notamment les produits 2 et 3, a permis en grande partie d'atteindre les résultats de l'Outcome 2 (Output 2.1 - Output 2.3,) et l'Outcome 3 (Output 3.1) du PAC de l'UNDAF (voir figure 10, Q1S2)⁴⁸, notamment en matière de SSRAJ, de lutte contre le VIH/Sida et de mise en œuvre de la Stratégie Nationale Intégrée de la Jeunesse.

Néanmoins, certaines activités des PTAs n'ayant pu être réalisés, notamment la rencontre nationale de réflexion stratégique sur l'opérationnalisation de l'intégration de le Santé Sexuelle et Reproductive dans les Maisons des de jeunes et les structures des femmes du MJS, vont retentir sur l'Outcome 3 (Output 3.1) du PAC de l'UNDAF (voir tableau ci-dessous).

Tableau 14 : Indicateur PAC de l'UNDAF pour SSR Jeunes

INDICATEUR	BASELINE 2011-2012	CIBLE	RESULTAT
Proportion de centres intégrés au service de la jeunesse (CSJ) intégrant la SSR dans les régions cibles du programme	0	50%	Non disponible

Source : système de suivi du BP de l'UNFPA.

Un seul indicateur du PAC de l'UNDAF concerne la SSR Jeunes, dont on ne dispose pas du niveau de progression en fin 2014.

Population et développement

Pour les programmes conjoints avec le HCP et l'ONDH, les actions réalisées, en cours de réalisation, ou prévues, s'inscrivent dans le cadre des activités ayant un impact sur les axes d'interventions de l'effet 3. Pour l'ONDH, plusieurs actions sont en cours ou réalisées. Elles portent sur le développement du système d'information territorial, le lancement du site Albacharia, l'évaluation de l'INDH, la promotion du développement humain par la réalisation d'études, de rencontres et de groupement de recherches. Avec le HCP, on note le renforcement des capacités des acteurs locaux en matière d'OMD et de mesure de pauvreté et l'élaboration de deux rapports nationaux (avec un bilan global dans le rapport de 2015), quatre rapports régionaux sur les OMD en cours de finalisation (Fès-Boulmane, Souss Massa Dra, Oriental et Grand Casablanca). Ces réalisations convergent avec les axes d'intervention de l'effet 3, le tableau suivant présente la transcription des indicateurs correspondant à l'UNFPA.

⁴⁷ La Stratégie Nationale de la Santé de la Reproduction 2011-2020 (MS), la Stratégie Nationale de Promotion de la Santé des Jeunes aux Maroc, la stratégie sectorielle de la santé 2012-2016, le Manuel National de Référence en matière de Renforcement du Pouvoir de Négociation des Femmes et des Jeunes Filles en matières de prévention du VIH, (MS), le Guide du Formateur sur le développement des habilités de vies chez les jeunes et adolescents (MEN), etc.

⁴⁸ Plan d'Action Commun UNDAF_2012-2016

Tableau 15 : Indicateurs PAC de l'UNDAF pour P&D

INDICATEUR	BASELINE	CIBLE	RESULTAT
Nombre d'études sur les questions émergentes de population et sur les impacts sociodémographiques des stratégies et programmes, réalisées et diffusées	0	5	5 réalisées (100%) et 3 en cours
Nombre de recherches et études impliquant les jeunes dans leur conception	0	5	2 réalisées (40%) et 3 en cours
Nombre de recherches opérationnelles sur les jeunes, la migration, la santé et le droit à la SR	1	6	1 en cours*

Source : système de suivi du BP de l'UNFPA et constatations.

*Recherche opérationnelle sur l'acceptabilité de l'implant (sous composante de Planification familiale)

Il convient de signaler que les deux premiers indicateurs sont les mêmes que ceux de la MSE (voir Q4S3). Le troisième est plus ample et touche aussi d'autres composantes et d'autres agences des NU.

Egalité de genre et LCVBG

Dans le cadre du plan d'action commun du pays, particulièrement l'Outcome 3, l'UNFPA, à travers la composante Egalité de genre et LCVBG, a contribué à l'atteinte du :

- Produit 3.1 : par l'accompagnement de la mise œuvre de l'agenda gouvernemental de l'égalité en terme d'appui à l'organisation de la campagne nationale et régionales de LCVFF (MSFFDS) le renforcement de la coordination intersectorielle au niveau territorial et la formation des assistantes sociales du parquet dans les régions cibles (MJL) pour réduire la vulnérabilité des femmes face aux violences qu'elles pourraient subir.
- Produit 3.2: Les activités programmées du8PP ont contribué à améliorer les capacités des partenaires associatifs en matière de gestion administrative et financière. Les centres d'écoute et les unités de prise en charge au niveau des tribunaux et des hôpitaux ont été appuyés pour améliorer les prestations de services pour les femmes victimes de violences.
- Produit 3.3 :La contribution à l'atteinte à ce produit s'est opérée à travers les différentes activités de sensibilisations de formations des jeunes éducateurs, éducatrices et oulémas relais en matière de droits humains, l'égalité entre les sexes et l'introduction des concepts droits humains et genre dans le discours religieux. La prévention à travers la diffusion de supports audiovisuels pour lutter contre les violences contre les femmes et les filles.

Les activités programmées et réalisées contribuent à l'atteinte de l'Output.1 du8PP en matière de sensibilisation des femmes vulnérables qu'elles soient victimes de violences ou prisonnières ou fréquentant les foyers féminins, de façon à ce qu'elles puissent défendre et réclamer leurs droits et accéder aux services. En parallèle, la sensibilisation des hommes et des jeunes garçons à la violence basée sur le genre et son impact sur la famille, la société et le développement du pays, contribuent à une prise de conscience collective qui pourrait se traduire par la suite à un changement de comportement et de pratique si les actions de sensibilisation, de diffusion de la culture de l'égalité et de renforcement de capacités sont pérennisées et généralisées dans d'autres régions dans le prochain cycle de programmation.

Un seul indicateur par rapport à cette composante a été retenu au niveau du PAC de l'UNDAF.

Tableau 16 : Indicateur PAC de l’UNDAF repris dans la matrice de suivi et d’évaluation du 8PP pour LCVFG

INDICATEUR	BASELINE	CIBLE 2016	RESULTAT
Nombre de partenaires impliquant les hommes dans la lutte contre la violence fondée sur le genre	1	6	6

Source : système de suivi du BP de l’UNFPA et constatations.

5.1.4. Durabilité

Q6. Dans quelle mesure le Bureau de Pays a-t-il pu soutenir ses partenaires en termes de développement des capacités et appui dans l’établissement de mécanismes pour assurer l’appropriation et la durabilité des acquis et des effets de ses interventions?

Résumé

Toutes les actions menées dans le cadre du 8PP sont vouées à renforcer les capacités des partenaires, que ce soit à travers la formation, des recherches –évaluations, des outils de communication, standardisation de procédures ou de modules de formation, ou des systèmes de gestion. De plus, toutes les interventions répondent à des stratégies des programmes nationaux, et ce, à travers, un bon travail d’échange et de coordination avec les différents partenaires. Ces facteurs font que de façon générale, les partenaires étatiques disposent d’outils pour s’approprier de l’appui de l’UNFPA au niveau stratégique et pour permettre la durabilité des initiatives mises en place.

Par contre, des difficultés sont constatées au niveau de l’opérationnalisation de certaines activités concernant les programmes de santé. Effectivement, beaucoup de ces programmes étant ambitieux, ils requièrent une mobilisation importante de ressources humaines, matérielles et financières, qui sont nécessaires pour assurer le fonctionnement continu des services offerts et ainsi, garantir la durabilité des effets des interventions.

De plus, les services de SSR étant structurés et gérés par programmes verticaux, toutes les interventions visant à augmenter et à améliorer l’offre de soins sont perçues par une majorité des prestataires, comme une charge de travail supplémentaire. Ceci, ajouté à un déficit de personnel, aux installations et équipements insuffisants et à une gestion difficile, peut compromettre dans beaucoup de cas, la durabilité des initiatives entreprises et appuyées par l’UNFPA. À titre d’exemple, il est à noter la réalisation systématique du counseling en PF, la réalisation des tests de détection précoce du cancer du col au premier et au deuxième niveau et le fonctionnement du SAMU OR, entre autres.

Au niveau des partenaires de la société civile, la situation est semblable. Les activités appuyées visent en général à renforcer la capacité des associations. Par contre, ces associations se retrouvent toujours avec des difficultés pour disposer de fonds réguliers qui assurent leur fonctionnement et celui des services qu’elles offrent.

En matière de P&D, la pérennité des actions de P&D réalisées ne sera évidente que par la constitution de réseau de travail, de sensibilisation et de concertation sur les thématiques de développement pour rendre opérationnel et rentable les systèmes d’information territoriaux développés par l’ONDH. La survie de tels systèmes ne sera effective que par le développement des recherches et d’élaboration des stratégies décentralisées dans le cadre de la régionalisation avancée prônée par le Maroc.

Q6S1) Les partenaires gouvernementaux du 8PP (directions centrales ou régionales des ministères partenaires) ont amélioré leur capacité de planification et de gestion des programmes de SSR

Santé maternelle

Le 8PP prévoit des interventions clés visant l'amélioration des capacités de planification et de gestion du Ministère de la Santé qui englobent le niveau stratégique et le niveau opérationnel. Au niveau stratégique, la formulation du dernier plan d'accélération de la réduction de la mortalité maternelle et néonatale ou l'évaluation conjointe du PASS, sont des exemples remarquables d'exercices conjoints qui contribuent à consolider les capacités de gestion de certaines directions centrales. Au niveau opérationnel, l'appropriation de la généralisation des certifications des maisons d'accouchement par le système de santé, l'effort intense de renforcement des compétences des sages-femmes ou la mise en œuvre des systèmes d'information sur les décès maternelles ainsi que de SMI/PF illustrent des actions du 8PP avec un caractère de continuité.

Détection précoce du cancer du col de l'utérus

L'appui du BP à l'intégration de la DPCSC dans les soins de santé primaires se fait dans le cadre d'un partenariat tripartite, dont le MS, qui apparaît approprié pour les trois acteurs. Leur implication depuis le début du programme a supposé la conception et l'élaboration d'un programme détaillé, de guides pour les prestataires des services, d'un référentiel de counseling, de modules de formation, d'un système d'information et d'un dispositif de suivi-évaluation. Ces outils, élaborés en grande partie avec l'appui de la Fondation Lalla Salma et de l'UNFPA, sont voués à faciliter la planification et la gestion du programme. Il en ressort de l'évaluation qu'ils sont de bonne qualité, mais leur mise en place, ainsi que l'évaluation externe réalisée ont montré qu'ils ne sont pas nécessairement adaptés au contexte ou qu'ils n'ont pas suffi à garantir l'efficacité et l'efficience du programme.

C'est le cas du système d'information initialement conçu. Assez ambitieux, il s'est avéré non viable pour des raisons matérielles (connexion ADSL, utilisation des ordinateurs), mais aussi du facteur humain (perception de charge de travail supplémentaire et très lourde par le PS) et de lacunes du système de gestion de l'offre de soins, comme l'absence de numéro d'identification unique permettant et garantissant le suivi des patients de façon individuelle. L'évaluation de ce système d'information, ainsi que les actions qui découlent des recommandations, sont financées par l'UNFPA (PTAs de 2013, 2014 et 2015). Le nouveau système est en train d'être testé au niveau de la région de Meknès. Après l'évaluation qui devrait se faire en 2015, le système pourrait être implanté au niveau national.

Le partenariat tripartite a mis en place un dispositif de suivi évaluation, inclus dans les PTAs, qui considère des visites de terrains au niveau régional et des réunions de coordination dans le but de contribuer à la bonne gestion du programme et au renforcement des capacités du MS en tant que responsable final. Ce système, bien que très pertinent, pourrait être amélioré en clarifiant les rôles et les responsabilités, vis à vis principalement des acteurs locaux.

L'évaluation du programme réalisée en 2013, révèle à travers une analyse détaillée, des manques ou dysfonctionnement dans la gestion. Ceux-ci affectent directement l'efficacité, l'efficience et la durabilité du programme. Les recommandations, si prises en compte, devraient contribuer à l'amélioration des capacités de gestion de la DP en tant que responsable du programme au niveau national, des points focaux régionaux, en tant que responsables au niveau régional et du personnel concerné au niveau provincial et local⁴⁹.

⁴⁹Evaluation du « Programme d'intégration de la détection précoce et de la prise en charge des cancers du sein et du col de l'utérus dans la santé de la reproduction », chapitre Enseignements tirés et recommandations, pages 66 à 69.

L'évaluation attire l'attention sur l'appropriation du programme au niveau régional et des professionnels de santé, qui reste insuffisante alors qu'il s'agit un point indispensable à sa durabilité. Les entretiens montrent que beaucoup de prestataires, en particulier du deuxième niveau, considèrent que le programme est un programme instauré et qui n'est pas totalement intégré dans leur activité de routine.

En conclusion, même si les interventions de l'UNFPA sont totalement pertinentes, et vouées à être durables, l'appropriation insuffisante à certains niveaux de la mise en œuvre, ainsi que certains dysfonctionnements, risquent de réduire leur effet. Dans le même sens, il est constaté que les activités programmées pour 2015, avec l'assistance technique et la recherche, visent à améliorer la gestion à travers la disponibilité d'information et l'évidence.

Planification familiale

La DP dispose de plus d'information et d'éléments (stratégie pour la promotion de l'utilisation du DIU, module de counseling de PF actualisé en counseling SR, module de PF dans la formation primaire des ISPITS actualisé) qui devraient lui permettre d'améliorer la stratégie du PMPF.

L'application informatique CHANNEL est un outil qui devrait, une fois mis en place au niveau national, permettre à la DP et à tous les services au niveau régional et local de mieux gérer les produits contraceptifs.

Par contre, l'appropriation et la mise à disposition de ressources de la part du MS sont fondamentales pour assurer la durabilité de ces interventions. Le manque de l'un ou de l'autre peut compromettre l'effet des activités réalisées et par conséquent de l'amélioration du service de PF actuel.

La mise en place des mesures établies pour l'augmentation de l'utilisation du DIU requiert une motivation et une capacité de mobilisation de ressources humaines, matérielles et financières. Même en considérant la continuité de l'appui de l'UNFPA à la PF pendant le prochain cycle, l'investissement du MS sera déterminant.

Le MS, au niveau décisionnel et de gestion, est conscient de la fragmentation et de la verticalité des nombreux programmes touchant la SSR, et tel qu'il est mentionné dans la Stratégie Nationale de la Santé de la Reproduction 2011-2020, des efforts sont réalisés pour favoriser leur intégration.

SSR Jeunes

Les activités prévues pour renforcer les capacités de planification et de gestion des programmes de SSR, n'ont pu être réalisées par le Ministère de la Santé. En effet, pour différentes raisons les activités⁵⁰ suivantes n'ont pas été mise en œuvre :

- L'étude « Connaissances, Attitudes et Pratiques » (CAP) chez les professionnels de santé travaillant auprès des jeunes : l'appel à consultation a été fait à deux reprises mais n'a pas été concluant dans la période évaluée. Par contre, l'équipe évaluateur a été informée que l'étude reprogrammée en 2015, va être réalisée suite à l'identification du consultant.
- L'élaboration d'un kit de formation pour les professionnels de santé répondant aux standards internationaux : cette activité était tributaire de l'étude CAP.
- Recrutement d'un consultant pour l'élaboration du contenu du site web « santedesjeunes.ma » : cette activité n'a pas été réalisée parce que la division était occupée par plusieurs réunions régionales.

⁵⁰ Compte rendu Revue Annuelle UNFPA-DP 2014, Présentation Bilan 2014 - DP

Population et développement

Les résultats obtenus sont des acquis importants pour le Maroc. Le rapport CIPD+20 (rapport définitif) donne un éclairage sur la capacité du Maroc à atteindre les objectifs de la conférence du Caire de 1994 et les efforts à entreprendre pour faire face aux défis démographiques.

L'ONDH fournit un effort colossal dans le développement du système d'information territorial, la promotion des approches de mesure de la pauvreté multidimensionnelle et le renforcement des capacités des acteurs de développement. Toutes ces actions ont un caractère pérenne et impacteront positivement l'expertise et le débat national sur le développement humain.

Le programme conjoint avec le HCP a permis d'inculquer la culture de suivi/évaluation, de la participation et de la concertation entre les partenaires dans l'élaboration des rapports sur les OMD. L'intérêt manifesté par les acteurs milite pour l'élargissement de cette culture en renforçant la politique de développement du système d'information à l'échelle locale.

L'utilité de l'étude institutionnelle du CERED, sans concrétisation des résultats et des recommandations, reste en suspens. En effet, un plan d'action a été proposé selon un chronogramme avec des recommandations de mise en œuvre. Au jour d'aujourd'hui, la situation au CERED n'a pas changé et rien ne prévoit un changement à terme (voir rapport relatif à l'étude).

Mais au regard des besoins, les actions entamées restent insuffisantes sans programmation de l'extension de telles activités dans toutes les régions du Royaume. La pérennité de ces actions ne sera évidente que par la constitution de réseau de travail, de sensibilisation et de concertation sur les thématiques de développement pour rendre opérationnel et rentable les systèmes d'information territoriaux développés par l'ONDH. La survie de tels systèmes ne sera effective que par le développement des recherches et d'élaboration des stratégies décentralisées dans le cadre de la régionalisée avancée prônée par le Maroc.

Egalité de genre et LCVBG

Au niveau politique et stratégique, la lutte contre les violences à l'encontre des femmes et des filles et la promotion de l'égalité entre les sexes sont désormais inscrites dans la Constitution, dans les lois cadres, notamment celle de la santé, dans le projet en cours de révision du code pénal, dans les politiques sectorielles et dans le Plan gouvernemental de l'égalité IKRAM; c'est dans ce cadre que le 8PP a apporté son appui aux partenaires gouvernementaux.

L'appropriation du gouvernement a engendré la disponibilité de ressources et a contribué ainsi à assurer la durabilité de la chaîne de services. En effet, le leadership du Ministère de la Justice et des Libertés a favorisé l'amélioration de l'accès et la qualité des services juridiques. L'engagement du Ministère de la Santé a consolidé l'institutionnalisation de la prise en charge des FVV et l'amélioration de sa qualité selon des normes et standards (objet d'évaluations régulières).

Q6S2) Les ONGs partenaires ont amélioré leur capacité de plaidoyer et leurs connaissances en matière de sensibilisation

Détection précoce du cancer du col de l'utérus

L'essentiel des activités concernent l'offre et la qualité des soins, mais, tantôt en 2012, qu'en 2013 et en 2014, des activités de sensibilisation pour les ONGs et associations locales ont été menées. Même si le but principal de ces activités est de renforcer l'utilisation des services de SR par la population, les ONGs et les associations sont également bénéficiaires directes et en sortent renforcées. Dans le cadre de l'UNDAF et d'après son rapport annuel 2014, 180 associations des 6 régions pilotes, et travaillant avec des femmes, ont bénéficié de sessions d'information⁵¹.

Planification familiale

Les interventions du 8PP en PF sont axées sur l'élargissement de l'offre, et le partenaire est le MS à travers la DP. Par contre, durant les réunions de sensibilisation en SSR pour les organisations de la société civile, l'UNFPA sollicite la Division de la PF de la DP pour l'organisation de séances sur la thématique.

SSR Jeunes

Pour un meilleurs accès des populations vulnérables, notamment les jeunes, aux services SSR, les interventions clés du 8PP ont largement contribué à l'amélioration des capacités du staff des ONGs en matière de plaidoyer et de connaissances. Ces acquis se sont fait à travers :

- Des ateliers/formation⁵², organisation de formations des éducateurs pairs ayant atteint 424 jeunes à Lekbab, Taza, Tanger, Tétouan, Marrakech, Rabat et Tiznit.
- Une caravane de communication sur les jeunes et la SSR qui a sillonné les villes du royaume avec des célébrités YPEER (Groupe de Rap H-Kayne et actrice Chaimae Ben Acha) afin de sensibiliser sur les droits des jeunes à l'information et aux services, plus de 1000 jeunes ont été atteints. La caravane a suscité un grand intérêt auprès des médias et dans les réseaux sociaux.
- Le lancement des initiatives pilotes avec le MJS et le MEN (cas des animateurs et des EP dont les capacités ont été renforcées en matière de promotion de la SSR auprès de leurs pairs⁵³).
- L'appui apporté aux ONGs pour la formation des jeunes, particulièrement ceux vulnérables (non scolarisés), des TS au niveau des régions cibles et des migrants en situation irrégulière dans les lieux de groupement au niveau de deux zones frontalières (oriental et nord).
- La participation des ONGs à des conférences internationales (par exemple la directrice de l'AMPF a participé à la rencontre de la *Partners in Population and Development* (PPD)).

Population et développement

Dans le cadre du programme conjoint avec le HCP, la participation des ONGs aux ateliers de renforcement des capacités des acteurs locaux dans les régions de Souss Massa Draa, Fès Boulemane, l'Oriental et le Grand Casablanca a été fort appréciée. Le contenu de la formation a suscité des débats qui renforcent le plaidoyer par les outils de planification et d'analyse utilisés par le HCP (présentation de la métadonnée des OMD, présentation des différentes approches de mesure de la pauvreté). Avec l'ONDH, les ONGs bénéficient de plusieurs activités, dans le cadre de l'INDH, pour renforcer leurs capacités d'analyse et d'évaluation des politiques publiques et à la prise de décision.

⁵¹ Rapport annuel 2014, Plan cadre des Nations Unies pour l'appui au développement 2012-2016 (page 51)

⁵² 2012 Country Office Annual Report 2014 Country Office Annual Report.

⁵³ Groupes de discussion EP/AREF d'el Jadida/KIT standardisé.

L'ONDH organise plusieurs ateliers de renforcement de capacités pour les partenaires gouvernementaux et de la société civile pour élargir le débat sur le développement humain et la pauvreté multidimensionnelle.

Egalité de genre et LCVBG

Les ONGs partenaires ont développé des stratégies de plaidoyer pour une meilleure protection des femmes et des filles et une prise en charge de qualité pour les femmes victimes de violence. Elles ont diversifié et adapté les outils de communication et les supports de sensibilisation pour influencer les décideurs et mobiliser un public diversifié et construire une opinion publique favorable aux droits des femmes et l'égalité entre les sexes. Pour multiplier les alliés, les associations ont investi le milieu scolaire et universitaire, le milieu carcéral, les foyers féminins, les écoles traditionnelles, les festivals de musique, les établissements religieux et les souks.

Par conséquent, pour ces associations partenaires, l'appui financier et technique de l'UNFPA est nécessaire pour capitaliser sur les acquis et garantir le fonctionnement et la durabilité des centres d'écoute, de plus que l'UNFPA est la première agence des Nations Unis ayant soutenu les associations féminines dans leur lutte contre les discriminations et les VFG. La suspension de l'appui en 2014 suite à l'adoption du nouveau SP UNFPA qui ne permet plus au bureau du Maroc d'appuyer la « prestation de services » ni le « renforcement des capacités » a eu un impact sur le maintien en poste des ressources humaines, formées et qualifiées en techniques d'écoute, en normes et standards de la PEC des FVV et en gestion de projets. Par conséquent, les associations partenaires ont trouvé des difficultés à payer les salaires des écoutantes et assurer la pérennisation des actions d'écoute et d'hébergement.

5.2 NIVEAU D'ANALYSE STRATEGIQUE

5.2.1. Coordination avec l'UNCT

Q7. Dans quelle mesure le Bureau de Pays a-t-il contribué au bon fonctionnement de l'UNCT et les autres instances de gouvernance de l'UNDAF (Outcome-Groups, Groupes thématiques et comité directeur) ?

Résumé

Les partenaires et autres membres du SNU apprécient positivement les contributions du BP au bon fonctionnement général de l'UNCT et son rôle dans les Outcomes groups, les Groupes thématiques et le Comité directeur.

Q7S1) Le Bureau Pays contribue activement aux activités de coordination et d'exécution conjointe et aux instances de gouvernance de l'UNDAF (Groupes Thématiques, Outcome-Groups, Comité directeur)

Le BP de l'UNFPA co-préside avec l'ONDH l'Outcome Group 3 de Vulnérabilité et participe activement dans l'Outcome Group 2 de Santé (co-présidé par l'OMS et le MS) et l'Outcome Groupe 4 (co-présidé par le PNUD et la DGCL). Le BP préside également le sous-groupe thématique « santé des jeunes », est actif dans les Groupes thématiques de Genre, Migration, Jeunesse, SIDA, et joue un rôle clé dans le Groupe inter-agences de Suivi & Évaluation⁵⁴ (dont il a assuré la présidence en 2013). En fin, le BP participe régulièrement dans les instances de gouvernance de l'UNDAF⁵⁵.

Le BP de l'UNFPA a contribué activement à l'élaboration et à la mise en œuvre du Bilan Commun de Pays et du Plan d'Action Commun 2012-2016 de l'UNDAF⁵⁶.

En outre, il est à noter que le BP a coordonné l'élaboration d'un rapport sur les disparités dans l'atteinte des OMD (rapport présenté lors de la revue annuelle de l'UNDAF 2013) et coordonne aussi le groupe inter-agences de communication⁵⁷.

5.2.2. Valeur ajoutée

Q8. Quelle est la valeur ajoutée apportée par le Bureau de Pays au niveau national dans les différents domaines relevant de son mandat telle que perçue par les parties prenantes nationales?

Résumé

La valeur ajoutée apportée par le BP pour le Maroc, reconnue par les partenaires nationaux et par les acteurs du développement, est bien évidente dans la participation active et l'expertise technique dans les thématiques relevant de son mandat, son positionnement institutionnel, son expérience accumulée et capitalisée, par sa capacité de proposer des initiatives innovantes et des actions structurantes. Dans le contexte du SNU où le volume budgétaire de l'UNFPA est un des plus faibles (2% des dépenses de l'UNDAF dans la période 2012-2013), cette valeur ajoutée revêt, de ce fait, plus d'importance.

⁵⁴ 2014 Annual Report - Morocco

⁵⁵ Source: compte rendu des réunions et rapport annuel de l'UNDAF

⁵⁶ Source: entretien avec le Bureau du Coordonnateur Résident des Nations Unies

⁵⁷ Source: compte rendu des réunions et rapport annuel de l'UNDAF

Q8S1) L'UNFPA apparaît comme l'institution de référence pour les partenaires nationaux et d'autres acteurs de développement clés en matière de population et de SSR pour les femmes et les jeunes, en particulier les plus vulnérables.

Des entretiens conduits avec les partenaires nationaux, il ressort que la grande majorité d'entre eux conviennent que l'UNFPA au Maroc joue un rôle central dans le domaine de la SSR pour les femmes et les jeunes et qu'elle est l'organisation de référence sur ces thématiques. Il s'agit d'une « niche » de coopération technique ciblée et largement développée par l'UNFPA depuis plus d'une décennie.

La mise en œuvre du 8PP met en évidence des exemples excellents de la valeur ajoutée apportée par l'UNFPA aux partenaires nationaux mais aussi aux autres acteurs de développement. Dans ce sens, la participation de l'UNFPA dans le Programme d'Appui au Secteur de la Santé au Maroc (PASS 2009 - 2013)⁵⁸, permet d'extraire certaines réflexions d'intérêt. D'abord, la capitalisation de l'expertise technique de l'UNFPA qui, avec une contribution budgétaire modeste dans une initiative d'appui sectoriel ambitieuse, a réussi à sensibiliser et à promouvoir l'importance de la SSR et des questions de genre dans l'ensemble du système de santé et à renforcer les actions de réduction de la mortalité maternelle, d'amélioration de la qualité des soins et de formation des professionnels de la santé. Deuxièmement, le positionnement institutionnel de l'UNFPA dans le principal programme de coopération avec le système de santé entre 2009 et 2013 a favorisé sa participation dans un dialogue politique de haut niveau avec le Ministère de la Santé et le Ministère de l'Economie et des Finances. Troisièmement, la complémentarité, notamment sous forme d'expertise technique en SSR, de connaissance du système national de santé et des besoins des populations vulnérables, apportée aux autres partenaires du PASS, qui jouaient plutôt un rôle de bailleur de fonds. Il est à noter que la qualité et la crédibilité technique du BP a motivé que la contribution de l'équipe de l'UNFPA au PASS ne s'est d'ailleurs pas limité à la SSR et l'égalité de genre ; les partenaires ont fait souvent appel à l'UNFPA pour l'analyse d'autres composantes du PASS, tel que le financement du système de santé ou la politique des ressources humaines. La participation de l'UNFPA a été la première expérience de ce type d'une agence du SNU dans un programme d'appui sectoriel au Maroc et a reflété la réactivité et la flexibilité du BP pour s'engager dans d'autres modalités de coopération. Les conclusions du rapport sur l'analyse de la participation de l'UNFPA au PASS (janvier 2014) sont claires et les avis collectés durant les entretiens continuent à confirmer ce bilan positif. Les acquis de cette expérience, actuellement en phase de formulation finale par la Commission Européenne et la Banque Mondiale⁵⁹, favorisent l'intégration de l'UNFPA dans le comité de pilotage et le comité technique du nouveau PASS II.

Le BP a été proactif, mais aussi a été appelé, pour se prononcer techniquement sur des thématiques émergentes, qui ont suscité des débats sociaux et politiques intenses, au cours des dernières années. Des questions telles que la contraception d'urgence, le mariage précoce des mineurs, le cancer de col, le vieillissement ou, plus récemment, l'avortement dans quelques cas de force majeure ont suscité un travail d'analyse et de *benchmarking* qui a été mis à disposition des partenaires pour documenter et orienter une prise de décisions adaptée au contexte marocain.

⁵⁸ Les partenaires et les contributions du PASS ont été : Commission Européenne (85 M. € ; don), AECID (14 M. € ; don), Afd (35 M. € ; prêt) et UNFPA (600.000 € ; assistance technique).

⁵⁹ Les deux organismes prévoient une contribution totale d'environ 180 M. €

En outre, la valeur ajoutée apportée par l'UNFPA au Maroc durant le 8PP résulte aussi de son caractère d'organisation innovante ou, du moins, d'appui aux initiatives innovantes en SSR.

Dans certains cas, l'UNFPA a appuyé la conception et la mise en place d'un certain nombre d'expériences pilotes, avec potentiel de généralisation à l'échelle nationale (p.ex. : mise en place des SAMU OR, contribution aux « Task Force » régionales, intégration de la détection précoce du cancer de sein et du col de l'utérus dans les soins de santé primaires, la promotion de la santé reproductive chez les adolescents et jeunes scolarisés). Dans d'autres cas, il a favorisé l'introduction à l'échelle nationale d'actions ou de mesures d'envergure pour le système de santé : le développement du référentiel des sages-femmes, la régionalisation du système de décès maternels ou l'institutionnalisation et l'intégration dans les stratégies sectorielles de l'approche « Education par les Pairs » qui peut marquer un tournant dans les programmes publics focalisés sur les jeunes.

L'analyse de la valeur ajoutée de l'UNFPA revêt plus d'importance si on prend en considération le poids relatif du budget exécuté par rapport à l'ensemble des agences du SNU. Les données des dépenses cumulées (2012 et 2013) de l'UNDAF⁶⁰ montrent que l'UNFPA Maroc se situe parmi les agences avec une capacité financière plus modeste, car ses dépenses ne représentent que 2% de la dépense totale exécutée par l'ensemble des agences.

Q9. Quels sont les avantages comparatifs de l'UNFPA au Maroc, particulièrement vis-à-vis des autres agences des NU et prenant en considération l'approche pour l'initiative « Unis dans l'Action » ou « Delivering as One » ?

Résumé

Il existe un effort considérable de coordination entre toutes les agences des NU, effort bien reconnu par les partenaires nationaux et illustré dans le Plan d'Action Commun de l'UNDAF, auquel l'UNFPA participe activement à travers la contribution à plusieurs produits, tous alignés avec le 8PP. Par contre, les efforts de coordination doivent persister pour éviter certains dysfonctionnements ou duplicités identifiées.

L'aspect qui a été identifié unanimement comme un avantage comparatif est la flexibilité du BP à s'adapter aux changements et à l'évolution du contexte en cours d'exécution du 8PP. Néanmoins, les procédures, et en particulier la grande fréquence exigée pour les justifications (rapports trimestriels, programmation annuelle), sont perçues comme étant moins souples que celles d'autres agences des NU.

Q9S1) L'UNDAF et le Plan d'action commun 2012 – 2016 montrent une répartition des rôles et une complémentarité appropriée entre les agences des NU.

La conception de l'UNDAF et du Plan d'Action Commun 2012 – 2016 reflètent un effort conjoint programmatique considérable et une bonne prise en considération de principes programmatiques des Nations Unies à savoir : les droits humains, le genre, la gestion axée sur les résultats et le renforcement des capacités.

⁶⁰ Source : rapport annuel de l'UNDAF.

Globalement, l'UNDAF est perçu par les partenaires nationaux comme une avancée majeure dans la construction d'un partenariat plus effectif et structuré entre le Royaume du Maroc et le système des Nations Unies. La matrice de résultats du Plan d'Action Commun de l'UNDAF définit de manière raisonnablement précise la participation des agences du SNU et des partenaires nationaux par effet et produit.

Les progrès en matière de complémentarité et de distribution de rôles entre les agences du SNU sont évidentes dans ces documents de programmation et sont aussi reconnus par les partenaires. Par ailleurs, l'UNDAF, notamment dans le Plan d'Action Commun, reflète les contributions de l'UNFPA à l'agenda national de développement dans les produits 2.1, 2.3, 2.4 et 2.5 de l'Effet 2 (Santé) et dans les produits 3.1, 3.2, 3.3 et 3.4 de l'Effet 3 (Vulnérabilité) (voir Figure 10, Q1S2).

Cependant, l'analyse de la mise en œuvre montre que des efforts additionnels de coordination et de communication entre les agences du SNU et les partenaires nationaux nécessitent d'être déployés. L'évaluation identifie certains domaines d'intervention où des chevauchements ou des dysfonctionnements persistent. À titre d'exemple, l'OMS soutient la DP afin de développer une approche partenariale public-privé en matière de promotion de la santé des jeunes et de promouvoir une démarche d'éducation à la SSR basée sur les compétences psycho-sociales. De leur côté, l'UNFPA et l'UNICEF développent des activités régionales sur les jeunes et les adolescents dans lesquelles le MS est partenaire, qui mériteraient une coordination au niveau du pays pour intégrer les activités dans une approche complémentaire et optimiser les ressources. Dans certains cas, (p.ex. : transmission verticale VIH/sida ou violence et sida), des assistances techniques ont été organisées sans concertation entre deux directions du MS qui travaillent avec le même objectif.

Par ailleurs, l'appui conjoint de l'UNFPA et de l'UNICEF, aux unités de PEC des FVV au niveau des tribunaux de première instance et des hôpitaux, a contribué à mobiliser l'intérêt des décideurs autour de la problématique de VBG d'où la décision du Ministère de la Santé de passer de la prestation de services à l'élaboration d'un programme de santé publique structuré (en cours de validation).

Q9S2) Les mécanismes et les modalités d'exécution de l'UNFPA peuvent avoir des avantages par rapport à ceux des autres agences des NU dans certaines circonstances (p.ex. : souplesse, flexibilité)

L'aspect le plus remarquable des mécanismes et des modalités d'exécution de l'UNFPA au Maroc réside dans la flexibilité du BP soit pour réorienter des ressources financières lors des imprévus au cours de l'exécution des activités, soit pour pouvoir répondre, dans la mesure de ses possibilités, à de nouvelles demandes thématiques ou financières.

Certains partenaires trouvent plus simples les procédures d'autres agences des NU. Effectivement, la fréquence trimestrielle, requise par l'UNFPA, pour la justification financière est jugée par, les partenaires, trop courte, une fréquence annuelle étant suffisante. De plus, les outils de programmation et d'exécution pluriannuels sont mentionnés comme une option plus intéressante et fonctionnelle que les outils de programmation annuelle (PTAs de l'UNFPA).

6 CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS

6.1 NIVEAU STRATEGIQUE

Conclusion 1) Le 8PP apporte un soutien stratégique et programmatique effectif afin de faire de la SSR, de la lutte contre les VFG et des défis démographiques émergents des questions fondamentales des politiques publiques et des débats sociaux. Ainsi, les efforts gouvernementaux et de la société civile peuvent être renforcés pour répondre aux besoins de certains groupes vulnérables.

La valeur ajoutée de l'UNFPA au Maroc est perçue, de manière généralisée parmi les partenaires étatiques, les agences du SNU et les organisations de la société civile, par son expertise, leadership et travail de longue durée dans ces domaines. Les interventions mises en œuvre par le BP sont cohérentes avec les priorités nationales et sont alignées avec les objectifs de l'UNDAF 2012 -2016 et le PS l'UNFPA 2014 – 2017. Les indicateurs concernant les thématiques abordées par le 8PP montrent la nécessité de déployer plus d'efforts pour continuer à progresser en matière de réduction de la mortalité maternelle, planification familiale, détection précoce du cancer du col, VIH/sida, égalité de genre, LCVFG et de production de données. La focalisation sur les femmes et les jeunes vulnérables, en particulier autour des questions de genre et de LCVFG, dans le milieu rural (plutôt pour la santé maternelle) et le périurbain, est justifiée. Il est à noter que le 8PP a fait des efforts pour orienter certaines interventions vers des groupes de population particulièrement vulnérables ou à risque (p.ex. : prisonniers, professionnels du sexe, adolescents(e)s des écoles traditionnelles, PVVIH).

Origine : Q1, Q2, Q3, Q4, Q8

Recommandation 1) Continuer à développer le positionnement du BP dans la SSR, l'égalité de genre et la LCVFG, et la P&D chez les jeunes et les femmes, avec l'intégration d'autres groupes à des besoins spécifiques qui n'ont pas été suffisamment ciblés jusqu'à présent (p.ex. : les personnes en situation de handicap, les personnes âgées, les migrants et les minorités sexuelles).

Niveau de priorité : Elevée

Adressée à : Bureau Pays de l'UNFPA

Implications opérationnelles :

- Plaider en faveur de l'inclusion effective des droits sexuels et reproductifs dans les stratégies sectorielles, les programmes nationaux et les budgets du Ministère de la Santé et d'autres départements concernés (MSFFDS, MJS, MENFP) tout en saisissant l'opportunité de l'élaboration de certains documents cadre (p.ex. : Stratégie Sectorielle de la Santé 2016 – 2020, Stratégie Nationale en faveur des Personnes en Situation de Handicap, Projets Ministériels de Performance).
- Participer dans les interventions majeures d'appui au système national de santé actuellement en préparation (PASSII avec la CE et la BM, renforcement du système national de santé avec le FM) car elles représentent une opportunité pour progresser dans l'intégration systémique de la SSR.
- Continuer à assister techniquement les équipes des départements gouvernementaux concernés, lors de l'élaboration des nouveaux programmes visant l'accès des populations vulnérables aux droits à la SSR.

- Tirer parti des synergies existantes entre les agences du SNU au Maroc et avec les organisations de la société civile pour renforcer le plaidoyer et le dialogue politique de haut niveau avec les acteurs étatiques afin que les questions de SSR, d'égalité de genre et de LCVFG et de population continuent à garder une visibilité dans l'agenda politique et social, indépendamment des cycles et des dynamiques politiques.

Conclusion 2) Dans un contexte de croissantes contraintes budgétaires, de diminution des moyens du BP et de délimitation des modalités de coopération, tel que définies dans le PS 2014 – 2017, l'UNFPA au Maroc devra continuer avec l'effort de concentration de domaines d'intervention et du nombre partenaires, en priorisant ceux considérés comme stratégiques.

Les efforts conjoints menés à terme par l'UNFPA et ses partenaires répondent à un grand nombre de besoins nationaux persistants (p.ex. : mortalité maternelle, LCVFG) et de questions démographiques, épidémiologiques et sociales émergentes (p.ex. : cancer, migration, vieillissement). Actuellement, l'équilibre entre l'intensité des besoins nationaux et les moyens disponibles dans le BP est difficile. En termes de partenariat, les liens tissés par le BP montrent un solide ancrage institutionnel, mais la diversité de partenaires montre certaines contraintes. D'abord, les difficultés de coordination et de mise en œuvre rencontrées avec certains partenaires étatiques à cause des orientations variables en fonction des cycles politiques, de la rotation de fonctionnaires ou des procédures administratives. Deuxièmement, la gestion d'un large portefeuille d'interlocuteurs dans un contexte marqué par des contraintes budgétaires additionne plus de complexité et des coûts de transaction à la mise en œuvre des interventions et aux rôles de l'équipe du BP. Enfin, il existe un risque de dilution des efforts pour assurer la mise en œuvre et le suivi effectifs de l'ensemble des PTAs en cours.

Origine : Q3, Q4, Q6, Q8

Recommandation 2) Prioriser les domaines d'intervention et les partenaires qui offrent les possibilités les plus efficaces de contribuer à un meilleur accès au droit à la SSR, égalité de genre et LCVFG pour les groupes de population les plus vulnérables, en prenant en considération les expériences du 8PP en cours et les critères d'efficacité, d'efficience et de durabilité, ainsi que mettre en place une stratégie de mobilisation et diversification des sources de financement.

Niveau de priorité : Élevée

Adressée à : Bureau Pays de l'UNFPA

Implications opérationnelles :

- Intensifier la participation de l'UNFPA dans des programmes conjoints, sur la base des expériences acquises, afin de garder une notoriété organisationnelle et technique dans des interventions d'envergure, tout en s'assurant la visibilité, l'optimisation des moyens et la simplification de la gestion (gestion déléguée – p.ex. : gestion à travers PNUD).
- Concevoir et mettre en place un plan de mobilisation de fonds externes, y compris du secteur privé.
- Accorder une priorité aux partenariats stratégiques (p.ex. : les coalitions et les réseaux nationaux des organisations de la société civile, le Conseil Économique Social et

Environnemental, le Conseil National des Droits de l’Homme⁶¹), avec des organisations qui sont en mesure de produire des changements significatifs, mesurables et durables (« *changements transformationnels* ») en termes d’opportunités pour l’accès au droit à la SSR.

- Introduire le principe d’innovation comme élément distinctif des interventions à appuyer dans la coopération future de l’UNFPA, en tenant particulièrement compte de la classification du Royaume du Maroc comme pays à revenu intermédiaire - bas, qui conditionne les modalités de coopération définies par l’UNFPA, et de la disponibilité croissante d’expertise et de compétences nationales.
- Mener à terme un exercice de priorisation, inspiré des ateliers thématiques conduits en 2014 avec les différents partenaires du programme, pour définir les axes d’intervention et les partenaires clés à prendre en considération pour la préparation du prochain programme de pays.

Conclusion 3) Deux ans avant l’achèvement du 8PP, le degré de mise en œuvre est en général élevé, tel que le montrent les niveaux d’atteinte des indicateurs de processus et de produits disponibles. En outre, le BP a réussi à gérer positivement l’exercice complexe d’alignement du PP avec l’UNFPA PS 2014 – 2017 à mi-parcours du programme.

La nécessité de mettre en place les nouvelles orientations stratégiques globales en 2014, à mi-parcours du 8PP, a eu un impact significatif sur les attentes et les accords préétablis avec la plupart des partenaires et le positionnement du BP. La modification d’un PP défini en consensus avec les partenaires en 2012, n’a pas été facile de justifier et de faire accepter par les partenaires nationaux et le BP a fait un effort remarquable pour surmonter les réticences. Par ailleurs, la signature des PTAs est souvent entravée par les processus de négociation avec chaque partenaire et les retards dans le démarrage des activités annuelles ont été fréquemment évoqués. La réduction des délais de mise en œuvre des activités oblige à une intensification des efforts de gestion et de coordination du BP et des partenaires pour atteindre un bon degré d’efficacité. En termes de suivi, certaines lacunes ont été identifiées. Dans certains PTAs, les efforts de suivi budgétaire et administratif ne sont pas proportionnels et adaptés au volume des activités et des fonds gérés par le partenaire et, par conséquent, les coûts liés au contrôle économique rendent la tâche inefficace et sans beaucoup de sens. Dans d’autres cas, les rapports de suivi annuels ne sont pas élaborés systématiquement par les partenaires (les omissions sont significatives dans les cas des acteurs gouvernementaux) ou leur remplissage ne répond pas aux standards et normes de qualité convenus. Enfin, l’absence d’un certain nombre de rapports de suivi et l’hétérogénéité des contenus rend difficile la documentation et la vision complète de l’état d’avancement du 8PP.

Origine : Q3, Q4

Recommandation 3) Mettre en place un cadre pluriannuel de planification couvrant les cinq années du cycle de programmation, avec une théorie de changement claire par produit, et des cadres de résultats et de suivi et évaluation cohérents, tout en déclinant les interventions et les cibles par année.

⁶¹ Ces organismes sont cités à titre d’exemple ; liste non limitative et non exhaustive.

Niveau de priorité : Élevée

Adressée à : Bureau Pays de l'UNFPA

Implications opérationnelles :

- Concevoir un mécanisme de planification pluriannuelle, en concordance avec la PS globale de l'UNFPA et la planification de l'UNDAF, qui favorise une coordination stable avec les partenaires nationaux et renforce l'appropriation et la gestion des initiatives appuyées par l'UNFPA.
- Promouvoir la culture de S&E chez les partenaires nationaux et renforcer leurs capacités pour une meilleure qualité de reporting et une capitalisation des acquis et des leçons tirées, à travers la formation des points focaux sur les procédures de l'UNFPA et l'encadrement de proximité.
- Œuvrer pour la signature des Plans de Travail de deux ans afin de réduire le risque du retard dans le lancement des travaux au début de chaque année suite au processus de négociation qui influence considérablement le démarrage des travaux au début de l'année.

Conclusion 4) L'appréciation à mi-parcours de la durabilité montre que la plupart des interventions du 8PP, en particulier celles concernant le renforcement des capacités, sont conçues avec une vision de durabilité, mais la capacité des partenaires d'appropriation et d'assurer leur continuité est variable.

L'élaboration de stratégies et de programmes de SSR, égalité de genre et LCVFG, la conception et mise à disposition de contenus et de modules de formation, la mise en place d'outils d'analyse et de gestion sont des activités du 8PP intégrées dans les structures et les programmes existants et, par conséquent, présentent des perspectives positives de continuité. Cependant, certaines interventions nécessitent des mesures additionnelles de type institutionnel (décisions politiques ou organisationnelles), logistique (plus des moyens ou capacités disponibles) ou financier (fonds récurrents stables) qui ne semblent pas toujours être prévues (p.ex. : SAMU OR, système de surveillance des décès maternels, programme de DPCSC, formation continue des sages-femmes et des EP).

Origine : Q6

Recommandation4) Identifier, dès la phase de formulation, les mesures nécessaires pour assurer la durabilité des initiatives appuyées et veiller à leur mise en œuvre tout au long de la phase d'exécution.

Niveau de priorité : Elevée

Adressée à : Bureau Pays de l'UNFPA

Implications opérationnelles :

- Axer les efforts vers l'appropriation et la capacité de gouvernance des partenaires afin de consolider les bénéfices apportés aux programmes nationaux et leurs perspectives de continuité à moyen terme. Dans le cas du MS, s'investir d'avantage dans la régionalisation (plaidoyer auprès des décideurs nationaux et fournir une assistance

technique appropriée), comme chantier essentiel de la réforme du système de santé et élément fondamental du développement de l'offre de soins nationale.

- Identifier et accorder avec les partenaires les décisions nécessaires à prendre pour favoriser la continuité des actions soutenues par l'UNFPA avant leur achèvement, soit en termes stratégiques, politiques ou institutionnels, soit en termes d'allocation de ressources humaines, matérielles ou financières.

Conclusion 5) L'UNFPA contribue activement aux activités de coordination et d'exécution conjointe et aux instances de gouvernance du système des Nations Unies. L'évaluation du 8PP fait ressortir l'interdépendance qui caractérise les différentes agences du système des Nations Unies et la nécessité de renforcer la coordination inter agence en vue de capitaliser les points forts et juguler les points faibles.

Le Maroc est en pleine transformation économique et sociétale, l'expertise est devenue déterminante pour optimiser l'efficacité des politiques mises en œuvre. Dans ce contexte, l'UNFPA, dans le cadre de l'UNDAF, continuera à être appelé afin d'accompagner le pays en apportant son assistance technique et son expérience en terme de gouvernance et de gestion des programmes de développement.

Origine : Q5, Q7

Recommandation 5) Concrétiser les orientations de l'UNDAF et du PAC en renforçant la programmation conjointe et le partenariat sous forme de programmes conjoints, en vue de mutualiser les ressources, éviter les doubles emplois, les redondances et disposer de la synergie nécessaire à optimiser les résultats.

Niveau de priorité : Moyenne

Adressée à : Bureau Pays de l'UNFPA

Implications opérationnelles :

- Continuer à jouer un rôle proactif et moteur des groupes thématiques dans lesquels l'UNFPA participe, et contribuer à la bonne gouvernance et performance de l'UNDAF.
- Contribuer à l'adoption d'une approche transversale dans le système des NU pour certaines thématiques de grande envergure démographique et sociétale, telles que la jeunesse, la migration, le genre ou le vieillissement de la population.

6.2 NIVEAU PROGRAMMATIQUE

Conclusion 6) Santé Sexuelle et Reproductive: La portée des actions d'appui aux plans nationaux, de renforcement des sages – femmes, de consolidation de la démarche qualité dans les équipes et les structures d'accouchement, d'extension du système de suivi des décès maternels ou d'intégration de la détection précoce du cancer de col dans les soins de santé primaire ont le potentiel de faire progresser significativement les résultats des programmes de SSR.

Les interventions de la composante SSR sont parfaitement conçues et priorisées pour répondre à certains des enjeux les plus critiques des programmes de santé nationaux. L'approche de renforcement du processus de régionalisation cadre avec un des chantiers clés de la réforme du système national de santé orienté à offrir des services de santé plus performants et proches des citoyens. D'autres actions sont de portée plus limitée mais, globalement, l'ensemble d'interventions de cette composante montre une cohérence et une ambition en accord avec les demandes nationales. L'analyse de la mise en œuvre révèle néanmoins que quelques activités majeures (p.ex. : capacités de gestion et de planification régionales, SAMU OR, système de suivi des décès maternels) risquent de ne pas pouvoir être pérennisées à cause de certaines faiblesses dans la gestion des programmes et des structures de santé. Par ailleurs, la visibilité de l'UNFPA dans certaines activités (p.ex : détection précoce du cancer du col de l'utérus) est diluée à cause de la notoriété d'autres partenaires. Les actions concernant la planification familiale contribuent à la redynamisation du PNPF, mais certains besoins sont encore évidents sur deux niveaux. Premièrement, pour garantir un service complet et de qualité et, deuxièmement, pour élargir le service à toute la population concernée.

Origine : Q1, Q4

Recommandation 6) Prioriser les interventions en matière de SSR où l'UNFPA puisse exercer un rôle distinctif, particulièrement si un processus de priorisation ou de concentration des interventions et des partenariats a lieu. Cela pourrait être le cas de la planification familiale puisque l'UNFPA est la seule agence des NU à travailler sur cette thématique et qu'elle concerne de façon évidente son mandat ; la continuité renforcée du plaidoyer sur l'élargissement du programme avec une approche de droits humains serait fondamentale.

Niveau de priorité : Moyenne

Adressée à : Bureau Pays de l'UNFPA

Implications opérationnelles :

- Renforcer le plaidoyer et l'accompagnement technique, afin de consolider les capacités des régions et de leurs établissements de santé et, la prise de mesures propices à l'intégration des actions appuyées par le 8PP dans le fonctionnement régulier des services de santé.
- Assister techniquement le Ministère de la Santé pour analyser, dans quelle mesure, la clarification de responsabilités entre la DP et la DHS dans le domaine de la santé maternelle peut contribuer à améliorer la performance et les résultats du programme et, le cas échéant, soutenir la réorganisation de son pilotage et gouvernance.

- Évaluer l’opportunité de continuer avec l’appui au programme de détection précoce du cancer de col, dans un contexte de concentration des interventions.
- Promouvoir l’intégration des deux associations nationales des sages-femmes dans une seule organisation qui puisse représenter de manière adéquate les intérêts généraux du collectif.
- Continuer à plaider pour la révision du statut des sages-femmes, dans la logique du Référentiel des compétences appuyé par l’UNFPA et du nouveau cadre de formation des sages-femmes.
- Soutenir le travail en réseau et les initiatives conjointes des OSC de défense des droits des femmes en faveur de la SSR.
- Soutenir le fonctionnement et la pérennisation du système de surveillance des décès maternels au niveau national et régional (audit confidentiel) comme outil fondamental pour la gestion du programme et la prise de décisions fondées sur l’évidence.
- Continuer à soutenir les actions du MS visant l’élargissement de l’utilisation des méthodes de contraception de longue durée (en particulier le DIU), le counseling de qualité, l’introduction de l’application CHANNEL afin d’améliorer la gestion des produits contraceptifs et insister sur l’introduction systématique et transversale de l’approche Droits Humains.

Conclusion 7) Santé Sexuelle et Reproductive Adolescents et Jeunes : Le 8PP contribue à améliorer l’accès des jeunes, en général et dans une certaine mesure aux plus vulnérables, à l’information et aux services de SSR de qualité y compris le VIH/sida, à travers de multiples réalisations. Cependant, par rapport aux efforts consentis, les résultats seraient meilleurs si la coordination, entre les différents départements lors de la mise en œuvre des interventions, avait été plus performante.

En effet, de par son contexte intersectoriel et pluridisciplinaire, le domaine de la Santé Sexuelle et Reproductive Adolescents et Jeunes, requiert une coordination effective durant tout le processus de programmation, mais surtout lors de la mise en œuvre des interventions en vue, d’une part, du partage et de la capitalisation des connaissances, des compétences et des ressources requises et, d’autre part, de l’adoption d’un mode participatif, différent de celui des approches verticales que chaque secteur instaure. Par ailleurs, les formations des Educateurs Pairs ne sont pas actuellement capitalisées ni mutualisées dans un réseau structuré permettant la création de ponts entre les différents services dédiés aux adolescents et jeunes par les partenaires institutionnels et ONG.

Origine : Q1, Q4

Recommandation7) L’UNFPA pourrait relancer et renforcer sa coopération avec les différents partenaires et notamment le MJS et le MS tout en consolidant celle avec le MEN et les ONGs, notamment l’AMPF et l’OPALS pour l’approche communautaire et le réseautage. Cette coopération gagnerait également en s’inscrivant dans un cadre multisectoriel plus élargie notamment avec d’autres acteurs gouvernementaux et non gouvernementaux y compris le secteur privé.

Niveau de priorité : Élevée

Adressée à : Bureau Pays de l’UNFPA

Implications opérationnelles :

- Essayer de mettre en place, à travers un plaidoyer au niveau des bureaux régionaux des agences des nations unies, un programme conjoint de promotion de la SSR adolescents et jeunes y compris l'éducation sexuelle complète, pour assurer un accès à l'information et aux services et prestations, complet, intégré, de qualité et adapté aux besoins des adolescents et jeunes, tout en ayant un accent particulier sur les groupes les plus vulnérables et défavorisés.
- Soutenir, à travers un programme conjoint, la SNIJ, ou une stratégie équivalente, comme cadre institutionnel propice pour le plaidoyer de l'importance de la santé sexuelle et reproductive comme réponse adéquate aux besoins des jeunes en la matière et comme espace permettant l'optimisation des moyens, ressources et compétences des différents partenaires (le MJS offre un cadre institutionnel, le MEN offre une référence en formation, le MS offre une compétence technique en santé, les ONG offrent un savoir-faire en approche communautaire, les Agences des NU offrent l'appui technique, etc.).
- Prioriser, pour une meilleure intégration effective de la SSRAJ y compris l'éducation sexuelle complète, l'instauration d'une démarche programmatique, qui tout en étant axée sur les résultats des actions à entreprendre, tient compte des passerelles susceptibles de les relier entre elles principalement lors de la mise en œuvre.
- Promouvoir le réseautage des EP, à travers l'élaboration d'une cartographie nationale par le Y-PEER regroupant l'ensemble des EP formés par les différents partenaires institutionnels et ONG, en vue de mise en place d'actions collectives et coordonnées.
- Promouvoir la pérennité du programme EP avec le MENFP à travers le plaidoyer pour l'institutionnalisation au niveau des AREF du programme de la promotion de la santé des adolescents et jeunes, y compris la SSR.

Conclusion 8) P&D : L'analyse programmatique a permis de confirmer la pertinence du produit 3 du programme de pays relatif à la Population et Développement et l'importance de la disponibilité des données pour orienter les programmes publics et les actions de plaidoyer. En effet, les objectifs couvrent suffisamment les dimensions du problème - production, analyse, diffusion des données -, que l'intervention est censée régler, bien que la charge actuelle du Représentant Assistant du BP et l'absence d'un chargé de programme propre à la composante P&D limitent les capacités d'intervention du BP dans cette composante.

L'analyse spécifique du 8PP montre que sa composante P&D a répondu en partie aux résultats escomptés. Le nombre d'études visé, sur les questions émergentes de la population, au cours de la période 2012-2016, est dépassé. En outre, certains outils de plaidoyer sont élaborés (handicap) et la participation aux différentes rencontres régionales et internationales des partenaires est soutenue. Les programmes conjoints avec l'ONDH et l'HCP contribuent au développement du système d'information territorial, la promotion des approches de mesure de la pauvreté multidimensionnelle, le renforcement des capacités des acteurs de développement, et à la culture de suivi/évaluation.

Néanmoins, l'examen de l'évolution du partenariat de l'UNFPA au Maroc, en matière de P&D, a connu une baisse en termes d'activités, comparativement, au dynamisme qui caractérisait sa participation, particulièrement avec le département du Plan. En outre, plusieurs remarques majeures peuvent être relevées qui peuvent remettre en cause la durabilité de certaines actions réalisées. En premier lieu, l'utilité de l'étude institutionnelle du CERED sans

concrétisation des résultats et recommandations de l'étude. En effet, un plan d'action a été proposé selon un chronogramme avec des recommandations de mise en œuvre. Au jour d'aujourd'hui, la situation au CERED n'a pas changé et rien ne prévoit un changement à terme (voir rapport relatif à l'étude).

A l'échelle des deux programmes conjoints (ONDH, HCP), ils ont les mêmes objectifs dans le cadre de l'UNDAF (en termes de « outcome » et de produits), pourtant on relève l'absence de coordination, surtout que les thèmes et les populations cibles sont interdépendants.

Au niveau de l'efficacité et de l'efficience de la mise en œuvre du 8PP, la remarque majeure qui ressort de l'action de l'UNFPA, est que face à la faiblesse du budget de l'agence, il serait utile de concentrer l'activité sur un domaine, en priorisant son intervention, au lieu de diluer sa contribution dans plusieurs programmes.

Le rapport CIPD+20 (rapport définitif) donne un éclairage sur la capacité du Maroc à atteindre les objectifs de la conférence du Caire de 1994 et sur les efforts à entreprendre pour faire face aux défis démographiques. L'ONDH fournit un effort colossal dans le développement du système d'information territorial, la promotion des approches de mesure de la pauvreté multidimensionnelle et le renforcement des capacités des acteurs de développement. Toutes ces actions ont un caractère pérenne et impacteront positivement l'expertise et le débat national sur le développement humain. Le programme conjoint avec le HCP a permis d'inculquer la culture de suivi/évaluation, de la participation et de la concertation entre les partenaires dans l'élaboration des rapports sur les OMD. L'intérêt manifesté par les acteurs milite pour l'élargissement de cette culture en renforçant la politique de développement du système d'information à l'échelle locale.

Origine : Q1, Q4, Q8

Recommandation 8) Adapter l'accompagnement de l'UNFPA aux besoins découlant des nouvelles dispositions de la régionalisation avancée et des nouveaux outils de planification provinciale et communale, selon une approche territoriale en vue de mettre en œuvre les programmes de l'agence en intégrant tous les acteurs et secteurs concernés.

Niveau de priorité : Élevée

Adressée à : Bureau Pays de l'UNFPA

Implications opérationnelles :

- Renforcer les moyens du BP pour la composante P&D, au regard de la charge actuelle du Représentant Assistant du BP, qui probablement sera appelé à s'investir complètement dans la promotion du partenariat avec les acteurs socioéconomiques et les autres agences des Nations Unies à l'échelle nationale et régionale, en raison des opportunités offertes et surtout des attentes du pays en matière d'expertise et d'appui technique dans ce domaine.
- Plaider pour intégrer une dimension de renforcement des capacités des acteurs locaux en matière de planification et développement et pour capitaliser les approches de mesure de la pauvreté multidimensionnelle et les systèmes d'information territoriaux développés par l'ONDH.
- Capitaliser les acquis et exploiter les opportunités offertes pour traiter des thématiques dont l'UNFPA est leader (jeunes, vieillissement, migration, genre, santé maternelle).

- Faire de la production des données et des évidences sur les thématiques couvertes par le BP une partie intégrante de la composante P&D dans le prochain programme de pays.

Conclusion 9) Egalité de genre et LCVFG : L'aide juridique et la prise en charge médicale, constituent les formes les plus dominantes de l'accompagnement des FVV d'où la nécessité de pérenniser l'appui au MS et de renforcer le leadership du Ministère de la justice dans son accompagnement aux coordinations régionales et locales de LCVBG.

Par ailleurs, les besoins soulevés par les ONGs lors des séances de programmation concernent les services d'hébergement des FVV pour pouvoir faire face à la pression de la demande, vue que ce sont les associations qui assurent ce genre de service avec une capacité d'accueil et une couverture géographique limitées faute de ressources. Toutefois, la pérennisation des actions menées et la durabilité de l'offre de services des centres d'écoute restent les préoccupations majeures des associations partenaires, en raison des restrictions budgétaires et la suspension, par l'UNFPA en 2014 de l'appui aux prestations de services.

Origine : Q1, Q4

Recommandation 9) Plaider pour que des politiques nationales basées sur les évidences renforcent la protection et la PEC des FVV, notamment l'hébergement, et appuient le fonctionnement et les prestations de services des centres d'écoute des ONGs en tant que partenaires potentiels dans la lutte contre les violences à l'encontre des femmes et des filles.

Niveau de priorité : Élevée

Adressée à : Bureau Pays de l'UNFPA

Implications opérationnelles :

- Appuyer la réalisation d'un guide des normes et standards spécifique à l'hébergement des femmes au niveau des centres et établissements de l'Entraide Nationale.
- Appuyer le MJL dans la mise en œuvre des plans d'action locaux et régionaux de LCVBG, en partenariat avec l'UNICEF, dans le but de faciliter l'accès aux services de la justice et renforcer les interventions des centres d'écoute.
- Faire de la production des données et des évidences en matière de LCVBG, le mariage des mineurs et l'avortement, un axe prioritaire dans la composante P&D du prochain programme de pays.
- Incrire dans le prochain programme de pays des axes de plaidoyer basés sur les évidences en matière du phénomène du mariage des mineurs et de l'avortement, dans les stratégies et politiques publiques et soutenir la création de coalitions avec la société civile pour favoriser une mobilisation nationale.

Conclusion 10) Egalité de genre et LCVFG : La synergie entre l'UNFPA et l'UNICEF permet de capitaliser sur l'expérience des coordinations régionales et locales de LCVBG, qualifiée de bonne pratique, et de la transférer vers d'autres régions telles que Marrakech, l'Oriental (Oujda) et le Gharb (Kenitra).

Cette synergie au niveau régional s'est consolidée par le fusionnement de l'intervention de l'UNICEF pour le volet enfant et de l'UNFPA pour le volet femme, selon une approche intégrée. Cet appui conjoint facilite à la partie nationale chargée de l'exécution, les procédures de gestion administrative et allège la charge du travail. Il permet également un changement structurel dans la prise en charge des femmes et des enfants victimes de violences au niveau des régions touchées.

Origine : Q1, Q4

Recommandation10) Renforcer la programmation conjointe avec les autres agences des Nations Unies et les acteurs de développement œuvrant dans la LCVBG afin de mutualiser les efforts de coordination de la chaîne de PEC.

Niveau de priorité : Élevée

Adressée à : Bureau Pays de l'UNFPA

Implications opérationnelles :

- Mettre en place un comité de suivi en impliquant le MJL et le MS dans la conception, la programmation et la planification d'une programmation conjointe.
- Programmer dans le prochain programme de pays la continuité de l'appui à la mise en œuvre du programme du MS pour la prise en charge des femmes et des enfants victimes de violences aux niveaux des hôpitaux.