



ÉVALUATION INDÉPENDANTE
DU PROGRAMME DE PAYS
ANNEXES

MADAGASCAR

2008 - 2013



Service de l'évaluation

Division des services de contrôle interne

New York
Novembre 2012



ÉQUIPE D'ÉVALUATION

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

Experts :

Santé de la reproduction : Isabelle Cazottes, consultante

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

Genre : Faly Hery Rasoanaivo, consultant

Évaluation du Programme de Pays : Madagascar

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

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

Conception et impression : Prographics, Inc.

Table des matières

Abréviations et acronymes	ii
---------------------------------	----

ANNEXES

Annexe 1 : Termes de référence	1
Annexe 2 : Documents consultés	15
Annexe 3 : Liste des personnes rencontrées	20
Annexe 4 : Matrice d'évaluation	26
Annexe 5 : Suivi et évaluation	85
Annexe 6 : Groupes et sous-groupes thématiques du SNU	101
Annexe 7 : Tableau des réalisations dans les régions « quick wins »	103

Abréviations et acronymes

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

CTP	Conseiller technique principal
CTV	Centre de dépistage volontaire
DCEAE	Direction de la coopération économique et des aides extérieures
DGPS	Direction générale de la protection sociale
DIFP	Direction des instituts de formation des paramédicaux
DIU	Dispositif intra-utérin
DMP	Direction méthode et planification
DMU	Dispositif minimum d'urgence
DPLMT	Direction de la pharmacie, du laboratoire et de la médecine traditionnelle
DRE	Direction régionale de l'économie
DRH	Direction des ressources humaines
DRSP	Direction régionale de santé publique
DRPAS	Direction régionale de la population et des affaires sociales
DSEP	Direction suivi-évaluation des programmes
DSI	Département du système d'information
DSME/R	Direction de la santé de la mère et de l'enfant/et de la reproduction
DSRP	Document de stratégie de réduction de la pauvreté
EDS	Enquête démographique et de santé
ENSEA	Ecole nationale supérieure de l'électronique et ses applications
EPIC	Etablissement public industriel et commercial
EPM	Enquête périodique auprès des ménages
EPT	Education pour tous
EVF	Education à la vie familiale
FEMM	Femmes élues maires de Madagascar
FISA	Association malgache pour le bien-être familial
FPFE	Fédération pour la promotion de la femme et de l'enfance
FTSM	Fonds thématique pour la santé maternelle
FNUAP	Fonds des Nations Unies pour la population (UNFPA)
FVTM	Fédération des femmes rurales à Madagascar
GATPA	Gestion active de la troisième période de l'accouchement

ABRÉVIATIONS ET ACRONYMES (suite)

GISE	Gestion de l'information, suivi et évaluation
HACT	Approche harmonisée des transferts monétaires
HAT	Haute autorité de transition
H4+	FNUAP, UNICEF, Banque Mondiale, Organisation mondiale de la santé, ONUSIDA
ICM	Institut catholique de Madagascar
IDH	Indice de développement humain
IEC	Information, éducation et communication
IFP	Institut de formation des paramédicaux
IMATEP	Institut malgache des techniques de planification
IMF	Institutions de micro-finance
IMIS	Système intégré de gestion de l'information
INSTAT	Institut national de la statistique
IPF	Indicateur de participation féminine
ISDH	Indicateur sexo-spécifique de développement humain
ISF	Indice synthétique de fécondité
IST	Infection sexuellement transmissible
ISTE	Institut supérieur de théologie évangélique
JICA	Agence de coopération internationale du Japon
JPE	Jeunes pairs éducateurs
LNME	Liste nationale des médicaments essentiels
MAP	Plan d'action pour Madagascar
MAS	Médecins d'appui et de soutien
MENRS	Ministère de l'éducation nationale et de la recherche scientifique
MINSAP	Ministère de la santé publique
MMR	Maternité à moindre risque
MPAS	Ministère de la population et des affaires sociales
MSIS	Multi-Sector Information Service (membre du Réseau PACT Madagascar)
MSM	Maries Stopes Madagascar

MSR	Maternité sans risque
NEPAD	Nouveau partenariat pour le développement de l'Afrique
OC	Opération césarienne
OCHA	Bureau de la coordination des affaires humanitaires
OMD	Objectif du millénaire pour le développement
OMS	Organisation mondiale de la santé
OPJ	Officiers de police judiciaire
OSC	Organisations de la société civile
P&D	Population et développement
PAEAR	Programme d'alimentation en eau potable et d'assainissement en milieu rural
PAM	Programme alimentaire mondial
PANAGED	Plan d'action national genre et développement
PATH	Programme de technologie appropriée pour la santé
PCM	Responsable de composante (du programme du FNUAP)
PDR/C	Plan de développement régional/communal
PDSSPS	Plan de développement du secteur santé et de la protection sociale
PF	Planification familiale
PIB	Produit intérieur brut
PLEROC	Plateforme des leaders religieux et des organisations confessionnelles
PMSPSR	Programme mondial de sécurisation des produits de santé de la reproduction
PN2D	Programme national de décentralisation et de déconcentration
PNPDS	Politique nationale de population et de développement social
PNPF	Politique nationale de promotion de la femme
PNS	Politique nationale de santé
PNUD	Programme des Nations Unies pour le développement
PREA	Programme de renforcement de l'administration
PSNA	Politique et stratégie nationale de l'assainissement
PTA	Plan de travail annuel
PTF	Partenaires techniques et financiers
RCD	Rapport sur la coopération au développement

ABRÉVIATIONS ET ACRONYMES (suite)

REFAMP	Réseau des femmes africaines ministres et parlementaires
RGPH	Recensement général de la population et de l'habitat
RSP	Rapport standard de progression
SAF	Département/ONG de développement de l'Église de Jésus Christ à Madagascar)
SALFA	Département/ONG de santé de l'Église luthérienne malagasy)
SE	Suivi et évaluation
SE/CNLS	Secrétariat exécutif du comité national de lutte contre le SIDA
SEM	Service exploitation et maintenance
SIDA	Syndrome de l'immunodéficience acquise
SMSR	Service de la maternité sans risque
SNDS	Stratégie nationale de développement de la statistique
SNISE	Système national intégré de suivi évaluation
SNU	Système des Nations Unies
SONU/B/C	Soins obstétricaux et néonataux d'urgence/de base/complets
SPDTS	Syndicat professionnel des travailleurs sociaux
SPSR	Sécurisation des produits de la reproduction
SR	Santé de la reproduction
SRA	Santé de la reproduction des adolescents
SSR	Système statistique régional
STD	Services techniques déconcentrés
STP	Système de tiers payant
UCM	Université catholique de Madagascar
UNDAF	Plan-cadre des Nations Unies pour l'aide au développement
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'enfance
USAID	Agence américaine pour le développement international
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine
VBG	Violences basées sur le genre
VPEI	Vice Primature chargée de l'Economie et de l'Industrie

Termes de référence

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

1. Introduction

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

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

2. Contexte

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

Les interventions du programme du FNUAP couvraient : (i) l'accès de la population (et en particulier des groupes les plus vulnérables) à des services de qualité en matière de santé de la reproduction et de planification familiale, (ii) l'intégration des services SR/PF/VIH/Sida (ciblant les jeunes en particulier), (iii) l'utilisation accrue d'informations socio-économiques et démographiques fiables aux fins d'élaboration, de gestion, de suivi et d'évaluation des stratégies et programmes nationaux, décentralisés et sectoriels de mise en œuvre du MAP et des OMD, (iv) l'environnement juridique et socio-culturel favorable à l'autonomisation de la femme. Le programme comportait également un important volet humanitaire pour faire face aux multiples catastrophes naturelles auxquelles Madagascar est confronté de manière récurrente : sécheresse au sud, cyclones et inondations, etc.

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

Depuis début 2009, Madagascar traverse une crise politique causée par un changement de régime non constitutionnel et l'avènement d'un pouvoir non reconnu par la communauté internationale, entraînant la suspension d'une grande partie de l'aide internationale dont bénéficiait le pays. Les effets négatifs de cette crise continuent à se faire sentir sur l'économie du pays, sur les condi-

tions de vie de la population malgache et sur les dépenses publiques, en particulier dans les secteurs sociaux. C'est ainsi que l'Etat a réduit de 30% le budget du secteur de la santé pour 2010 par rapport à celui de 2008. De même, selon un rapport du Ministère de la santé, 214 centres de santé ont été fermés en 2011 compromettant davantage l'accès des populations aux soins de santé, surtout dans les zones les plus reculées du pays. Ce contexte a également eu pour conséquence l'abandon d'une activité majeure inscrite dans le plan d'action du programme pays (CPAP) du FNUAP à Madagascar : le Recensement général de la population et de l'habitat (RGPH).

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

A l'issue de la période couverte par l'UNDAF (2008-2011) et la vision stratégique (2010-2011), et en attendant le retour à une situation normale pour élaborer le nouvel UNDAF, le SNU a développé un Programme intérimaire d'assistance au pays qui couvre la période 2012-2013. Ce nouveau programme capitalise les résultats acquis de l'UNDAF précédent et traduit en actions les axes d'orientations de la vision stratégique tout en intégrant les recommandations du « Peace and Conflict Impact

Assessment » (PCIA). Les principaux axes de ce programme intérimaire sont : (i) l'appui au processus de transition et à la réconciliation, à l'état de droit et à la promotion de la culture de la paix; (ii) la protection des couches vulnérables et des populations à risque, y compris la gestion des catastrophes; (iii) l'accès aux services sociaux de base dans les domaines de l'éducation, de la santé, de l'eau et de l'assainissement; (iv) le soutien à l'économie et (v) le renforcement de l'information, du suivi/évaluation et de la communication.

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

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

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

de 2008-2009 et d'une enquête nationale auprès des formations sanitaires sur les SONU (Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence) effectuée en 2008. Ainsi, 6 régions ont été identifiées, dont la liste se trouve en **annexe II**.

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

3. Objectifs et champ de l'évaluation :

Les objectifs de l'évaluation sont :

- fournir au FNUAP, aux parties prenantes du programme ainsi qu'au grand public une appréciation indépendante de la pertinence et de la performance du 6^{ème} programme de coopération entre Madagascar et le FNUAP ;
- analyser le positionnement stratégique du FNUAP dans le contexte du développement national;
- tirer les principaux enseignements de ce programme en vue d'améliorer les programmes de coopération futurs entre Madagascar et le FNUAP.

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

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

4. Questions et critères de l'évaluation

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

Pertinence :

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

Efficacité :

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

Efficiences :

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

Durabilité :

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

Alignement stratégique:

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

Capacité de réponse :

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

Valeur ajoutée :

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

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

5. Principes et approche méthodologique de l'évaluation

L'évaluation sera guidée par les principes suivants :

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

L'évaluation se déroulera en trois phases :

1) Phase de démarrage

Cette phase comportera :

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

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

2) Phase de terrain

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

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

3) Phase de rédaction du rapport final

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

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

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

6. Calendrier indicatif de l'évaluation

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

7. Composition de l'équipe d'évaluation

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

Un(e) **consultant(e) international(e)** fournira à l'équipe d'évaluation l'expertise requise en matière de **santé reproductive et maternelle**. Le/la consultant(e) en santé de la reproduction contribuera à la rédaction du rapport de démarrage (caractérisation du contexte national, affinement des questions et de la matrice d'évaluation pour la composante santé de la reproduction). Il/elle participera aux travaux de collecte et d'analyse de données lors de la phase de démarrage (analyse documentaire) et de la phase de terrain (entretiens et groupes focaux). Il/elle contribuera à la rédaction du rapport final de l'évaluation (en particulier pour les parties relatives aux constats, aux conclusions et aux recommandations). Compte tenu du poids particulier de la composante SR dans le programme de coopération, le/la consultant(e) en SR assistera en outre le chef d'équipe dans la coordination des activités de rédaction et de révision du rapport final.

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

Un(e) **consultant(e) national(e)** sera chargé de la **composante genre** du programme. Il/elle contribuera à

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

8. Documents attendus

L'équipe d'évaluation produira les documents suivants :

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

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

9. Responsabilité de la gestion et du suivi de l'évaluation

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

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

10. Profils des consultants

a. Consultant international en SR

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

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

- Diplôme d'étude approfondies en sciences sociales ou domaine similaire;
- Expérience significative de la conduite d'évaluations dans le domaine du développement pour le compte

d'agences des Nations Unies ou d'autres organisations internationales ;

- Bonne connaissance des systèmes de suivi et d'évaluation de programmes;
- Bonnes compétences en analyse et traitement de données qualitatives et quantitatives;
- Excellente capacité de rédaction et de communication en français.

c. Consultant National en Genre :

- Diplôme d'étude approfondies en sciences sociales ou domaine similaire;
- Expériences dans le domaine du genre et des violences basées sur le genre;
- Expérience significative de l'évaluation de projets et programmes de développement et en recherche qualitative et quantitative;
- Compétences en matière de collecte, traitement et d'analyse de données;
- Bonne connaissance de l'environnement et du fonctionnement de la justice à Madagascar;
- Des connaissances en santé de la reproduction seraient un atout.

11. Durée du contrat et conditions de rémunération des consultants

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

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

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

- 20 % après la validation du rapport de démarrage par le groupe de référence;
- 50 % après la validation du rapport final provisoire par le groupe de référence;
- 30 % après la validation du rapport final par le groupe de référence.
- ONG SALFA (Partenaire de mise en œuvre et sous-contractant);
- ONG SAF (Partenaire de mise en œuvre et sous-contractant);
- ONG Somontsoy (Urgence humanitaire);
- ONG Marie Stopes International.

Annexe 1 : Liste des Partenaires de mise en œuvre

Composante Population et Développement :

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

Composante Santé de la Reproduction :

- Ministère de la Santé;
- Central d'Achats SALAMA;
- Ministère de la Jeunesse;
- ONG PACT MSIS;
- ONG FISA;

Composante Genre

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

Annexe 2 : Distribution géographique des activités du FNUAP

Régions d'intervention selon le CPAP

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

Regions d'intervention Projet BAD/ FNUAP

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

Régions d'intervention Stratégies Quick Wins

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

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

Origin and Purpose of the EQA

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

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

Use of the tool

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

The first time corresponds to the assessment of the draft final evaluation report. The grid is mainly directed to

the evaluation team, with a view to pointing out areas of improvement for the final version of the report.

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

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

The Quality Assessment criteria

1. Structure and Clarity of Reporting

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

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

Can the information provided be *easily understood*?

2. Executive Summary

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

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

3. Design and Methodology

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

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

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

4. Reliability of Data

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

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

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

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

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

(continued)

The Quality Assessment criteria (continued)

5. Findings and Analysis

Findings

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

Are *biases* stated and discussed?

Are *unintended* findings reported and discussed?

Analysis

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

Are their *limitations* (or drawbacks) discussed?

Does the analysis respond to all evaluation questions?

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

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

Are *contextual factors* identified and their influence discussed?

6. Conclusions

Are the conclusions organized in priority order?

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

Are there any limitations and are these made clear?

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

7. Recommendations

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

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

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

8. Meeting Needs

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

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

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

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

Evaluation Team /Evaluators:

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

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

2 Should protect the anonymity and **confidentiality of individual informants**. They should provide maximum notice, minimize demands on time, and: respect people's right not to engage. Evaluators must respect people's right to provide information in confidence, and must ensure that sensitive information cannot be traced to its source. Evaluators are **not expected to evaluate individuals**, and must balance an evaluation of management functions with this general principle.

3 Evaluations sometimes uncover evidence of wrongdoing. Such cases must be reported discreetly to the appropriate investigative body.

4 Should be **sensitive to beliefs, manners and customs** and act with integrity and honesty in their relations with all stakeholders. In line with the UN Universal Declaration of Human Rights, evaluators must be sensitive to and **address issues of discrimination**

and gender equality. They should avoid offending the dignity and self-respect of those persons with whom they come in contact in the course of the evaluation. Knowing that evaluation might negatively affect the interests of some stakeholders, evaluators should conduct the evaluation and communicate its purpose and results in a way that clearly respects the stakeholders' dignity and self-worth.

5 They are responsible for the clear, accurate and fair written and/or oral presentation of study limitations, evidence based findings, conclusions and recommendations.

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

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

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

Annexe 5 : Management response

UNFPA Management response Country Programme Evaluations (from-to):

(name of the country)

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

Instructions for completing the management response:

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

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

Cluster 1 (continued)

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

Cluster 2: Recommendations associated with the programme				
Recommendation # _____	To _____	Priority level _____		
<p>Management response - Please provide your response to the above recommendation. Where recommendations (or parts of) are not accepted, please provide detailed justification. Where accepted, please indicate key actions for implementation.</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>				
Key action(s)	Deadline	Responsible unit(s)	Annual implementation status updates	
			Status (ongoing or completed)	Comments

(continued)

Cluster 3: Recommendations associated with cross-cutting issues

Recommendation # _____	To _____	Priority level _____
------------------------	----------	----------------------

--

Management response - Please provide your response to the above recommendation. Where recommendations (or parts of) are not accepted, please provide detailed justification. Where accepted, please indicate key actions for implementation:

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

ANNEXE 2

Documents consultés

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

United Nations Population Fund, *Outil de suivi CPAP*

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Université Catholique de Madagascar, *Module de formation*

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

VMP, Divers curriculum de formation P&D

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

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

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

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

VMP, Divers modules de formation au lien P&D

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

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

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

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

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

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

ANNEXE 3

Liste des personnes rencontrées

Nom	Titre
FNUAP	
Mr Cisse, Cheikh Tidiane	Représentant du bureau de pays
Me Rabenampoizina Nohisoa	Chargée du Programme Suivi et évaluation,
Mr Rakoto Victor	Assistant au Représentant
Me Andriamanana Tolotra	Chargée du Programme Genre FNUAP
Me Ramiliarijaona Onja	Spécialiste en Genre FNUAP
Mr Thiam Macoumba	Conseiller Technique Recensement, FNUAP
Dr Lordfred, Achu	Conseiller Technique Principal SR
Dr Ravaomanana Edwige	Chargée de Programme SR
Mr Ndremana Philemon	Chargée de Programme SRA/HIV
Me Rabefitia Ginette	Sage-Femme Conseil
Dr Solomandresy, Ratsarazaka	Chargée de Programme Urgences Humanitaires et Santé de la Reproduction des Adolescents
Mr Wanogo Ali	Expert Sécurisation Produit SR
Organisation Mondiale de la Santé OMS	
Dr Masy Harisoa Ramiliarijaona	Chargée de Programme, Promotion Santé de la famille
Mr Andrianarisoa Samuel	Chargé du Programme Lutte contre les Maladies Tropicales Négligées
UNICEF	
Mr Lauwerier Steven	Représentant
Me Daher Aden Anne	SRA
Dr Muhoza Denis	Santé Mère Enfant
ONUSIDA	
Mr Diallo Mamoudou	Coordonnateur Inter-Pays
USAID	
Dr Andriamiadana Jocelyne	Chargée de programme, bureau santé, population et nutrition
Vice-Primature chargée de l'Économie et de l'Industrie	
Mr Randrianarison Jean-Gabriel	Secrétaire Général, Vice-Primature chargée de l'Économie et de l'Industrie
Mr Rahaingoarimanana Noélisoa	Directrice des Méthodes de Planification, Direction Générale de l'Économie, Vice-Primature chargée de l'Économie et de l'Industrie
Me Rakotondrazafy Arlette	Directrice du Suivi-Évaluation, Direction Générale de l'Économie, Vice-Primature chargée de l'Économie et de l'Industrie

Nom	Titre
Vice-Primature chargée de l'Économie et de l'Industrie (suite)	
Mr Razafiarison Jean Claude	Expert national en Population et Développement, Vice-Primature chargée de l'Économie et de l'Industrie
Mr Rakotoarisoa Claude	Directeur Général de l'Économie, Vice-Primature chargée de l'Économie et de l'Industrie
Ministère de la Santé Publique	
Dr Ramihantaniarivo Herelyne	Directeur Général de la Santé
Dr Ramanandraibe Lucie	(poste FNUAP)
Dr Rajerison Chara Sylvie	Chef Service de la Maternité sans Risque, Direction de la Santé Mère Enfant et Planification Familiale
Dr Razafindravony Bakollisoa H.	Chef Service PF et Santé de la Reproduction des Adolescents, Direction de la Santé Mère Enfant et Planification Familiale
Dr Rakotobe Rosa	Direction Ressources Humaines
Mr Randriamanomana	Directeur de la Pharmacie, du Laboratoire et de la Médecine Traditionnelle (DPLMT)
Mr Randrianarisoa Christian	Expert en suivi & évaluation PNLS et SECNLS (poste FNUAP)
Dr Razafindranazy Eulalie	Responsable Traumatisme dû aux violences, service de la protection des personnes vulnérables, Ministère de la Santé Publique
Mr Malijaona Rado	Directeur des Études et Planification, Ministère de la Santé Publique
M Rakotondrafahitra Andrianina	Chef de service Exploitation et maintenance informatique, Direction des Systèmes d'information, Ministère de la Santé Publique
Mr Ramahatanaharisoa Aristide	Direction des Systèmes d'information, Ministère de la Santé Publique
Dr. Janine	Chef de Service Suivi-Évaluation, Direction des Études et Planification, Ministère de la Santé Publique
Ministères de la population et des affaires sociales	
Mr Ramandasoa Jaona Andriamboahangy	Directeur Général de la protection sociale, du genre, de la famille et de l'enfance, Ministère de la population et des affaires sociales
Mr Andrianirinarimanana James	Expert en Genre, Ministères de la population et des affaires sociales
Ministère de la justice	
Maitre Rakotomalala Nadia	Chef de service, vulgarisation juridique et point focal genre, Direction des Réformes législatives, Ministère de la justice
Ministère de la jeunesse	
Dr Tifana Marie Ange	Directeur de la Promotion de la Jeunesse, Coordinatrice Nationale du Programme Santé des Jeunes
BNGRC	
Dr Randriatahina Raymond	Adjoint du secrétaire exécutif
Colonel Randriamanantsoa Edmond	Responsable suivi évaluation
INSTAT	
Mr Ravelomanantsoa Paul Gérard	Directeur général, INSTAT
SALAMA	
Mr Andrianjafy, Tahina	Directeur Général de la Centrale d'Achat SALAMA

(suite)

ANNEXE 3 : Liste des personnes rencontrées (suite)

Nom	Titre
Niveau Central	
Me Ranorolala Omega	Présidente de l'ordre des sages-femmes :
Me Ralamboson Tatavy Amélie	Directeur des Instituts de Formation des Paramédicaux (DIFP)
Dr Randrianatoandro Oly	Directeur Stratégie Avancée, Marie Stopes Madagascar
Dr Gourraud François	Directeur de Projet, Marie Stopes Madagascar
Me Vololomanana Brigitte	Chargée Recherche Suivi et Evaluation
Dr Rasoarimanana Sahondra	Responsable de l'hôpital de MARAMBARA, SALFA Madagascar
Me Zenaid Ramampy Lechat	Présidente du Réseau des femmes africaines Ministre et parlementaire
Mr Amana Nahoda	Président de la Plate Forme des leaders religieux et des organisations confessionnelles
Mr Ndriandahy Mahamoudou	Secrétaire exécutif national de la plate forme nationale des organisations de la société civile de Madagascar
Me Rasamoelina Brigitte	Présidente nationale de l'association des femmes élues Maire de Madagascar
Mr Rabisaona Andry	Chef du projet MIFOHAZA, association SOS victime du non droit
Mr Rakotomalala Tiana	Responsable Microcrédit de l'institution de micro finance HARDI
Me Rasoanaivo Anjara	Présidente de l'association des journalistes ANAY
Me Randriambololona Norosoa Perle	Chargée de projet SR et Genre, Croix Rouge Malagasy
Me Papisy Alphine	Responsable Nationale Gender LINKS
	Directrice, Institut National de Formation Administrative
Région d'ANOSI	
Dr Mahafenotoky Evelyn	Médecin d'appui et de soutien FNUAP Région Anosy
Dr Rakotomavoarisona Toussaint	Chef SMS, Direction Régionale de la Santé, Région Anosy
Me Rabebiarisoa Noela	Responsable Gestion Intrans de Santé, Direction Régionale de la Santé
Mr Raharison Serge Auguste	Directeur régional de la population et des affaires Sociales Anosy
Me Rasoamandimbirina Faustine	Présidente des femmes leaders à Anosy
Me Bertina	Bénéficiaire du Programme de Réinsertion Sociale des femmes Fistuleuses
Me Nomenjanahary Theophine	Bénéficiaires services CECJ Ambosari
Dr Edwine Ramiandrisoa, Medecin Chef	Hopital de référence SALFA à Manambaro
Dr Rabetsivahiny Andriatsaranto	Médecin Inspecteur, + Responsable SR, Sage-femme Maternité, Centre Hospitalier District, Ambosari
Me Danieli	PhaGDdis, Ambosari
Me Razafimamonji Hamitra Nirina	Sage-femme (FNUAP), Centre de Santé de Base 1, Commune de Tanandava, District d'Ambosari
Mr Lambo	Animateur Somosoy
Région d'ANDROY	
Dr Martin Andrianteragna	Médecin d'Appui et de Soutien, FNUAP Région Androy
Dr Ralaiarimanana R. Zaka	Medecin Inspecteur District d'Ambovombe
Me Gistinera Clarisse Zozy Délice	Sage-femme CHRR Ambovombe + Femme ayant récemment accouché

Nom	Titre
Région d'ANDROY (suite)	
Me Soatsara Marie Hélène	Responsable SR, Direction Régionale de la Santé, Région Androy
Dr Fama	Responsable Santé UNICEF région Androy
Me Alimana Michelle	Responsable de la Maison des Jeunes Ambovombe;
Me Bertine	Pair éducateur Maison des Jeunes Ambovombe;
Mr Resambany André	ONG SOMONTSOY, Ambovombe
Me Chantal Aimée Nirina	Sage-femme, Centre de Santé de Base 2 Ambondro, Ambovombe
Mr Manatsoa Army Monja	Directeur régional de la population et des affaires sociale ANDROY
Me Simone Rakoto Andriamihamina	Présidente CECJ Ambovombe
Mr Rabeson Maurice et Hanjanaray Viviane	Bénéficiaires services CECJ Ambovombe
Me Voahangy Ramanandraisoa Ida	Bénéficiaires microcrédit HARDI
Mr Randrianaivason	Président de l'ONG KIHOMBA Ambovombe
Région de TOLIARA	
Dr. Jocelyne	Responsable du Sous-Bureau du FNUAP, région Sud
Mr Abodou Allahri	DRPAS Toliara; membre de la Cellule Régionale de Collecte et d'Analyse, Toliara
Mr Joujou Olivier Alfred	Directeur INSTAT Toliara; membre de la Cellule Régionale de Collecte et d'Analyse, Toliara
Mr Naivoson Aina	membre de la Cellule Régionale de Collecte et d'Analyse, Toliara
Mr Rabeson Narisua	INSTAT Toliara; membre de la Cellule Régionale de Collecte et d'Analyse, Toliara
Mr Rafanomezantioa Ludovic	Madagascar National Parks; membre de la Cellule Régionale de Collecte et d'Analyse, Toliara
Me Rasoarivelomanga Lalatiana	Responsable SR, District de Toliara II
Mr Rasolon Christian Gilles	Directeur Régional de la Santé (par intérim), Toliara
Mr Ratolojanahary Toojo	Responsable IEC, District de Toliara II
Mr Ratovontahiany Bertrand Nicolas	Responsable GESIS, Direction Régionale de la Santé, Toliara
Mr Velomanatsoa	Directeur Régional de l'Économie, Toliara; Président de la Cellule Régionale de Collecte et d'Analyse, Toliara
Me Yvette Derason	Coordinatrice régionale de la Croix Rouge Malagasy
Dr Chritine	Directrice CHRR de Tulear
Région de SOFIA	
Mr Xavier Jean-François	Chargé du Sous-Bureau du FNUAP, région Nord
Dr Razafimahefa Alfred	Médecin d'Appui et de Soutien, FNUAP Région, Sofia
Dr Waibel Jean Pierre	Directeur Régional de la Santé, Sofia (avec Responsable Régional du sous programme SR)
Dr Rabenanraoama Florent	Adjoint technique de la DRSP, Chef SMS -Sofia, Direction Régionale de la Santé, Sofia
Dr Brillant	Directeur CHRR Sofia
Dr Vohanirana	Médecin Chef de Service de la Maternité, CHRR Sofia
Dr Ramarosandratana Lisy	Responsable Régional SR/PF, CHRR Sofia

(suite)

ANNEXE 3 : Liste des personnes rencontrées (suite)

Nom	Titre
Région de SOFIA (suite)	
Mr Pinatoni Rabarison	Président Association Vilavila
Me Mme Tsiatandra Blandine	Responsable du Coin Jeune, Antsohihy
Mr Beariniaina Harriul	Directeur exécutif CCI Sofia; membre Cellule Régionale de Collecte et d'Analyse, Sofia
Mr Jaosolo Gelasi	Directeur régional de l'Économie, Sofia ; Président de la Cellule Régionale de Collecte et d'Analyse, Sofia
Mr Kalion Ramarolaly	Chef de section des logements administratifs, Sofia; membre Cellule Régionale de Collecte et d'Analyse, Sofia
Mr Rakotoarimanana Jimi	Responsable Channel, Direction Régionale de la Santé, Sofia
Mr Ranaivoson Nilson Julio	RSE Sofia; membre Cellule Régionale de Collecte et d'Analyse, Sofia
Mr Rasolonniraibe Jean	Chef de service INSTAT, Sofia; membre Cellule Régionale de Collecte et d'Analyse, Sofia
Dr Rambelison Zakatiana	Médecin Inspecteur, District de Mampikony
Mme Rajoanamiaranjara Lucienne	Responsable SR, District de Mampikony Sage-femme,
Mme Rahelimanana Flavienne	Infirmière Centre de Santé de Base 2 Malakialina, District de Mampikony
Mr Razafindraibe Hubert	Infirmier, District de Mampikony + Matrone
Région de TAMATAVE	
Me Soamelina Razafimalala Nirina	Bénéficiaire services CECJ Ampasamadinika
Mr Rakotomalala Georges et Me Lelaka Brigitte	Bénéficiaires services CECJ Toamasina
MANJAKANDRIANA	
Me Razazarivola Vololona	Présidente de l'association AVENIR et du centre d'écoute de Manjakandriana
	Bénéficiaires des services du CECJ Manjakandriana

Groupes focaux menés pour la composante SR

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

ANNEX 3 : Liste des personnes rencontrées (suite)

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

Groupes focaux menés pour la composante Genre

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

Matrice d'évaluation

QE1			
Dans quelle mesure les objectifs du plan d'action du programme pays étaient-ils/sont-ils adaptés pour répondre (i) aux besoins de la population, (ii) aux priorités exprimées dans les documents de politiques nationales, (iii) aux événements politiques survenus durant la période couverte par l'évaluation ?			
Critères de jugement	Indicateurs	Sources d'information	Outils/Méthodes de collecte
CJ.1.1 : Les besoins des populations malgaches, en particulier des groupes vulnérables, sont correctement pris en compte lors de la planification	<ul style="list-style-type: none"> Les besoins ont été identifiés de manière exhaustive afin de guider la planification des composantes SR, P&D et Genre du CPAP La sélection des zones d'interventions du FNUAP et la couverture des interventions des composantes SR, P&D et genre dans ces zones sont en cohérence avec les besoins identifiés et les priorités nationales Les indicateurs standards internationaux sont mesurés dans les systèmes d'information et servent de base pour la planification des interventions de la composante de la SR 	<ul style="list-style-type: none"> SR Enquêtes Démographiques de Santé Enquête auprès des ménages Documents stratégiques et politiques de santé Etudes réalisées dans le domaine de la santé de la reproduction Entretiens avec l'équipe du FNUAP et les partenaires d'exécutions au niveau central et au niveau régional Discussions avec les bénéficiaires CPAP UNDAF MAP 	<ul style="list-style-type: none"> Analyses documentaire Entretien avec les Responsables des différents départements Ministériels Réunion de groupe avec les Responsables thématiques au sein du FNUAP Madagascar Discussion de groupe
<p>SR Les besoins ont été identifiés de manière exhaustive afin de guider la planification des composantes SR du CPAP</p> <ul style="list-style-type: none"> La vulnérabilité particulière des femmes en âge de procréer a été identifiée dans le 6^{ème} CPAP en soulignant le taux de mortalité maternelle élevé, le faible taux d'accouchement dans les formations sanitaires, le faible taux de prise en charge des complications avec un accès géographique limité aux services de santé ainsi que l'existence de barrières liées à des facteurs socio culturels et d'accessibilité financière. Les grossesses précoces parmi les adolescentes accompagnées par de nombreuses complications sont des également soulignées. L'Enquête démographique et de santé 4 (EDS 4) confirme que la fécondité demeure précoce puisque 32 % des adolescentes de 15-19 ans ont déjà commencé leur vie reproductive: 26 % ont déjà eu, au moins, un enfant et 6 % étaient enceintes du premier enfant¹. Les infections sexuellement transmissibles (IST) constituent un problème de santé publique à Madagascar. Le taux de prévalence du VIH chez les femmes enceintes était de 0,95% en 2003 mais le taux de prévalence de la syphilis chez les femmes enceintes était de 4,2 en 2005 et environ 15 % des garçons et 11,9 % des filles ont présenté un signe d'IST en 2004 (EDS 2003-2004). 			

¹ Ministère de l'Économie et de l'Industrie, Institut National de la Statistique, Enquête Démographique et de Santé Madagascar 2008-2009, Avril 2010

- L'EDS 3 (2003-2004) a été la principale source de données pour le 6^{ème} CPAP et ces données ont été réactualisées sur la base de l'EDS 4 (2008-2009) (réalisée avec l'appui du FNUAP). Si les EDS successives ont fourni des données cruciales pour la santé de la reproduction, en revanche l'enquête de pauvreté des ménages EPM 2010 appuyée par le FNUAP ne fait aucune référence à la santé de la reproduction ou santé maternelle ou santé des jeunes et fournit des informations très vagues sur la santé.
- Planification familiale : L'EDS4 fait référence à des besoins non satisfaits en matière de PF « Si toutes les naissances non désirées étaient évitées, l'Indice Synthétique de Fécondité (ISF) des femmes malgaches serait de 4,2 au lieu de 4,8 enfants » Les facteurs intervenant dans la faible utilisation des méthodes contraceptives ont été explorés lors de l'EDS 4 mais les barrières spécifiques au niveau des différentes régions n'ont pas fait l'objet d'études particulières. Par exemple même si la barrière due à l'opposition du partenaire (parmi les raisons pour lesquelles les femmes n'ont pas l'intention d'utiliser la contraception) n'est que de 4,2 %, c'est un facteur qui est apparu de façon prédominante lors des discussions de groupe avec les femmes (en âge de procréer). Ceci est confirmé par l'écart important entre le nombre idéal d'enfants préféré par les hommes (5.4) et par les femmes (4.8). Peu de recherche ont été faites sur les raisons de ces différences.² Le FNUAP a mis l'accent sur les méthodes de longue durée considérant que ces méthodes ne représentent qu'une proportion très faible dans ce taux de prévalence. Des études socioculturelles sur les barrières à l'utilisation des méthodes de longue durée avaient été planifiées faites mais n'ont pas été réalisées.³
- Des études ont été réalisées en ce qui concerne la situation de la planification familiale financées par le FNUAP telles que :
 - Evaluation de l'Application de la Méthode Rapid Result Initiative (RRI) en planification familiale, en 2008⁴
 - Étude sur la disponibilité l'accessibilité et des services SR/PF dans les centres de santé publics de Madagascar, 2008
 - Evaluation du Système d'Approvisionnement Actuel en Vue d'une Sécurisation des Produits de SR (Evaluation des besoins, capacités d'approvisionnement et outils pour la gestion des produits de SR), Décembre 2008
 - Acheminement des Produits de Santé de la Reproduction, 2008
 - Analyse Rapide de Situation de la Sécurité des Intrants de Santé de la Reproduction⁵ qui visait à l'actualisation des données existantes sur la sécurisation des produits de SR afin de mieux planifier les activités de SPSR pour 2009 en tenant compte des réalités actuelles. L'étude s'est focalisée sur les capacités de gestion logistique des différentes structures du MSPF.
 - Madagascar faisait partie des pays dans lequel le FNUAP et Engender Health ont entrepris une étude de la situation sur le statut de la planification familiale en 2009 afin d'identifier les leçons apprises et de proposer des interventions en ce qui concerne les points faibles des composantes prestations de service, demande et politiques⁶.
 - Evaluation du système logistique pour la sécurisation des produits de santé de la reproduction, 2009
 - Evaluation de la disponibilité et de l'accessibilité des intrants essentiels pour les enfants et les femmes à Madagascar, 2010
 - Evaluation de la Sécurisation des Intrants de Santé à Madagascar, Décembre 2011
 - Le FNUAP a collaboré avec Marie Stopes International pour une étude de marché segmentée sur la disponibilité et l'utilisation des contraceptifs, les groupes ayant le moins d'accès et les plus grands besoins en matière de service de planification familiale. Cette étude a pris en compte les différents niveaux socio économiques dans les milieux urbains et ruraux.⁷ Ces études ont permis d'obtenir des données sur la situation des services et des politiques afin de constituer une base pour améliorer la planification des services. Toutefois la répétition d'études, semble peu coordonnée et fournit des recommandations très larges et peu harmonisées et opérationnelles qui ne sont pas toujours utiles pour répondre aux besoins identifiés.
- En matière de santé maternelle, le FNUAP grâce aux fonds additionnels du Fond Thématique pour la Santé Maternelle (FTSM/MHTF) a initié une 'Evaluation des Besoins en Matière de Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence' et une 'Enquête Confidentielle des Décès Maternels' en 2010. Ces deux études ont permis d'obtenir des données spécifiques en ce qui concerne les causes des décès maternels ainsi que la situation des services SONU ce qui permet d'affiner la planification des services en fonction des besoins.

(suite)

² United Nations Population Fund, Engender Health. Madagascar Country Profile: Status of Family Planning, May 2009

³ Rapport Annuel Conjoint des Fonds Thématiques à Madagascar 2009

⁴ Ministère de la santé et du Planning Familial, Direction du Planning Familial et FNUAP, Evaluation de l'Application de la Méthode Rapid Result Initiative (RRI) en planification familiale, Décembre 2008

⁵ United Nations Population Fund. Analyse Rapide de Situation - Système de Gestion Logistique des Intrants de Santé de la Reproduction, Janvier - Février 2009

⁶ United Nations Population Fund, EngenderHealth. Madagascar Country Profile: Status of Family Planning, May 2009

⁷ Reproductive Health Supplies Coalition (RHSC), Appropriate Technology in Health (PATH), Marie Stopes International, Marie Stopes Madagascar, FNUAP, Futures Group, Total Market Initiative Project - Increasing Private Sector Participation in Family Planning in Madagascar Final Report, January -December 2010

ANNEXE 4 : Matrice d'évaluation (suite)

- La disponibilité initiale de structures SONU est extrêmement faible, avec seulement 22 formations sanitaires offrant des services SONU. Le plan d'opérationnalisation SONU 2010-2012 vise à « Augmenter la disponibilité des SONU avec une répartition géographique adéquate pour atteindre au moins 1 SONU par district (de 0,5/500 000 habitants à 5/500 000 habitants = passer de 19 à 47 structures offrant les SONUC (soit un gap de 28 à combler) et de 3 à 163 structures offrant les SONUB (soit un gap de 160 à combler)»⁸. Une dissémination régionale des résultats de l'enquête SONU suivie d'une micro planification par districts (avec sélection des CSB2 à renforcer) a été organisée concomitamment à la dissémination régionale des résultats de l'EDS4. Les centres hospitaliers régionaux et de districts (CHRR et CHD) sont les formations prioritaires. Il a été observé que la sélection des CSB se fait en fonction de la population à desservir et parfois en fonction de la disponibilité de sage femmes ou de médecins plutôt que pour servir les zones les plus enclavées élargir des soins SONU vers les populations rurales et enclavées, il a aussi été observé dans le district d'Ambovombe que 2 structures SONU était relativement proches et que le reste du district était très mal desservi.
- Une Evaluation de la Politique de gratuité des Services de Santé Maternelle et de Planification Familiale promulguée en 2008 a été entreprise avec le soutien du FNUAP en 2010. Cette étude a permis d'obtenir des informations importantes du point de vue de l'offre de services mais aussi du point de vue du coût pour les utilisateurs de ces services et de la façon dont ils peuvent faire face à ces coûts.⁹

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

- Cohérence de la sélection des zones d'interventions du FNUAP et la couverture des interventions des composantes SR dans ces zones avec les besoins identifiés et les priorités nationales
- En tenant compte du contexte les régions « quick wins » ont été sélectionnées afin de « *concentrer les activités dans les zones les plus vulnérables tout en conservant le paquet d'activités déjà prévu dans les PTA pour redéfinir les modalités de mise en œuvre du Programme afin d'en optimiser l'impact à la population bénéficiaire* » ceci Ces régions ont été sélectionnées sur la base des indicateurs socio économique et de santé de la reproduction les plus faibles en fonction de l'EDS 4 (2008-2009).
- Le Plan Stratégique de Sécurisation des Produits de Santé de La Reproduction à Madagascar 2008-2012, a été développé sur la base d'une analyse de la situation préalable réalisée avec le soutien du FNUAP
- Inclusion des indicateurs standards internationaux dans les systèmes d'information La plupart des indicateurs standards internationaux sont inclus dans le système d'information sanitaire (GESIS) mais ils ne sont pas tous compilés et analysés . Par exemple bien que les informations concernant les femmes de moins de 18 ans qui ont accouché dans les formations sanitaires sont collectées et compilées les informations concernant la planification familiale parmi les moins de 18 ans sont collectées mais ne sont pas compilées.¹⁰

Genre

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

⁸ Ministère de la Santé Publique, Plan opérationnel de mise en œuvre des recommandations de l'évaluation des besoins en SONU, 2010 - 2012

⁹ Ministère de la Santé Publique, FNUAP, Evaluation de la Politique de gratuité des Services de Santé Maternelle et de Planification Familiale, 2010

¹⁰ Observation Rapport GISIS pendant la visite terrain

Critères de jugement	Indicateurs	Sources d'information	Outils/Méthodes de collecte
CJ1.2 : Les stratégies des composantes SR, P&D et genre du CPAP sont cohérentes avec les politiques et stratégies nationales	<ul style="list-style-type: none"> - Les stratégies des composantes SR, PD et Genre sont cohérentes avec les politiques de développement nationales - Les stratégies des composantes SR, PD et Genre sont cohérentes avec les politiques et stratégies sectorielles dans chaque domaine respectif - Les stratégies nationales développées avec l'appui FNUAP prennent en compte les besoins identifiés en matière de SR, PD et Genre - Les produits stipulés dans le CPAP répondent aux objectifs évoqués dans ces documents de références - Les réorientations du SNU face à la crise ne mettent pas en cause la cohérence entre le CPAP et les documents de référence 	<ul style="list-style-type: none"> - Enquêtes Démographiques de Santé - Enquête auprès des ménages - Documents stratégiques et politiques nationaux et sectoriels - Etudes réalisées dans le domaine de la santé de la reproduction - Entretiens avec l'équipe du FNUAP et les partenaires d'exécutions au niveau central et au niveau régional - Discussions avec les bénéficiaires - CPAP - UNDAF - MAP 	<ul style="list-style-type: none"> - Analyses documentaire - Entretien avec les Responsables des différents départements Ministériels - Réunion de groupe avec les Responsables thématiques au sein du FNUAP Madagascar - Discussion de groupe

SR

Les stratégies des composantes SR, du CPAP sont cohérentes avec les politiques et stratégies nationales

- Le Plan d'Action de Madagascar 2007-2012 (Madagascar Action Plan MAP) vise à mettre en œuvre des 'initiatives de réforme transformationnelle' en vue de l'atteinte des OMD. La Réforme n°5 concerne la mise en œuvre de 'nouvelles mesures audacieuses concernant la santé et la planification familiale' visant à réduire la taille moyenne des familles et le taux de croissance démographique et à intensifier la lutte contre le VIH/SIDA¹¹
- L'appui du FNUAP en matière de SR s'appuie sur le Plan de Développement Secteur Santé 2007-2011 qui décrit l'opérationnalisation sectorielle du MAP et qui vise à réduire la mortalité maternelle et néonatale avec entre autre l'objectif de satisfaire les 'demandes en matière de PF surtout en zones enclavées et rurales'; et sur la Feuille de Route pour la Réduction de la Mortalité Maternelle et Néonatale à Madagascar 2005-2015. La réduction de la mortalité maternelle et néonatale est devenue une priorité politique de premier rang qui s'est traduit par la signature de la déclaration commune en janvier 2003, conjointement par le Ministère de la Santé et de Planning Familial, l'OMS, FNUAP, UNICEF et la Banque Mondiale sur « La réduction de la mortalité maternelle à Madagascar ». Cette déclaration indique la démarche à suivre pour tous les intervenants ou parties prenantes qui agissent dans ce domaine. Les objectifs de la feuille de route sont :
 1. Rendre accessibles et disponibles les soins maternels et néonataux de qualité à tous les niveaux du système de santé dans 70 % des structures sanitaires, d'ici 2015.
 2. Renforcer les capacités des individus, des familles et de la communauté sur la prise en charge de leur santé
- Le FNUAP a soutenu le gouvernement pour la mise en œuvre d'interventions qui ont contribué à atteindre l'objectif 1 de la Feuille de route avec un accent particulier sur les 6 régions quick wins en ce qui concerne l'opérationnalisation
- Par contre le second objectif n'apparaît pas comme ayant fait l'objet d'interventions spécifiquement orientées pour impliquer les communautés. Les actions de sensibilisation restent vagues et ne semblent pas être particulièrement ciblées (les informations concernant ces interventions sont très difficiles à obtenir). D'autre part les problématiques de transport jusqu'aux structures de référence restent un énorme défi et les populations vivant dans les zones les plus enclavées ont un accès plus limité. Une des approches pour tenter de répondre à cette contrainte majeure est d'impliquer les communautés de façon plus systématique comme le prône la feuille de route.

(suite)

¹¹ Plan d'Action de Madagascar 2007-2012

ANNEXE 4 : Matrice d'évaluation (suite)

- Le renforcement de la capacité de la centrale d'achats SALAMA incluant des formations en système d'information de gestion logistique y compris CHANNEL s'inscrit dans une démarche de soutien au Programme d'Action pour l'Intégration des intrants de Santé (PAIS), Plan Stratégique 2008-2012.
- Le CPAP en matière de SR est censé contribuer aux effets 1 (« la population, en particulier les groupes les plus pauvres et vulnérables, jouit de tous les droits sociaux, économiques, civils et politiques grâce à une gouvernance participative et solidaire ») et 5 (« existence d'un environnement favorable pour un meilleur accès de la population, en particulier les groupes vulnérables, aux informations et services de santé de qualité ») du cadre UNDAF 2008-2011. Il n'y a pas de définition claire des groupes vulnérables dans le cadre UNDAF. Bien que les besoins des jeunes en santé de la reproduction en matière de grossesse précoce soient mentionnés dans le cadre UNDAF, la réponse concerne uniquement la prévention IST et VIH/SIDA.
- Cohérence de la sélection des zones d'interventions du FNUAP et la couverture des interventions des composantes SR dans ces zones avec les besoins identifiés et les priorités nationales
- En tenant compte du contexte les régions « quick wins » ont été sélectionnées afin de « concentrer les activités dans les zones les plus vulnérables tout en conservant le paquet d'activités déjà prévu dans les PTA pour redéfinir les modalités de mise en œuvre du Programme afin d'en optimiser l'impact à la population bénéficiaire » ceci Ces régions ont été sélectionnées sur la base des indicateurs socio économique et de santé de la reproduction les plus faibles en fonction de l'EDS 4 (2008-2009).
- Les stratégies nationales développées avec l'appui du FNUAP prennent en compte les besoins identifiés en matière de SR
- Le plan d'opérationnalisation SONU 2010-2012 a été développé sur la base de l'évaluation SONU réalisée avec le soutien du FNUAP.
- Une Revue documentaire sur la formation, la réglementation, la supervision et l'association des sages-femmes en exercice à Madagascar¹² a été réalisée avec l'appui du FNUAP en 2009 et constitue la base pour la programmation du programme sage femme.
- Le Plan Stratégique de Sécurisation des Produits de Santé de La Reproduction à Madagascar 2008-2012, a été développé sur la base d'une analyse de la situation préalable réalisée avec le soutien du FNUAP

P&D

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

¹² Ministère de la Santé et du Planning Familial, FNUAP, International Confederation of Midwives, La Profession de Sage-femme à Madagascar - Revue documentaire sur la formation, la réglementation, la supervision et l'association des sages-femmes en exercice à Madagascar, Juillet 2009

- La planification des actions du FNUAP n'a donc pas été faite sur un état des lieux (baseline) exhaustif de la situation. Le problème n'en est pas moins réel : Avec un dernier RGPH datant de 1993 et donc des indicateurs de performance dans tous les secteurs, y compris la SR, qui se basent sur des projections largement hasardeuses de la population (conduisant localement par exemple à des taux de vaccination de 115%), la réalisation du RGPH de 2008 (déjà en retard de 5 ans par rapport à la périodicité décennale d'un recensement) était une priorité logique de la composante P&D. Le CPAP inscrit cette action dans le cadre du dialogue de politique en tant que leçon à retenir des cycles précédents.
- Le CPAP 2008-11 identifie un autre défi : « *Le pays ne dispose pas suffisamment d'études de cas (evidence based) pouvant faciliter la compréhension des liens existant entre la population et le développement. À ce manque s'ajoute la faible utilisation des universités et institutions supérieures de formation ayant une certaine capacité dans le domaine et l'absence d'un mécanisme de coordination et de suivi des programmes de développement.* » De la même manière que pour la disponibilité des données statistiques de base, le diagnostic s'arrête à cette affirmation. La Vision stratégique 2010-2011 du SNU n'apporte pas d'éléments supplémentaires.
- La stratégie nationale en matière de mise à disposition de statistiques fiables a été définie en 2007 (Stratégie nationale de développement de la statistique, SNDS), donc juste avant le déclenchement de la crise. Elle identifie notamment des faiblesses en termes de renouvellement des effectifs à l'INSTAT (vieillesse des cadres de niveau ingénieurs statisticiens et démographes) et de compétence au niveau des ministères sectoriels, tant au niveau central (planification) que déconcentré (collecte, contrôle, traitement des données administratives et appui à la planification de niveau régional et local).

FORCES	FAIBLESSES
<ul style="list-style-type: none"> - Pertinence des informations recueillies en général au niveau des ministères grâce à la décentralisation de la production statistique. - Existence de cadres statisticiens expérimentés même insuffisants en quantité. - Reconnaissance de l'utilité des statistiques dans l'élaboration des programmes. - Présentation des résultats (INSTAT Point Information) 	<ul style="list-style-type: none"> - Insuffisance des statisticiens diplômés - L'INSTAT ne représente pas les institutions statistiques au niveau international : - Existence d'effectif pléthorique à l'INSTAT - La coordination statistique n'a jamais été opérationnelle - Difficulté dans la confection des comptes nationaux - Faible capitalisation des acquis des projets - Absence de centre de formation en statistique - Insuffisance de l'analyse économique au niveau national - Lacunes dans les lois statistiques - Pas d'analyse de la demande en information statistique - Absence de gestion des carrières
OPPORTUNITES	MENACES
<ul style="list-style-type: none"> - La mise en œuvre de : MAP, Vision Madagascar naturellement, Politique Générale de l'État - Adhésion à : SADC, COMESA, - La réalisation de : OMD, engagement de Bruxelles et SGDD - L'adoption de l'approche programmes du budget de l'État - Le développement de l'appui budgétaire - La mise en place des Régions 	<ul style="list-style-type: none"> - Disparition du métier de statisticien à Madagascar - Dégradation de la qualité des données et désorganisation totale de la production statistique - Externalisation des activités de l'INSTAT - Pas de sécurisation du financement des activités statistiques - Non réalisation des engagements internationaux (SADC, COMESA, COI) - Problème de négociation avec les bailleurs de fonds

Source : SNDS, 2007, p.38

Les volets de la stratégie P&D du FNUAP qui visent à former de nouvelles générations de statisticiens et appuyer les directions régionales dans le cadre du SNISE sont sensées contribuer à répondre à ces défis et ils sont pleinement cohérents avec la politique nationale. Le renforcement des compétences techniques existantes à l'INSTAT sont moins en cohérence avec la politique nationale; ils ne s'avèrent pas moins utiles pour compenser partiellement la crise des dotations financières à laquelle l'INSTAT doit faire face depuis 2009 (à l'instar des autres départements ministériels et EPIC).

Le but du CPAP 2008-11 pour la composante P&D est une « *utilisation accrue des informations socio-économiques et démographiques fiables ventilées par sexe et par âge sur la population et développement, aux fins d'élaboration, de gestion, de suivi et d'évaluation des stratégies et programmes nationaux, décentralisés et sectoriels (PDSS, PSN, PANAGED...)* de mise en œuvre

(suite)

ANNEXE 4 : Matrice d'évaluation (suite)

du MAP et des OMD » (CPAP, p.9). L'atteinte de cet objectif passait par : « (...) le renforcement des capacités nationales dans la planification, le suivi et évaluation des programmes nationaux et régionaux de développement. (...) Les interventions se feront essentiellement au niveau national. ». Il est associé étroitement au MAP (qui est devenu obsolète avec le changement de régime de 2009).

L'état civil fait parties des éléments stratégiques pour la disponibilité et la fiabilité des données couvertes par la composante P&D qui n'ont pas été pris en compte par le 6^{ème} cycle. « L'enregistrement de l'état civil est censé être obligatoire pour la naissance et le décès. Toutefois, même s'il n'y a pas de données fiables sur le degré de couverture de cet enregistrement, il y a une évidence qui montre que beaucoup sont les événements non enregistrés. Il est néanmoins clair que la couverture est plus élevée dans les grandes villes du pays par rapport à celle du milieu rural. » (COAR 2008, p.15)

Genre

Le MAP qui est le document cadre de développement de Madagascar a été élaboré en respectant le principe de l'approche participative (consultation de tous les acteurs au niveau régional avant la compilation au niveau national) et de ce fait, reflétant les besoins de la population. Les activités stipulées dans le CPAP ont été programmées pour répondre aux engagements et défis du MAP, et par conséquent aux besoins de la population.

Le Produit 1 du CPAP, à savoir « les capacités techniques et institutionnelles du Gouvernement et des organisations de la société civile (OSC) à formuler et à mettre en œuvre les politiques et programmes relatifs au genre pour l'autonomisation de la femme sont renforcées, en particulier dans les zones d'intervention » s'inscrit dans le défi 5 de l'engagement 8 du MAP qui a comme objectif l'accroissement de la participation de la femme dans la vie communautaire et la protection et la promotion des droits de la femme. A cet effet, l'intégration de la dimension genre dans toute action de développement ainsi que la mise en place et le renforcement des capacités de l'institution gouvernementale pour la promotion des conditions féminines (MPAS) menées dans le cadre de ce 6^{ème} programme s'aligne dans ce défi du MAP.

- Le Produit 2 du CPAP, à savoir « la disponibilité de services de counselling, de protection et de référence pour les victimes de violence basée sur le genre est accrue » s'inscrit dans le défi 4, activités prioritaires 3 de l'engagement 8 qui veut assurer la protection juridique des groupes vulnérables, notamment les femmes et les enfants. En effet, la protection juridique est un des attributions des CECJ via son volet « conseil juridique » qui est destiné à une catégorie des femmes vulnérables : les victimes de VBG.
- Le programme est en cohérence avec les documents de politiques nationales en vigueur actuellement, à savoir, le MAP (2007-2012), la PNPF (2000-2015) et le PANAGED (2003-2008), qui sont des documents élaborés de manière participative et assurant une bonne identification des besoins de la population. Faute de nouveaux cadres, ces derniers demeurent le cadre de référence opérationnel pour l'ensemble des acteurs.
- En 2008, comme la plupart des PTF, le FNUAP a aligné ses PTA avec les priorités du MAP. En effet, si le MAP prévoit dans l'engagement « Solidarité nationale » d'une part le Défi 4 : Améliorer l'appui aux pauvres et vulnérables et Assurer la protection juridique des groupes vulnérables notamment les femmes et les enfants et d'autre part le Défi 5 : Promouvoir l'égalité du genre et l'autonomisation des femmes, le programme avait comme objectifs la réinsertion socio-économique des femmes vulnérables et le renforcement de la participation des femmes dans les affaires publiques ainsi que la contribution à l'amélioration du cadre juridique et réglementaire relatif à la prévention et la prise en charge des VBG.
- Le programme est également en conformité avec les composantes du PANAGED qui prévoient l'intégration du genre dans les institutions, les programmes et projets de développement. En effet, le programme fixaient des objectifs en matière de mise à disposition des institutions nationales, régionales, publiques et privées des responsables capables de piloter et d'intégrer le genre dans les politiques cadres de promotion du genre.
- Enfin, le programme du FNUAP s'accorde avec les objectifs de la PNPF. En effet, Les PTA prévus dans le cadre de la promotion de la femme concernent la réalisation d'actions au niveau supra et infra. Au niveau supra, le FNUAP prévoit de renforcer les capacités d'intervention des OSC Femmes en matière de lobbying et de prise de responsabilités dans les affaires publiques. Au niveau infra, le FNUAP a prévu de soutenir l'autonomisation des femmes au niveau des communautés via le renforcement de leurs responsabilités économiques et surtout la réinsertion socio-économique des femmes vulnérables. Ces objectifs définis dans le programme du FNUAP contribuent à la mise en œuvre de la PNPF.

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

Critères de jugement	Indicateurs	Sources d'information	Outils/Méthodes de collecte
CJ1.3 : L'appui du FNUAP à la collecte et au traitement des données démographiques et socio-économiques, ainsi qu'au RGPH et à l'EDS est adapté aux besoins en termes de suivi de la mise en œuvre du MAP et de l'atteinte des OMD.	<ul style="list-style-type: none"> - Les besoins de suivi du MAP et de l'atteinte des OMD ont été identifiés de manière exhaustive - La stratégie d'appui à la collecte et au traitement des données démographiques et socio-économiques est cohérente avec les besoins de suivi du MAP et de l'atteinte des OMD identifiés - La stratégie d'appui à la collecte et au traitement des données démographiques et socio-économiques est cohérente avec la politique nationale de développement de la statistique 	<ul style="list-style-type: none"> - CPAP, PTA de la composante Population et développement - Documents de politique pour les statistiques et la planification - Rapports de suivi FNUAP - Etudes et notes de dossier - Rapports RGPH, EDS4, autres enquêtes 	<ul style="list-style-type: none"> - Revue documentaire - Entretiens auprès du Bureau National et des sous-bureaux - Entretiens auprès des CTP, assistants techniques et points focaux du FNUAP - Entretiens auprès des directions qui mettent en œuvre l'appui du FNUAP - Entretiens avec les responsables des ministères ou EPIC qui bénéficient de la mise en œuvre - Entretiens auprès des services déconcentrés qui bénéficient des appuis - Visites sur site

Le MAP a défini des indicateurs de suivi pour chacun de ses 8 engagements. Le tableau de suivi qui s'en déduit par exemple pour l'engagement 5 : santé, planning familial et lutte contre le VIH/SIDA comporte notamment le taux de consultations externes des centres de santé de base (%), le taux de prévalence contraceptive au sein de la population et parmi les adolescents, le taux d'accouchements au niveau des CSB et CHD (%), le taux de morbidité du paludisme au niveau CSB (%), le taux de mortalité du paludisme en milieu hospitalier en (%), etc. À chaque indicateur est affecté ses valeurs annuelles précédant l'état des lieux de 2006, la valeur de l'état des lieux de 2006, des valeurs-cibles annuelles puis à moyen (SNISE 2012) et long terme (OMD 2015)

Le décret n°2008-524 portant organisation générale du cadre institutionnel du SNISE autorise seulement un affinement méthodologique des indicateurs avec l'appui de l'INSTAT. Le dernier rapport SNISE disponible (2010) modifie cependant profondément la liste des indicateurs, pour s'aligner sur les données sectorielles existantes. Pour ces nouveaux indicateurs, le SNISE n'affecte plus de valeur-cible à moyen et long terme, ce qui en limite fortement sa portée en termes de planification, et donc vecteur de la composante P&D du FNUAP (cf. annexe du Rapport annuel SNISE 2010). Cet ajustement ne compromet pas le suivi des indicateurs des OMD. Cette déviation n'a pas été identifiée dans les PTA qui ont poursuivi sur la lancée initiale de l'appui au SNISE.

Le dispositif institutionnel qui a la charge du suivi de la mise en œuvre du MAP est la Direction du Suivi-Évaluation des Programmes (DSEP) au sein de la Vice-Primature chargée de l'Économie et de l'Industrie (VPEI). Au niveau des services techniques déconcentrés, la Cellule Régionale de Centralisation et d'Analyse (CRCA) assure le secrétariat d'une plateforme régionale qui regroupe les services déconcentrés sectoriels, les entreprises publiques et offices, les cellules de programmes sur financement extérieurs et les ONG. La Directeur régional de l'Économie est responsable de la CRCA. Il est appuyé par la représentation régionale de l'INSTAT. Le dispositif ne dispose pas de moyens spécifiques de fonctionnement, les fonctions de la plateforme et de la Cellule rentrant de fait dans les attributions de chacune des directions impliquées, ce qui n'est pas le cas pour les intervenants privés. Avec l'abandon du MAP comme document de référence pour la planification nationale en 2009, le dispositif de suivi est resté en place sur la base du décret n°2008-524 « portant organisation générale du cadre institutionnel du Système National Intégré de Suivi Évaluation (SNISE) » pris en juin 2008.

La décision des PTF principaux du RGPH 2009 de retirer leur financement au lendemain de la crise de 2009 a suspendu sine die sa réalisation. La Vision intérimaire du SNU décentre l'appui sur les statistiques administratives sectorielles « pour sauvegarder les systèmes d'information des ministères sectoriels à l'instar des ministères de l'éducation, de la santé et de l'agriculture » et reporte sur les enquêtes sectorielles mises en œuvre par l'INSTAT une part des résultats attendus du RGPH (Cf. CJ 1.2). La composante P&D du FNUAP a été fortement réactive par rapport à l'appui à l'INSTAT, qui constituait 80 % du budget disponible. Elle n'a quasiment pas pris en compte le 1^{er} terme de la réorientation qui a partiellement été pris en charge pour le seul Ministère de la Santé Publique (MINSAP) sur le budget SR.

(suite)

ANNEXE 4 : Matrice d'évaluation (suite)

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

Critères de jugement	Indicateurs	Sources d'information	Outils/Méthodes de collecte
CJ1.4 : Les modalités de renforcement des capacités des décideurs par rapport à l'intégration population et développement sont adaptées à leurs besoins et à leurs contraintes	<ul style="list-style-type: none"> - Les besoins en matière de modalités de renforcement des capacités des décideurs par rapport à l'intégration population et développement ont été identifiés de manière exhaustive - La stratégie de renforcement des capacités des décideurs par rapport à l'intégration population et développement est cohérente avec les contraintes propres à chaque secteur, et particulièrement de la santé - La stratégie de renforcement des capacités des décideurs par rapport à l'intégration population et développement est cohérente avec la politique nationale de planification 	<ul style="list-style-type: none"> - CPAP, PTA de la composante Population et développement - Documents de politique pour la planification - Rapports de suivi - Etudes et notes de dossier 	<ul style="list-style-type: none"> - Revue documentaire - Entretiens auprès du Bureau National et des sous-bureaux - Entretiens auprès des CTP, assistants techniques et points focaux du FNUAP - Entretiens auprès des directions qui mettent en œuvre l'appui du FNUAP - Entretiens avec les responsables des ministères ou EPIC qui bénéficient de la mise en œuvre - Entretiens auprès des services déconcentrés qui bénéficient des appuis
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Le CPAP 2008-2011 pose le triple défi des liens entre population et développement dans le processus de développement comme suit : (i) l'insuffisance d'études de cas (evidence based) et (ii) la faible utilisation des universités et institutions supérieures de formation ayant une certaine capacité dans le domaine et (iii) l'absence d'un mécanisme de coordination et de suivi des programmes de développement. De la même manière que pour la disponibilité des données statistiques de base, le diagnostic s'arrête à cette affirmation. Les contraintes sectorielles ou propres aux organisations susceptibles de porter les projets ne sont pas analysés dans ce document, ni dans des diagnostics spécifiques. Il n'y a donc pas de cohérence (démontrable) entre la stratégie de renforcement de capacité des décideurs et leurs besoins, que ce soit globalement, (encore moins) par secteur et par institution (universités et institutions supérieures de formation en particulier). 			

- Il n'y a pas de passerelle particulière entre l'appui à l'amélioration de la disponibilité de données fiables dans le cadre de la composante P&D et le Ministère de la Santé, que ce soit pour le GESIS ou pour CHANNEL. Les faiblesses de ces deux systèmes indispensables à la dimension SR soutenue par le FNUAP sont apparues pourtant importantes pendant la mission de terrain, particulièrement pour le second. Le logiciel de logistique de produits SR au niveau des districts, CHANNEL, a été implanté en 2009 avec des formations dédiées. « *L'année 2009 a vu la mise à l'échelle de l'utilisation de CHANNEL et le renforcement du système logistique des produits SR à travers le renforcement de capacité de personnel de santé de 22 Régions et de 111 districts, la dotation en matériels informatiques et l'approvisionnement en produits de SR.* » (COAR 2009, p.4) Dès la 1^{ère} année, des défis importants ont été identifiés dans la mise en œuvre, par exemple « *Transfert automatique des données logistiques entre le logiciel de comptabilité SAARI et CHANNEL et importation des données des districts par CHANNEL du niveau central* » (COAR 2009, p.17). Défis auxquels doivent s'ajouter des pannes fréquentes des ordinateurs (dues aux conditions d'utilisation et aux utilisateurs).¹³ Des actions palliatives ont été mises en place, notamment de « *Formation sur l'utilisation du logiciel Channel pour les médecins inspecteurs, les responsables SR et les directeurs régionaux de santé pour améliorer la qualité de rapports en SR et surtout éviter la rupture des stocks en intrants SR et PF au niveau des formations sanitaires* » (COAR 2011, p.29) et une convention (en 2010) avec la Service Exploitation et Maintenance (SEM) du Ministère de la Santé (assistance matérielle et maintenance). Le taux de rapportage est estimé à 15-20 % par la DSI (confirmé par la mission de terrain à Tuléar où Channel est fonctionnel dans seulement 2 districts sur 9), ce qui enlève beaucoup de son utilité au dispositif. Les difficultés identifiées en 2009 ont largement perdurées et se sont aggravées dans la mesure où le surcroît de travail (de saisie et de validation) ne s'est pas traduit en une amélioration notable de la disponibilité des produits SR au niveau des districts et a fortiori des CSB. Le parc d'ordinateurs dédiés à CHANNEL manque d'entretien, le service ne disposant pas des ressources financières pour effectuer plus de 2 missions par an sur le terrain. L'estimation du SEM est que 75 % du parc n'est pas fonctionnel à des degrés divers (confirmé lors des missions de terrain à Tuléar et Antsohihy) et que la majorité des utilisateurs ne disposent pas d'une formation adéquate pour utiliser les machines. Les coupures d'électricité dans certaines régions et l'absence d'accès à internet¹⁴ sont d'autres facteurs limitant. Une réorientation stratégique a été arrêtée en juin 2012 qui comporte l'amélioration des fonctionnalités du logiciel CHANNEL (sur appel d'offres de la Direction du Système d'Information), une réorganisation et surtout l'institutionnalisation du dispositif par arrêté et notes de service. Il est attendu en particulier que les résultats au niveau de CHANNEL soient pris en compte dans l'évaluation annuelle des médecins inspecteurs et des directeurs régionaux ce qui identifie bien rétrospectivement les responsabilités. Le dispositif de suivi et de programmation du FNUAP ne fait pas mention de ces difficultés depuis 2009.
- Les rapports de suivi du partenaire d'exécution ne fournissent pas non plus d'éléments de cohérence entre la stratégie et les besoins.
- La Vision stratégique 2010-2011 du SNU n'apporte pas d'éléments supplémentaires. A ce diagnostic correspond le produit « *Les capacités des décideurs et des institutions clefs de mise en œuvre en charge d'élaboration des programmes de développement aux niveaux central et régional pour reconnaître les liens entre population et développement sont renforcées.* » dans le CPAP. Le lien terme à terme est relativement faible et le contenu gagne à être mis en perspective avec le budget de 195 909 \$ sur 4 ans (2008-2011) ou de 130 606\$ sur 6 ans (extension jusqu'en 2013).
- L'atteinte du renforcement des capacités des décideurs et des institutions-clés (projet 6P11A) devait être recherchée en développant 4 stratégies : « *la conduite des recherches orientées vers l'action sur les liens population/développement et plaidoyer* », « *le renforcement des capacités techniques en matière d'intégration des questions de population, SR et genre dans les programmes sectoriels du MAP* », « *le développement des partenariats avec les institutions nationales et régionales de recherche ou de formation pour l'assistance technique* » et « *la mise en place de mécanismes de coordination des différents intervenants dans le secteur de Population-Développement* » (CPAP, p.16). À chacune de ces stratégies correspond un nombre variable d'actions (de 1 à 5) qui ne renvoient pas à un diagnostic des besoins, ni d'ailleurs à leur faisabilité technique et financière. La mise en œuvre ultérieure (PTA) des activités de ce volet de la composante P&D n'a qu'un rapport lointain et anecdotique avec ce cadre stratégique, comme par exemple le travail avec une plateforme religieuse (PLEROC et un réseau de journalistes.

(suite)

¹³ Voir le critère de jugement 2.1

¹⁴ Le FNUAP a mis en place un projet pilote de fourniture d'un modem avec crédit prépayé dans 50 districts (10 Mo/mois, 55 000 Ar/trimestre) qui donne de bons résultats.

ANNEXE 4 : Matrice d'évaluation (suite)

Les PTA du projet 6P11A entre 2008 et 2011 ont varié chaque année de format et de contenu, ce qui en rend difficile l'analyse de la cohérence de leurs activités et des ajustements apportés. Les ajustements ne sont pas mis en évidence et ne sont pas justifiés par une évolution des besoins en matière de renforcement de capacité. De manière schématique, les deux 1ère années se sont focalisées sur la vulgarisation de l'approche de planification à tous les niveaux, jusqu'au niveau communal, avec des actions de sensibilisation plutôt que de formation (du fait de l'absence de répétition et de suivi des acquis). Les années suivantes ont pris acte du report des échéances de la décentralisation, et donc de la disparition des Plans de développement régionaux (PDR) et des Plans de développement communaux (PDC), et se sont focalisés sur la formation des planificateurs sectoriels (et de responsables de coopératives), des conférences-débat en région (animées par l'AT auprès de la DMP) et d'études (3) circonstancielles.

Le lien entre la stratégie développée progressivement par le FNUAP pendant la période de référence et la politique nationale en matière de planification, et plus particulièrement de liens entre population et développement dans le processus de développement, s'est considérablement distendu. À partir d'un point de départ de forte cohérence entre le MAP et le CPAP, les interventions du FNUAP en sont venues à préparer une après-transition politique, quand logiquement les instances étatiques retrouveront leurs attributions planificatrices. Cette perspective étant liées à la tenue des élections (2013, 2014), elles sont entièrement décalées par rapport à la politique nationale. Le contenu des actions de formation (et leur niveau très basique), de sensibilisation et des études ne prête pas à controverse et constitue potentiellement une contribution à l'intégration des liens P&D dans la prise de décision en matière de politiques publiques.

Critères de jugement	Indicateurs	Sources d'information	Outils/Méthodes de collecte
CJ1.4 : Les objectifs et produits définis dans le CPAP dans le domaine du genre correspondent aux orientations de la PNPf et du PANAGED	<ul style="list-style-type: none"> - Les produits stipulés dans le CPAP répondent aux objectifs évoqués dans ces documents de références - Les réorientations du SNU face à la crise ne mettent pas en cause la cohérence entre le CPAP et les documents de référence 	<ul style="list-style-type: none"> - Ministère de la Population - Document PANAGED - Document PNPf - Document CPAP - Documents UNDAF 	<ul style="list-style-type: none"> - Entretien avec le DG chargé du genre au sein du MPAS - Entretien avec la chargée du programme Genre FNUAP - Analyse documentaires
<ul style="list-style-type: none"> • Le programme est en cohérence avec les documents de politiques nationales en vigueur actuellement, à savoir, le MAP (2007-2012), la PNPf (2000-2015) et le PANAGED (2003-2008), qui sont des documents élaborés de manière participative et assurant une bonne identification des besoins de la population. Faute de nouveaux cadres, ces derniers demeurent le cadre de référence opérationnel pour l'ensemble des acteurs. • En 2008, comme la plupart des PTF, le FNUAP a aligné ses PTA avec les priorités du MAP. En effet, si le MAP prévoit dans l'engagement « Solidarité nationale » d'une part le Défi 4 : Améliorer l'appui aux pauvres et vulnérables et Assurer la protection juridique des groupes vulnérables notamment les femmes et les enfants et d'autre part le Défi 5 : Promouvoir l'égalité du genre et l'autonomisation des femmes, le programme avait comme objectifs la réinsertion socio-économique des femmes vulnérables et le renforcement de la participation des femmes dans les affaires publiques ainsi que la contribution à l'amélioration du cadre juridique et réglementaire relatif à la prévention et la prise en charge des VBG. • Le programme est également en conformité avec les composantes du PANAGED qui prévoient l'intégration du genre dans les institutions, les programmes et projets de développement. En effet, le programme fixaient des objectifs en matière de mise à disposition des institutions nationales, régionales, publiques et privées des responsables capables de piloter et d'intégrer le genre dans les politiques cadres de promotion du genre. • Enfin, le programme du FNUAP s'accorde avec les objectifs de la PNPf. En effet, Les PTA prévus dans le cadre de la promotion de la femme concernent la réalisation d'actions au niveau supra et infra. Au niveau supra, le FNUAP prévoit de renforcer les capacités d'intervention des OSC Femmes en matière de lobbying et de prise de responsabilités dans les affaires publiques. Au niveau infra, le FNUAP a prévu de soutenir l'autonomisation des femmes au niveau des communautés via le renforcement de leurs responsabilités économiques et surtout la réinsertion socio-économique des femmes vulnérables. Ces objectifs définis dans le programme du FNUAP contribuent à la mise en œuvre de la PNPf. 			

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

Critères de jugement	Indicateurs	Sources d'information	Outils/Méthodes de collecte
CJ1.5 : Les activités du FNUAP en matière de SR, P&D et Genre au niveau régional sont cohérentes avec les orientations stipulées dans la Programme National de décentralisation et de déconcentration (2006-2015) et sont adaptées aux enjeux régionaux.	<ul style="list-style-type: none"> Les modalités d'action du FNUAP sont différenciées selon les régions pour tenir compte des enjeux régionaux Les modalités d'action du FNUAP sont en région sont cohérentes avec l'organisation de la déconcentration administrative Les modalités d'action du FNUAP sont en région sont cohérentes avec le degré de mise en œuvre de la décentralisation 	<ul style="list-style-type: none"> CPAP, PTA des trois composantes du FNUAP Documents de politique de décentralisation Rapports de suivi du Bureau national et des sous-bureaux Etudes et notes de dossier 	
<p>SR</p> <ul style="list-style-type: none"> Le FNUAP, malgré les restrictions dues à la crise politique, a continué à collaborer avec le ministère de la santé au niveau central et avec les régions, en particulier avec les régions « quick wins ». Dans les 6 régions « quick wins » le FNUAP a mis en place des médecins d'appui afin de soutenir la direction Régionale de la santé pour la mise en œuvre des activités de SR (Planification familiale, SONU, SRA). Ce renforcement du niveau régional est une étape dans le renforcement des capacités régionales. Toutefois malgré le fait que le secteur de la santé ait été un des premiers à être décentralisé (2003 -2004) le système reste très centralisé et même les mouvements de personnels sont avalisés par le niveau national (inter régions). L'implication des régions et districts dans l'élaboration du plan SONU a aidé à une implication importante des structures décentralisées dans les décisions concernant l'amélioration de services SONU dans chaque région. <p>P&D</p> <ul style="list-style-type: none"> Les défis à l'échelle des régions et des communes sont identifiés spécifiquement dans la stratégie nationale. Ils se déduisent logiquement de l'ampleur des carences identifiées au niveau central, déconcentré et pour les collectivités territoriales mais les éléments de diagnostic ne sont pas développés dans le CPAP (ni a fortiori les PTA). La mise en suspens de la planification décentralisée à partir de 2009 a exclu progressivement les collectivités territoriales du champ d'intervention du FNUAP. « La non effectivité de la décentralisation surtout pour les allocations des ressources humaines, matériels et financières aux régions nouvellement érigées ainsi que la capacité limitée au niveau décentralisé constituent une barrière pour l'atteinte des objectifs. » (COAR 2008, P5) En matière de P&D, la sélection des zones de concentration du FNUAP (régions quick-wins) ne correspond pas à des besoins spécifiques, hormis ceux auxquels il pourrait être mieux répondu par une plus grande effectivité des liens entre population et développement dans le processus de planification du développement. Les services déconcentrés de toutes les régions et districts du pays souffrent également des mêmes carences de compétences et de moyens (confirmé par les missions sur le terrain à Tuléar et à Antsohihy). La dimension P&D est d'ailleurs définie dans le CPAP et la vision stratégique pour être mise en œuvre au niveau national. Pour la composante P&D, le niveau d'action a été défini comme national par le CPAP et la Vision intérimaire. Les actions sont donc conçues au niveau central et leur contenu n'est pas décliné en fonction des particularités régionales ou des situations particulières des Directions Régionales de l'Économie ou de l'INSTAT. Les représentants des différentes régions ont été réunis par exemple à Antsirabe et à Diégo pour la formation sur la planification orientée vers les résultats. Des initiatives ont été prises pour adapter les matériaux de formation au publics concernés par la décentralisation, en présentant en malgache et en simplifiant les dimensions trop techniques. Il n'en va pas de même pour la sensibilisation aux liens P&D à travers des conférences-débats, pour lesquelles des consultants locaux ont été recrutés, sur la base de TDR rédigés par l'AT auprès de la 			

(suite)

ANNEXE 4 : Matrice d'évaluation (suite)

VPEI, pour introduire les dimensions régionales, par exemple à Antsohihy en 2010. De plus, avec la mise en suspend en 2009 de la décentralisation, les interventions de la FNUAP pour la composante P&D se sont ajustées en réorientant les activités de sensibilisation du projet 6P11A sur les directions régionales et les coopératives. Les retards de mise en place des CCAR en 2010 et 2011, liés au dynamisme de chaque exécutif régional pour prendre l'arrêté de constitution qui découle du décret n° 2008-524 « portant organisation générale du cadre institutionnel du SNISE » ont contribué à réduire la capacité du FNUAP à soutenir l'échelon régional dans son appui au SNISE. Or la remontée des données administratives qui étaient attendues de ces plateformes régionales est naturellement un préalable à la complétude et la viabilité du SNISE.

Genre

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

Critères de jugement	Indicateurs	Sources d'information	Outils/Méthodes de collecte
CJ1.6 La planification annuelle du FNUAP tient compte des orientations du programme intérimaire des Nations Unies (opérationnalisation d'un cadre intérimaire)	<p>La stratégie d'appui à la collecte et au traitement des données démographiques et socio-économiques est cohérente avec les orientations du programme intérimaire des NU</p> <ul style="list-style-type: none"> - La stratégie de renforcement des capacités des décideurs par rapport à l'intégration population et développement est cohérente avec les orientations du programme intérimaire des NU <p>Le contenu des PTA a évolué après l'adoption du programme intérimaire</p>	<ul style="list-style-type: none"> - PTA - Programme Intérimaire des Nations Unies à Madagascar 2012-2013 - CPAP, PTA - Rapports de suivi - Entretiens avec l'équipe du FNUAP 	<ul style="list-style-type: none"> - Analyses documentaire - Réunion de groupe avec les Responsables thématiques au sein du FNUAP Madagascar
SR			
<ul style="list-style-type: none"> • Suite à la crise sociopolitique et économique et en l'absence de cadre de politique nationale bien défini, le Système des Nations Unies (SNU) a préparé un UNDAF Intérimaire pour la période transitoire 2012-2013, en attendant un retour à l'ordre constitutionnel afin de répondre aux priorités de développement du pays. Dans ce plan cadre la composante SR du FNUAP contribue à 2 des 5 axes programmatiques: la protection des couches vulnérables et des populations à risque, y compris la gestion des catastrophes; et l'accès aux services sociaux de base dans les domaines de l'éducation, de la santé. Ce n'a pas entraîné de refonte importante de la composante SR. Le Programme intérimaire des Nations Unies vise à soutenir les « populations vulnérables, à savoir : les enfants, les jeunes, les femmes, les personnes souffrant de handicaps et les groupes marginalisés ».¹⁵ • En ce qui concerne les effets du secteur santé les interventions SR s'inscrivent dans le programme intérimaire comme suit : Effet 1 : Le Ministère de la Santé avec les parties prenantes met en place l'opérationnalisation d'un cadre intérimaire de politique et de coordination du secteur santé 			

¹⁵ République de Madagascar, Système des Nations Unies, Programme Intérimaire des Nations Unies à Madagascar 2012-2013

Effet 2 : Le Ministère de la Santé au niveau central, avec les Directions Régionales et Districts sanitaires, assure que les services préventifs, curatifs et promotionnels sont utilisés par la population, en particulier les groupes vulnérables dans les zones d'intervention

Effet 3 : Le Ministère de la Santé au niveau central avec les Directions Régionales et Districts sanitaires maîtrise et suit l'évolution des principales maladies transmissibles ainsi que de celles à tendance épidémique

- Dans le Programme Intérimaire des Nations Unies, les interventions du FNUAP en matière de SR sont beaucoup claires que dans le cadre UNDAF. Ceci semble être le résultat d'un positionnement plus clair de la part du bureau pays.
- Afin de maintenir le fonctionnement des services de santé publique, en général, et des institutions sanitaires publiques et privées dans le pays pour la fourniture des services de santé de base le SNU prévoit un soutien à la chaîne d'approvisionnement, à la gratuité dans les zones vulnérables, et à la fourniture des services essentiels aux populations les plus défavorisées dans les zones prioritaires à travers les stratégies avancées et mobiles (outreach) de santé, de santé reproductive. Le FNUAP s'inscrit tout à fait dans cette approche. Il prévoit la mise en place d'un cadre intérimaire de politique et de coordination du secteur santé

P&D

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

Genre

- Pour la composante Genre, aucun réajustement des activités stipulé dans le CPAP n'a été nécessaire dans la mesure où les activités qu'on a menées dans le CPAP répondent déjà aux effets programmes du Programme Intérimaire des Nations Unies
- L'effet programme Gouvernance du Programme intérimaire des Nations Unies « Les acteurs judiciaires et parajudiciaires protègent et appliquent les droits liés à l'interdiction de la torture et des mauvais traitements, aux violences à l'encontre des femmes et des enfants, incluant la traite des personnes et le tourisme sexuel » ainsi que l'effet programme Protection « Les groupes de population exposés aux abus, violence, exploitation et discrimination ont accès et utilisent les services de prise en charge, notamment dans les zones d'intervention prioritaires » sont traités dans les deux produits du CPAP notamment le Produit 2 relatif à la VBG qui stipule que « la disponibilité de services de counselling, de protection et de référence pour les victimes de violence basée sur le genre est accrue ».

(suite)

ANNEXE 4 : Matrice d'évaluation (suite)

QE2 :

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

Critères de jugement	Indicateurs	Sources d'information	Outils/Méthodes de collecte
CJ.2.1 : L'accès à des services de SR et de PF de qualité s'est amélioré et l'utilisation de ces services par la population-en particulier les groupes les plus vulnérables s'est accru dans les zones d'intervention du programme	<ul style="list-style-type: none"> - augmentation des accouchements assistés par un personnel qualifié, - augmentation de la prévalence contraceptive - réduction des taux de fertilité chez les adolescents 	<ul style="list-style-type: none"> - CPAP PTA, rapports - Enquêtes Démographiques de Santé - Enquête auprès des ménages - Documents stratégiques et politique de santé - Etudes réalisées dans le domaine de la santé de la reproduction - Entretiens avec l'équipe du FNUAP et les partenaires d'exécutions au niveau central, régional, des districts et des formations sanitaires (public et non gouvernemental) - Entretien avec les PTF - Discussions avec les bénéficiaires 	<ul style="list-style-type: none"> - Analyses documentaire - Entretiens avec les Responsables des différents départements Ministériels - Entretien avec des gestionnaires des services de santé et des prestataires à différents niveaux - Entretien avec PTF et ONG - Entretien avec les responsables thématiques de la SR au sein du FNUAP Madagascar - Discussion de groupe - Observation des services de santé

Au niveau national les données disponibles sont celles des EDS 3 (2003-2004) et EDS 4 (2008 -2009). Les indicateurs de Santé de la Reproduction montrent une évolution très positive. En particulier en ce qui concerne la planification familiale. En Septembre 2007, le Gouvernement a décrété que tous les contraceptifs seraient gratuits pour les clients du secteur public: l'Indice Synthétique de Fécondité (ISF) et les besoins non satisfaits en PF ont diminué et la prévalence contraceptive a augmenté. Bien qu'il n'y ait pas de données disponibles pour la période du CPAP, ceci démontre une dynamique positive pour l'évolution des indicateurs de SR; Le 6^{ème} programme a été élaboré dans l'esprit de cette dynamique positive.

Indicateur	2004 (EDS 3)	2009 (EDS 4)
Indice Synthétique de Fécondité (ISF)	5,2	4,8
Méthode contraceptive: toutes les méthodes (%)	27,1	39,9
Méthode contraceptive: Méthode moderne (%)	18,3	29,2
Besoins non satisfaits en PF (%)	24,5	19,0
Accouchements avec personnel formé (%)	51,3	43,9*
Accouchement dans une formation sanitaire (%)	30,5	34,8
Taux de mortalité infantile (/1000)	70	53
Taux de mortalité néonatale (/1000)	34,0	24,0
Taux de mortalité maternelle	469	498

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

Santé maternelle

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

- Au niveau **central**, avec l'introduction du Fond Thématique pour la Santé Maternelle (FTSM / MHTF) en 2009 plusieurs types d'appui ont été apportés par le FNUAP en collaboration avec les autres partenaires (OMS) :
- Evaluation SONU
- Plan SONU
- Révision du module de formation SONU a été adapté et servira pour la formation des sages femmes et des étudiants dans les IFP et formation des enseignants et des tuteurs sur les modules revus. Support à 6 IFP et à l'école privée des paramédicaux(en collaboration avec d'autres PTF). Des matériels didactiques ont été offerts à la DIFP pour les IFPs publics et pour le SMSR.
- Production et diffusion de posters de protocoles SONU pour les formations sanitaires
- Manuel de suivi SONU développé sur la base des indicateurs internationaux
- Guide et grille de supervision Intégrée - Bureau De Santé Du District : Centre de Santé de Base
- L'audit des décès maternels a été introduit et suivi dans les établissements hospitaliers (CHU Mahajanga, Toamasina, Fianarantsoa, centre hospitalier régional de référence CHRR Toliara, Ambositra, Fénériver Est, centre hospitalier de district CHD II Itaosy, Moramanga). La surveillance épidémiologique des décès maternels a été instituée par la mise en place de sites sentinelles dans les districts de Toliara II, de Fénériver Est, Moramanga, Itaosy, Ambositra. Un Comité National de l'Audit de Décès Maternel a été créé en 2010.
- L'ordre des sages-femmes a été régi par une succession de médecins pendant 49 ans. La présidence est remise en 2012 à une sage-femme qui apprend à mieux visibiliser la profession. L'association es sages femmes vient récemment de faire partie de « l'International Confederation of Midwives ». Elle a aussi récemment signé une convention de partenariat avec le Ministère de la Santé afin de faire valoir ses droits et prouver ses obligations quant à son mandat de promouvoir la profession sage-femme. le renforcement des capacités en plaidoyer des 14 sages femmes responsables de communication (membres de l'association et membres des conseils de l'ordre des sages femmes nationaux et régionaux). Célébration de la journée internationale de la sage femme.
- L'élaboration et la réactualisation des textes régissant la formation et la profession de sage femme pour les recentrer sur l'amélioration de la santé maternelle et néonatale.
- Formation en chirurgie obstétricale de médecins généralistes et d'infirmier anesthésiste dans le cadre de la mise à l'échelle des capacités de prise en charge en SONUC selon un plan de répartition des ressources humaines du secteur publique (FTSM)

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

(suite)

¹⁶ Rapport conjoints fonds thématiques 2010

¹⁷ ATLAS, Rapport conjoints fonds thématiques

ANNEXE 4 : Matrice d'évaluation (suite)

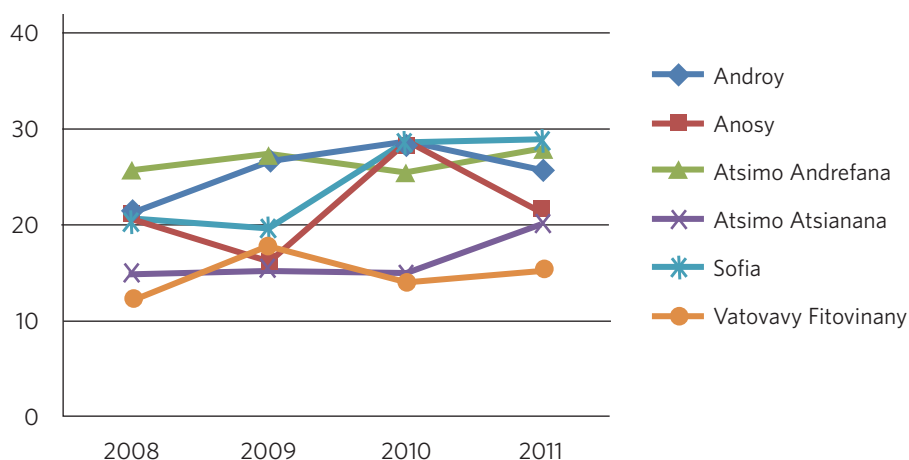
Les fonds régulier du FNUAP ont été utilisés pour l'achat d'équipement, d'intrants, pour des formations spécifiques et pour co-financer certaines interventions planifiées avec des fonds thématiques.¹⁷

Le FNUAP grâce à l'appui qu'il apporte à la formation des sages femmes va contribuer à augmenter le volume des sages-femmes dans le pays. Toutefois un certain nombre de contraintes été identifiées qui peuvent être contreproductives. Par exemple le Direction des Ressources Humaines (DRH) n'est pas en mesure d'employer toutes les sages femmes formées bien qu'il y ait eu un accord au moment de la formation sur le nombre de sages femmes qui pouvait être absorbées dans le système de santé; ceci à cause du budget qui n'a pas été mis à disposition par le Ministère des Finances. De plus il n'y a que peu de coordination entre les différents départements du ministère de la santé. Par exemple, la DRH a établi des besoins en sages femmes qui ne sont pas estimés sur la base de l'évaluation SONU (qui s'est effectuée avec la DSME) ou encore le déploiement et de rétention de ces sage femme n'est pas planifié (malgré une revue documentaire réalisée en 2009¹⁸) ou encore la DRH souhaite former des infirmiers en SONU en formation continue alors que cela ne correspond pas aux critères de sélection pré établis par la DSME.

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

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

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



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

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

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

¹⁸ Revue documentaire de la profession sage-femme dans le secteur privé et public, 2009

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

	Androy	Anosy	Atsimo Andrefana	Atsimo Atsianana	Sofia	Vatovavy Fitovinany
Nombre de districts	4	3	9	5	7	6
Nombre de structures dont le personnel a été formé en SONU (SONUC/SONUB)	9	16	59	7	9	23
Nombre de structures ayant reçu équipement SONU (SONUC/SONUB)	9	7	58	7	9	23
Nombre de structures qui ont bénéficié de la présence d'une sage-femme contractuelle (FNUAP)		3	12+3 VNU	2		7

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

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

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

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

- dans certaines structures (CHD or CSB) les agents de santé avaient été formés en SONU mais ne savaient pas se servir de certaines pièces d'équipement livrées. Par exemple les concentrateurs d'oxygène et es ambus étaient encore dans leur emballage. Les ambus pour nouveau né et les sondes à aspiration n'étaient pas disponibles malgré le fait que la formation des prestataires porte également sur la réanimation du nouveau né. certaines structures (y compris les structures de références SONUC) ne possèdent pas de matériel essentiel (par exemple le CHRR de référence SONUC d'Ansuhihi n'as pas une table d'accouchement correcte)
- l'acheminement des matériels entre le PhaGDis et les centre de santé de base (CSB) dépend du personnel du CSB (qui est parfois distant à plus de 100 km)
- la fréquente mutation des personnes formées (surtout) pendant la vague de formation de 2009 ne permet pas de maintenir le personnel à leur poste (pouvoir de décision imité au niveau de la région). Il n'existe pas de base de données du personnel et de leur formation.
- si la plupart des prestataires rencontrés pratique la GATPA, l'utilisation du partogramme est loin d'être systématique par manque de fiches ou manque de 'temps'
- les mécanismes de suivi du plan SONU ne sont pas clairs
- manque de collaboration avec les communautés pour établir des systèmes de transports ou pour motiver les femmes afin d'accoucher dans les structures de santé
- Certains intrants en santé maternelle ne sont pas disponibles au niveau des CSB.-Il y a avait de l'ocytocine dans toutes les structures visitées. mais pas toujours gratuitement (selon la provenance) Par contre il n'y avait pas de sulfate de magnésie.

(suite)

ANNEXE 4 : Matrice d'évaluation (suite)

La maternité Marie Stopes Madagascar de Tuléar a délivré gratuitement aux femmes les plus défavorisées, des services de maternité sans risque (MSR) comme des consultations pré natales (CPN), des échographies, des analyses et des accouchements (voie basse et OC). Cette action répond aux besoins des populations vulnérables mais reste ponctuelle, et crée des attentes auxquelles les services de santé ne peuvent pas répondre¹⁹.

Tiers payant : En 2008 et 2009 le FNUAP a contribué à la mise en œuvre du système tiers payant (STP) dans la zone de Sud Est de Madagascar (fond de prise en charge universelle pour les soins obstétricaux et néonataux et d'urgence) en appuyant la prise en charge des urgences obstétricales et néonatales par le système tiers payant. Plusieurs femmes malgaches ont bénéficié d'accouchements gratuits à travers de cette initiative. Toutefois les données chiffrées ne sont pas disponibles de façon systématique. De plus la mise à l'échelle du système tiers payant n'a pas été possible due au manque des ressources financières.²⁰

Autres activités :

- En 2010 le FNUAP en collaboration avec l'OMS a appuyé le dépistage et la prévention du cancer du col de l'utérus dans au niveau de 5 districts dans 5 régions avec la mise en place de 35 centres de dépistage dont 4 centres de cryothérapie, la formation de 85 agents de santé formés au dépistage et 200 agents communautaires formés pour sensibiliser. Entre 2007 et 2011 des dépistages ont été effectués auprès de 7600 femmes. Des lésions précancéreuses ont été dépistées auprès de 8% des femmes examinées et des cryothérapies effectuées auprès de 49% d'entre elles.
- Fistule obstétricale : Le FNUAP a collaboré avec le Ministère de la Santé et des ONG (SALFA) en ce qui concerne le dépistage, le traitement et la réinsertion des femmes souffrant de fistules obstétricales. En 2008, le bureau pays a initié la prise en charge d'une dizaine de fistuleuses au niveau de 2 hôpitaux confessionnels et de réaliser également un film pour le plaidoyer. Les résultats obtenus ont été très encourageant car 90% des cas ont été totalement réparés. En 2009, 10 médecins (6 publics et 4 privés) ont été formés en chirurgie réparatrice de fistules obstétricales, et par la suite, 29 fistuleuses ont été réparées avec l'appui du FNUAP durant l'année 2009
- Le nombre de centres de traitement est de 6 en 2010 et le nombre de femmes traitées et bénéficiant de réinsertion sociale est de 100 en 2010.²¹
- En 2011 une campagne a été organisée pour traiter les fistules obstétricales : 104 femmes ont été opérées au CHRR. La campagne a permis la formation de chirurgiens (3 chirurgiens de l'hôpital) et de sages femmes (formation théorique et pratique). Le FNUAP a financé la campagne : réhabilitation de la maternité et du service d'urgence ; réhabilitation également du bloc opératoire, mais il n'est pas opérationnel (le devis ne prévoyait pas l'adduction d'eau), fourniture de matériels et consommables (kits d'accouchement et kits d'OC, parfois, le petit matériel était manquant). MSIS s'est occupée du recrutement des femmes souffrant de fistules et la CRM s'est occupée de l'hébergement. Pendant la campagne fistule, 2 experts internationaux ont assisté les chirurgiens de l'hôpital ; ont apporté leurs «boîtes à fistules» (matériel de «réparation») puis sont repartis avec leurs boîtes. Le FNUAP avait promis des boîtes : à ce jour elles n'ont toujours pas été fournies.²² Pas de bloc non plus pour opérer et les "fistuleuses" qui se présentent ne peuvent être prises-en-charge que si le bloc des urgences est disponible. En mai 2012 une mission conjointe entre la consultante SM FNUAP et la direction de la santé de la mère et de l'enfant (Ministère santé) a été organisée pour le suivi des résultats de la campagne. Une évaluation, effectuée en août 2011, a observé que la campagne a permis de traiter avec succès 66 FFO soit 63,46% des FFO traitées. Des réparations au nombre de 15 ne sont que partiellement réussies soit 14,42 %. On a enregistré 23 cas d'échecs de traitement soit 22,11 %.²³
- La première campagne nationale de 30 jours pour l'éradication de fistules obstétricales (FO) a permis la sensibilisation de la population vulnérable (environ 4 millions de femmes en âge de procréer), la formation de 14 médecins en chirurgie réparatrice pour les FO, et le développement d'un film documentaire sur la campagne.
- En 2011 le FNUAP a financé l'élaboration de la stratégie nationale pour l'éradication de fistule obstétricale qui a été validée.

Planification familiale

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

¹⁹ Rapport annuel Marie Stopes 2010

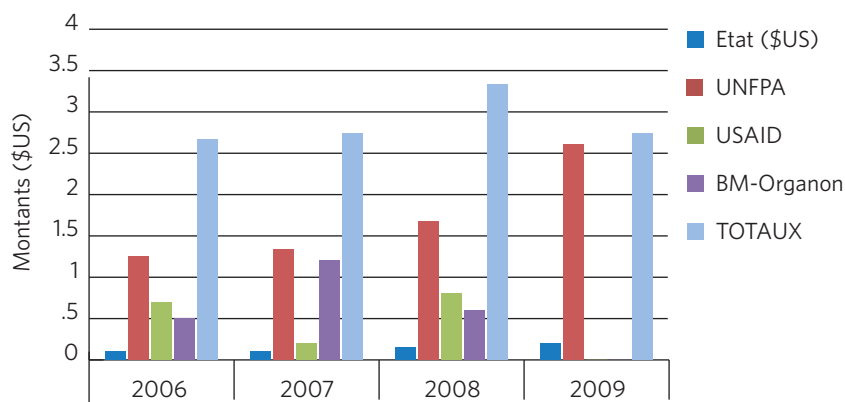
²⁰ COAR 2009

²¹ Rapport conjoint FTSR. Ce rapport cite le nombre de 80 également.

²² Entretien avec les prestataires formés

²³ Ministère de la Santé Publique, UNFPA, Évaluation de la campagne pour l'éradication de la fistule obstétricale à Madagascar, rapport d'évaluation, Août 2011

Contribution des partenaires en complément de celle de l'Etat dans l'achat des contraceptifs par rapport aux besoins nationaux



Source : MINSAN/DSMER

Le programme mondial a apporté des contributions importantes dans la fourniture de produits PF (les seuls contraceptifs disponibles dans le secteur public sont ceux fournis par le FNUAP) et dans le renforcement des capacités, avec la majeure partie des fonds du programme mondial dépensés sur les produits. Les produits fournis par les programme mondial sont essentiellement des contraceptifs, y compris les contraceptifs oraux (22 % de la valeur totale), les injectables (50 % de la valeur totale), les implants (27 % de la valeur totale), le préservatif (moins de 1 % de la valeur totale), et peu de DIU (seulement 0,1 % de la valeur totale). Le renforcement des capacités a inclus les travaux sur SIGL (CHANNEL) et le renforcement du système d'approvisionnement national (SALAMA).²⁴

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

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

Depuis 2009, le FNUAP a recruté un Conseiller International en Sécurisation des Produits de Santé de la Reproduction et un logisticien pour renforcer la capacité de SALAMA en ressources humaines de qualité.

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

(suite)

²⁴ HLSP, Mid term review of the UNFPA Global Programme to Enhance Reproductive Health Commodity Security (GPRHCS), Madagascar case study, 2011

ANNEXE 4 : Matrice d'évaluation (suite)

En 2008 le logiciel de logistique de produits SR, CHANNEL, a été introduit pour la gestion des intrants de santé. CHANNEL, a été implanté au niveau des districts, en 2009 : « *L'année 2009 a vu la mise à l'échelle de l'utilisation de CHANNEL et le renforcement du système logistique des produits SR à travers le renforcement de capacité de personnel de santé de 22 Régions et de 111 districts, la dotation en matériels informatiques et l'approvisionnement en produits de SR.* »²⁵ :

- Formation sur le software de gestion des intrants de santé CHANNEL au Sénégal en 2008
- 36 responsables formés sur l'utilisation du software CHANNEL en 2008
- Formation des 22 Responsables Régionaux de la Gestion des intrants de Santé en gestion logistique et en utilisation du logiciel CHANNEL, en juin 2009
- Formation de 299 personnes en utilisation du logiciel CHANNEL en utilisation du logiciel CHANNEL dans les 111 districts des 22 régions (entre 2 et 3 personnes par district : médecin, responsable SR, PhaGDis or PHANOME)
- Elaboration du Plan Opérationnel sur l'utilisation de CHANNEL Novembre 2010
- Outils de collecte de données logistiques conçus et validés
- Réactualisation des Manuels de gestion des Intrants de Santé et des Finances dans les PHAGDIS et PHAGECOM, avril 2009 et traduction en version malagasy et multiplication de 3400 exemplaires pour les gestionnaires et les prestataires de services à tous les niveaux en 2011
- Implication et orientation de 22 responsables régionaux de la gestion des intrants et orientés (22 Directeurs régionaux de la santé Publique ainsi que les 112 médecins inspecteurs en utilisations de CHANNEL en 2011.
- Dotation des 22 Responsables Régionaux de la Gestion des Intrants de santé en matériels informatiques (ordinateurs complets), 10 en 2010 et 12 en 2011. Une convention de collaboration avec le Département du Système d' Information (DSI) a été signée pour la maintenance et pour la bonne marche des matériels informatiques octroyés par le FNUAP. Réalisation de l'Enquête sur l'évaluation périodique du système logistique et d'approvisionnement dans les 22 régions, décembre 2010
- Voyage d'études et visite du port de Toamasina sur le processus d'embarquement et d'enlèvement des Intrants de Santé
- Le logiciel est aussi utilisé au niveau de trois ONG (FISA, SALFA et SAF/FJKM)²⁶. La supervision Channel a été réalisée dans 11 régions sur 22 (soit 50 %)

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

- Importation des données des districts par CHANNEL du niveau central ;
- Implication des Directeurs régionaux et des médecins chefs de districts dans l'utilisation et le suivi de CHANNEL aux niveaux décentralisés ;
- Mobilité fréquente des personnels impliqués dans la mise en œuvre du plan stratégique en SPSR ne permettant pas une appropriation des interventions planifiées
- Non fonctionnalité des comités logistiques SR/PF mis en place, surtout aux niveaux décentralisés ;
- Inexistence d'un plan de suivi/supervision intégré pour le suivi de la gestion logistique des produits de santé de la reproduction. »²⁷(COAR 2009, p.17)

Auxquels doivent s'ajouter des pannes fréquentes des ordinateurs (dues aux conditions d'utilisation et aux utilisateurs). Des actions palliatives ont été mises en place, une convention (en 2010) avec la Service Exploitation et Maintenance (SEM) du Ministère de la Santé (assistance matérielle et maintenance) et des« *Formations sur l'utilisation du logiciel Channel pour les médecins inspecteurs, les responsables SR et les directeurs régionaux de santé pour améliorer la qualité de rapports en SR et surtout éviter la rupture des stocks en intrants SR et PF au niveau des formations sanitaires* »²⁸

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

Cette situation est liée à

- la fragilité du matériel (relativement bas de gamme), onduleurs compris, notamment par rapport à la mauvaise qualité du courant électrique;
- aux erreurs de manipulation des utilisateurs (manque de formation initiale);

²⁵ COAR 2009, p.4

²⁶ Entretien avec le personnel FNUAP

²⁷ COAR 2009, p.17

²⁸ COAR 2011, p.29

- aux conditions d'utilisation (locaux non aménagés);
- à l'absence d'antivirus.

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

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

Le Service de l'Exploitation et de la Maintenance Informatique (SEMI) a défini un planning de visite et maintenance sur site qui n'a été mis en œuvre que pour la moitié des missions prévues (et nécessaires pour du matériel réputé neuf). En principe, une mission par trimestre serait nécessaire; seulement 2 par an ont pu être réalisées en 2010 et 2011 (aucune jusqu'à mi-2012). Ce déficit de mission est lié à la fois à la lenteur des procédures du FNUAP pour lancer les missions et du faible niveau de motivation des agents avec des indemnités des missionnaires (18\$/jour) et des frais de mission jugés trop faibles (non indexés).

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

Le taux de rapportage pour CHANNEL est estimé à 15-20% par la DSI²⁹ (confirmé par la mission de terrain à Tuléar où Channel est fonctionnel dans seulement 2 districts sur 9), ce qui enlève beaucoup de son utilité au dispositif. Les difficultés identifiées en 2009 ont largement perdurées et ont amené un surcroît de travail (de saisie et de validation) au niveau des districts. Le parc d'ordinateurs dédiés à Channel manque d'entretien, le service ne disposant pas des ressources financières pour effectuer plus de 2 missions par an sur le terrain. Des données spécifiques permettant de savoir si CHANNEL est fonctionnel dans tout le pays ne sont pas disponibles. L'estimation du SEM est que 75% du parc n'est pas fonctionnel à des degrés divers (confirmé lors des missions de terrain à Tuléar et Antsohihy)

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

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

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

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

Régions (Nombre de districts)	2008	2009	2010	2011
Androy (4)	-	1	2	3
Anosy ³⁰ (3)	-	0	0	0
Atsimo Andrefana (9)	-	-	9	8
Atsimo Atsianana (5)	-	0	2	2
Sofia (7)	-	7	7	5
Vatovavy Fitovinany (6)	-	5	4	6

(suite)

²⁹ Direction des Systèmes d'Information - Ministère de la Santé Publique

³⁰ L'intégration de tous les intrants de santé dans CHANNEL n'est pas encore effective pour tous les districts. Pour Betroka, seuls les produits contraceptifs sont gérés et commandés à partir des données du Channel.

ANNEXE 4 : Matrice d'évaluation (suite)

Lors de la visite terrain, il a été noté que les personnes formées en CHANNEL ne disposent pas d'une formation adéquate pour utiliser les machines, ou ne disposent pas du temps nécessaire à la saisie des données. Parfois la personne formée n'est pas celle qui est censée utiliser le logiciel. Les coupures d'électricité dans certaines régions et l'absence d'accès à internet³¹ sont d'autres facteurs limitant. Les rapports sont habituellement très en retard. Il a été rapporté que les commandes sont donc faites manuellement. Le dispositif de suivi et de programmation du FNUAP ne fait pas mention de ces difficultés depuis 2009.

L'évaluation à moyen terme du programme mondial a noté que CHANNEL est encore à un stade de développement, en termes d'utilisation et d'amélioration des outils, et n'a pas eu jusqu'à ce jour d'impact clair sur la gestion des intrants, y compris les intrants SR. Seulement 50 % à 60 % des utilisateurs potentiels de CHANNEL l'utilisent.³²

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

Des évaluations annuelles³³ ont été menées en ce qui concerne la sécurisation des intrants de santé. Ces évaluations, ne permettant pas de comparer les résultats d'une année sur l'autre car elles utilisaient des méthodologies différentes. Elles ont toutefois permis d'obtenir des données suivantes :

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

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

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

- Carnet de stage pour participants : formation en planification familiale contraception par DIU avec différents modules incluant le counseling (2006)
- Manuel du formateur : formation en planification familiale contraception par DIU avec différents modules incluant le counseling (2006)

³¹ Le FNUAP a mis en place un projet pilote de fourniture d'un modem avec crédit prépayé dans 50 districts (10 Mo/mois, 55 000 Ar/trimestre) qui donne de bons résultats.

³² HLSP, Mid term review of the UNFPA Global Programme to Enhance Reproductive Health Commodity Security (GPRHCS), Madagascar case study, 2011

³³ Ministère de la Santé et du Planning Familial, FNUAP, Evaluation du Système d'Approvisionnement Actuel en Vue d'une Sécurisation des Produits de SR (Evaluation des besoins, capacités d'approvisionnement et outils pour la gestion des produits de SR) Décembre 2008
Ministère de la Santé et du Planning Familial, Evaluation du système logistique pour la sécurisation des produits de sante de la reproduction, 2009
Ministère de la Santé Publique, FNUAP, UNICEF, Evaluation de la disponibilité et de l'accessibilité des intrants essentiels pour les enfants et les femmes à Madagascar, 2010
Ministère de la Santé Publique, FNUAP, Evaluation de la Sécurisation des Intrants de Sante à Madagascar, Décembre 2011

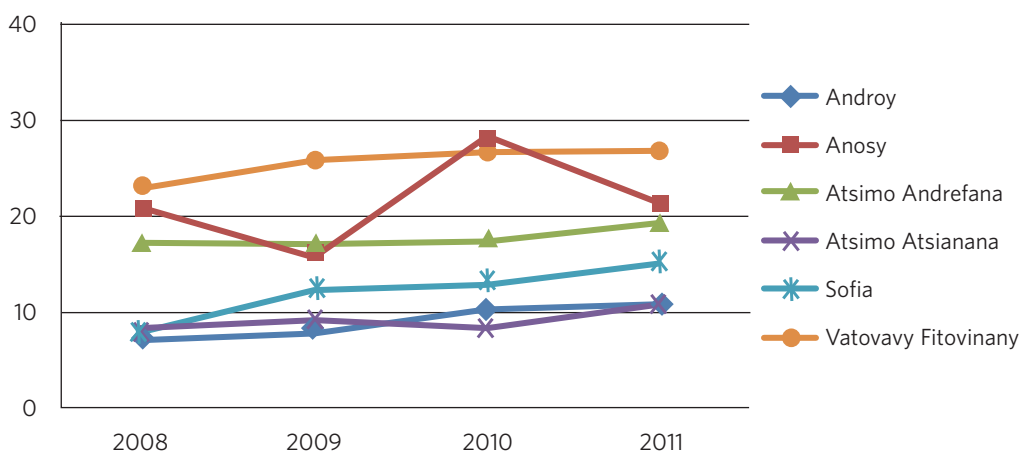
- Manuel de référence : formation en planification familiale contraception par DIU avec différents modules incluant le counseling (2006)
- Guide pratique en planification familiale intégrée à l'intention des agents de santé (2007)
- Guide pour la santé de la reproduction à l'intention des agents de santé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

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

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

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

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



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

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

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

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

(suite)

ANNEXE 4 : Matrice d'évaluation (suite)

Le programme de Stratégie Avancée a permis de contribuer à l'augmentation du taux de couverture contraceptive dans les régions d'intervention. « La réalisation des objectifs dépendent de la méthode, le DIU et ligature des trompes sont en baisse surtout dans certaines régions comme l'Androy. Tandis que l'implant, malgré une courte période de rupture, a dépassé les objectifs prévus. La réalisation des objectifs dépendent de la méthode, le DIU et ligature des trompes sont en baisse (par rapport à l'année précédente) surtout dans certaines régions comme l'Androy. Tandis que l'implant, malgré une courte période de rupture, a dépassé les objectifs prévus. »³⁴

Résultat stratégies avancées 2011-Marie Stopes Madagascar

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

Cette stratégie aide au développement de Partenariat Public - Privé (rapportage programme et approvisionnement au niveau des formations sanitaires) et avec les autres programmes (Collaboration avec Sante Net II³⁵ pour référer des femmes). Toutefois la couverture des stratégies avancées est difficile à évaluer et certaines lacunes ont été notées telles que la coopération avec les CSB qui ne fournissent pas toujours le suivi et la prise en charge des clients, ou parfois les équipes se déplacent pour juste une intervention de minilap, ce qui n'est pas coût efficient.

Le projet « Total Marketing Initiative » débuté en 2010 par une étude financée par Program for Appropriate Technologie in Health (PATH), Reproductive Health Supplies Coalition (RHSC) et Marie Stopes International dans plusieurs pays d'Afrique. Elle a été mise en œuvre à Madagascar par Marie Stopes Madagascar et le bureau de pays de FNUAP avec l'appui de Futures Group. L'étude doit informer le développement d'une approche 'total market' qui vise à accroître le rôle du secteur privé dans la distribution des produits contraceptifs et l'offre des services de planification. L'étude a permis « d'analyser l'évolution de la politique de la planification familiale (PF) à Madagascar, d'analyser l'équité en matière de planification familiale et la segmentation du marché en produits contraceptifs à partir du document de l'EDS 2008-2009, de démontrer l'importance de l'apport du secteur privé dans le marché des produits contraceptifs, de mettre en exergue le partenariat public privé et de faire ressortir les meilleures pratiques en planification »³⁶

La gratuité des services de planification familiale (mise en place en 2007) a certainement amélioré le taux d'utilisation de la contraception comme le démontre l'évolution de la demande de planification familiale dans le secteur public entre 2004 et 2009.³⁷ Néanmoins une analyse de la situation réalisée en 2009 a reconnu l'importance de se concentrer sur l'élargissement des méthodes à long terme ou permanente. Un quart des femmes mariées aimeraient limiter ou arrêter de procréer. Pourtant, presque toutes ces femmes utilisent soit des méthodes temporaires ce qui place un lourd fardeau sur elle mêmes et le système de santé pour leur réapprovisionnement ou qui ont recours à des méthodes traditionnelles moins efficaces se plaçant au risque d'une grossesse non désirée.³⁸

Lors des discussions de groupe il est apparu que de nombreux problèmes sont liés à l'activité counselling des agents de santé offrant les services de PF, les effets secondaires sont une raison importante d'interruption de la contraception. Il est aussi apparu que le pouvoir décisionnel n'est pas entre les mains des femmes et malgré leur désir d'utiliser des méthodes de PF elles n'osent pas à cause de la crainte de leur mari et ne peuvent souvent utiliser le planning familial sans l'accord de leur famille (père, mari, belle-mère). Ceci est confirmé par un écart important dans le nombre idéal d'enfants préférés par les hommes (5,4) et les femmes (4,8). Enfin le désir de grandes familles est très présent parmi les femmes rencontrées. Une barrière importante à l'utilisation de la PF est que les femmes perçoivent des attitudes communautaires négatives.³⁹ Certaines femmes ne peuvent prendre le repos nécessaire après une intervention minilap car elles doivent subvenir aux besoins de leur famille.⁴⁰

Sensibilisation

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

- lors des différents événements socioculturels, journées ou semaine de la santé et à travers les diffusions des messages de SR (notamment de MMR, PF et IST/VIH) au niveau de l'audio-visuel : les stations de radio et de télévision nationales et régionales.

³⁴ Rapport final 2011 MSM

³⁵ Programme USAID

³⁶ Reproductive Health Supplies Coalition, FNUAP, Marie Stopes International, Récapitulation des Résultats de l'Etude « Total Market Initiative », 2010

³⁷ Idem

³⁸ Madagascar Country Profile: Status of Family Planning, UNFPA and Engender Health, May 2009

³⁹ Madagascar Country Profile: Status of Family Planning, UNFPA and Engender Health, May 2009

⁴⁰ Marie Stopes Madagascar, Rapport de Progression Standard, 2011

- Concernant l'appui à la demande, 200 partenaires communautaires ont été formés en Maternité à Moindre Risque (MMR) et que 30 Accoucheuses traditionnelles et 230 animateurs communautaires (publics, privés) sont formés en IEC et MMR en 2009.
- Dans le but d'atteindre les populations rurales, 190 agents de santé et 988 agents communautaires ont été formés pour sensibiliser la communauté sur l'utilisation des services de santé de la reproduction dans six régions à faible performance en 2010.⁴¹
- Les Unités Mobiles Vidéo (UMV) ont été utilisées pour organiser des séances de communication pour le changement de comportement en faveur des populations rurales et celles vivant dans les zones enclavées. De même un documentaire sur les références obstétricales, les accouchements assistés par un personnel qualifié et de nombreux spots sur la Maternité Sans Risque (accouchement institutionnel) et la Planification Familiale (méfaits des enfants nombreux, gratuité des contraceptifs) ont été réalisés⁴²

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

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

SRA/HIV Plaidoyer

- En 2008 la SRA a été priorisée dans la politique générale de l'Etat du Ministère de la Santé. La révision de la politique nationale de santé des jeunes et adolescents et élaboration du plan stratégique pour la SRA avait été planifiée en 2008 et a eu lieu en 2009. Une réunion de concertation de tous les acteurs en matière de SRA a été organisée à Antananarivo pour déterminer les paquets d'activités en SRA et les rôles de chaque acteur avec l'appui du FNUAP.
- Le bureau pays du FNUAP a participé activement au processus de l'élaboration du nouveau Plan stratégique national (PSN 2013 - 2017) de la lutte contre le VIH et le Sida en recrutant un consultant national et en participant dans les différentes réunions technique de préparation et ce en vue de renforcer la prise en compte des adolescents et des jeunes et les populations clés à haut risque dans le nouveau Plan et surtout renforcer l'intégration VIH et SR ;
- Le décret ministériel en application de la loi portant sur la Politique Nationale de la Jeunesse officialise le «comité interministériel pour la jeunesse » qui réunit plusieurs entités gouvernementales œuvrant dans les domaines de la jeunesse et/ou impliquées dans des problématiques liées à la jeunesse. La charte africaine de la jeunesse a été ratifiée à Madagascar. Les partenaires ont reconnu le rôle de leaders de du FNUAP en matière de la santé de la reproduction des adolescents et la promotion des droits des jeunes en général⁴³
- La prise en compte des indicateurs sur la santé des jeunes parmi les indicateurs prioritaires du MAP, notamment pour l'utilisation des méthodes contraceptives et la lutte contre les IST/Sida.
- Les représentants des jeunes de Madagascar ont pu participer à la conférence internationale des jeunes à New York et à la Conférence internationale sur l'IST/VIH/SIDA (ICASA) à Addis Abeba. - Les représentants des jeunes ont participé dans le processus d'élaboration du plan stratégique national de la lutte contre le Sida. - Les jeunes font partie de la 'task force' régionale qui coordonne les activités en matière de jeunes dans la localité. Aussi le bureau pays a appuyé la participation de jeunes à l'Assemblée générale de l'AFRYIAN au Burkina Faso, la participation au forum des jeunes en marge de l'ICASA à Dakar Sénégal.
- Les ONG partenaires du FNUAP ont organisé des plaidoyers auprès de certains responsables religieux et directeurs d'établissements scolaires pour l'intégration de service SRA dans les activités médico-sociales⁴⁴
- Participation dans les Réseau des partenaires pour l'intégration SR et VIH; Task force jeunes pour la promotion de Life skills; Réseau des partenaires intervenants dans la SRA/VIH et la promotion du changement de comportement en matière de SR/PF et VIH/Sida

(suite)

⁴¹ Rapport conjoint fonds thématiques 2010

⁴² Rapport conjoint fonds thématiques 2009

⁴³ COAR 2011

⁴⁴ Rapport de Progression Standard SALFA 2010

ANNEXE 4 : Matrice d'évaluation (suite)

- « Le programme conjoint de la lutte contre le SIDA du SNU surtout dans le domaine de prévention co-dirigé par le FNUAP et l'UNICEF a renforcé la couverture d'intervention en faveur des jeunes et cette collaboration a renforcé la complémentarité des actions avec les autres intervenants dans le domaine SRA/VIH ». ⁴⁵
- EN 2008, les médecins d'appui aux régions ainsi que l'expert en suivi et évaluation mis à la disposition du secrétariat exécutif du Comité national de la lutte contre le sida, ont appuyé les régions dans l'élaboration du plan régional intégré de la lutte contre le Sida.

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

- Un curriculum de formation intégrée SRA/PF/VIH/IST a été élaboré et mis en pratique en 2009. Une formation intégrée en SRA, PF, IST et counselling et dépistage a été dispensée aux prestataires de deux régions en complémentarité de la formation sur le counselling pour les groupes clés à haut risques.
- En 2011 plusieurs partenaires (dont le FNUAP était le chef de file) ont été impliqués dans l'opérationnalisation du concept «service ami des jeunes» par le biais de la mise en œuvre des centres de santé amis des jeunes. Le document sur le concept «centre de santé amis des jeunes» a été validé par le comité interministériel. et est une référence. La validation de ce document a permis de disposer d'un document de référence en normes et standard pour tous les acteurs qui vont intervenir dans le domaine de santé et développement des jeunes
- En matière de santé de la reproduction des adolescents un nombre très limité d'agents de santé a été formé en services amis des jeunes (9 agents de santé dans 3 régions quick wins). Le FNUAP a appuyé les cliniques SRA FISA et SALFA toutefois le matériel nécessaire n'a pas été fourni (y compris les préservatifs et le matériel IEC) et les services SR n'ont pas pu être offerts. Certains rapports mentionnent l'accroissement de la fréquentation mais sans données pour appuyer ce constat. Un des facteurs est l'utilisation des cartes de références par les JPE. « Les résultats de celle-ci sont palpables dans la mesure où des jeunes viennent aux centres munis de ces cartes pour demander des services » ⁴⁶
- Une offre continue des prestations de services cliniques en Counselling, diagnostique et prise en charge des IST avec dépistage des VIH à l'endroit des Jeunes dans les sites d'interventions ont été organisés dans les 22 centres de santé amis des jeunes dont 12 centres sont de cliniques privés et 10 formations sanitaires publiques
- Les données concernant le nombre de jeunes référés dans les structures de santé 'amis des jeunes' n'est pas disponible de façon systématique. « La collecte des données sur l'impact de la formation des prestataires n'a pas été réalisée. Le programme n'est pas en mesure d'évaluer la fréquentation de ces structures existantes ». ⁴⁷Seules certaines données sont disponibles et concernent les nouveaux utilisateurs jeunes en PF, jeunes diagnostiqués pour IST, cas IST jeunes traités, jeunes dépistés du VIH/sida.

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

- En 2008, 340 jeunes pairs éducateurs (JPE) ont été formés en matière de la SRA/life skills pour stimuler la demande de services SR; des chansons de la lutte contre le SIDA (variétés et chants folkloriques) ont été composées et les agences d'exécution ont utilisé des manifestations culturelles de la localité pour véhiculer les messages de la lutte contre la propagation des IST/VIH-Sida Pour l'offre de services, les prestataires des centres de santé de base des directions régionales de la santé d'Analamanga et de Vakinankaratra ont reçu des formations intégrées en SRA, PFI, PEC IST et counselling et dépistage du VIH. Deux Maisons des jeunes offrent aussi un service de CTV en VIH/Sida et, dans chaque centre il y a un médecin prestataire qui y travaille tous les jours pour accueillir les jeunes. ⁴⁸
- Le FNUAP soutient les maisons des jeunes au travers du ministère de la jeunesse, SAF, SALFA et FISA. Le soutien observé lors de l'évaluation se traduit par des équipements de loisirs (clavier, baby-foot, jeux de société, ballons...) et parfois du matériel IEC. Des causeries concernant la SR sont organisées dans ces centres de jeunes. Le Ministère de la Jeunesse considère que le FNUAP a beaucoup aidé pour redynamiser la SRA. ⁴⁹ Lors des visites de terrain il est apparu que la qualité de l'animation varie en fonction des personnes présentes et de leur compétence technique et en animation (parfois ce sont des prestataires de santé ou encore des enseignants)
- La formation des jeunes pairs éducateurs (JPE) est mise en œuvre par le ministère de la santé, jeunesse, SAF, SALFA et FISA (entre 25 et 65 par région dans 5 régions quick wins). Les pairs éducateurs sont sensés faire de visites à domicile afin de disséminer des messages d'information à leurs pairs. Cependant très peu de suivi est effectué (à part par certaines ONG) et aucune information n'est disponible sur le pourcentage de JPE encore actifs à la suite de la formation au niveau central (A Androy 23 JPE étaient encore actifs sur 50 formés dans le centre visité) et sur la qualité des messages disséminés pour ceux qui menaient des activités de sensibilisation. Les JPE interviennent uniquement en zone urbaine et touchent principalement

⁴⁵ COAR 2008

⁴⁶ Rapport FISA 2010

⁴⁷ Grandes lignes de réalisation pour 2008 - rapport SRA FNUAP

⁴⁸ COAR 2008

⁴⁹ Entretien dans les zones d'interventions

les jeunes scolarisés. « *On ne touche pas la majorité des jeunes; majorité des grossesses non désirées concernent le milieu rural* »⁵⁰
Peu de stratégies ont été définies afin de toucher les jeunes non scolarisés (à part par FISA). Aucune information n'est disponible en ce qui concerne la couverture exacte de ces actions.

- Aucun parents/leaders religieux ont été formés en SRA dans les régions quick wins mais un rapport de 2010 mentionne qu'entre 300 et 500 leaders et pair éducateurs ont été formés par le ministère de la santé, jeunesse, SAF, SALFA et FISA sans information quant à la location et le ciblage de ces activités.
- En 2010 le curriculum compétences de vie (paix civisme et environnement) a été harmonisé en collaboration avec l'UNICEF
- 30 formateurs formés en 2011 ont permis la formation de 155 JPE et des formations en SRA et life skills aux JPE régions Anosy et Atsimo Andrefana, en partenariat avec la SALFA, Direction Régionale de la Jeunesse et Loisirs (DRJL)

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

- En 2008 la réponse de la lutte contre le VIH/Sida a commencée à être décentralisée. Les actions qui ont été entreprises se sont déroulées au niveau des régions à travers les prestataires de service de santé, les jeunes pairs éducateurs et les ONG et ce, sous la supervision des médecins d'appui aux régions (MAS). Le bureau a appuyé la tenue de la célébration de la journée mondiale de lutte contre le VIH/Sida dans 8 régions d'interventions en partenariat avec les Unités de coordination régionale de la lutte contre le Sida et les directions régionales de la santé. Des séances de sensibilisation et de et des conférences débat sur les jeunes et le VIH/Sida avec un accent sur la santé de la reproduction et la double protection sur les méthodes PF (y compris l'abstinence) et le VIH ont été tenues dépistage ont été organisées..
- La sensibilisation des responsables régionaux et responsables de conseils communaux sur les liens entre la grossesse précoce et les problèmes de santé sexuelle des jeunes a eu certains résultats avec plusieurs communes qui ont manifesté leurs engagements en donnant/aménageant des espaces pour les jeunes.⁵¹
- Des activités de sensibilisation ont été menées sur les thèmes de la grossesse précoces et l'IST/VIH et Sida principalement lors d'évènements socio culturels ponctuels : Célébration de la journée mondiale de lutte contre le VIH/Sida, célébration de 110^{ème} anniversaire d'évangélisation et d'action sociale de l'archidiocèse du Nord, rencontres nationales de sport scolaires...⁵²Ces activités de sensibilisation consistent en la distribution de bandanas, porte-clés, stylos et sacs bananes et flyers. « L'organisation d'une campagne sur la vulnérabilité des adolescentes aux grossesses précoces et non désirées dans 3 communes a permis de rallier les différents acteurs au niveau décentralisé et d'avoir leur engagement avec emphase sur les leaders traditionnels. Le succès de la campagne prouve que les jeunes sont capables de mener des activités importantes pour susciter la demande en service SR. »⁵³
- Les activités de sensibilisation restent ponctuelles sans faire partie d'une stratégie globale et ne sont pas toujours accompagnées de distributions d'objets promotionnels et les aides visuelles ne sont pas toujours disponibles.
- Le FNUAP a travers les activités mis en œuvre par les agences d'exécution a renforcé la création de la demande et l'accès des jeunes au dépistage VIH. « *Nous avons utilisé les festivals, les événements socio-culturels et des rencontres sportives pour véhiculer les messages et mettre à la disposition de publics de service de counselling et de dépistage. La campagne sur l'utilisation des préservatifs auprès des jeunes et la population en générale a été menée. Le FNUAP a appuyé la réalisation de la campagne sur la SRA dans les écoles Les activités de sensibilisation pour la création de demande en matière de SRA a connu également un développement remarquable* ». ⁵⁴

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

- Le FNUAP a appuyé plusieurs activités pour stimuler la participation des jeunes comme suit :
- Formation des jeunes en plaidoyer pour qu'ils puissent plaider leurs causes lors de l'élaboration des plans locaux de développement. Le FNUAP a mis en place dans 14 communes des réseaux communautaires des jeunes, une plateforme de discussion pour les problématiques de la jeunesse dans la localité⁵⁵
- Des supports IEC pour lutter contre la grossesse précoce et pour la sensibilisation des jeunes et de la population en général sur les droits en SR ont été développés.
- Un programme pilote pour le développement des activités génératrices des revenus en attaquant les déterminants économiques de comportement des jeunes en matière de santé a été entrepris en faveur des 20 jeunes défavorisés dans une région. Le FNUAP a appuyé l'évaluation de la phase pilote

(suite)

⁵⁰ Entretien avec les partenaires d'exécution

⁵¹ COAR 2008

⁵² Rapports des réalisations en SRA

⁵³ COAR 2011

⁵⁴ COAR 2008

⁵⁵ COAR 2008

⁵⁶ Entretien FNUAP

ANNEXE 4 : Matrice d'évaluation (suite)

Position de la SRA

- De nombreuses activités ont été réalisées au début du 6^{ème} programme en matière de SRA, mais les activités ont diminué au cours de la période concernée entre autres suite au changement de dénomination du ministère pour lequel la problématique jeunes n'était pas une priorité.
- Certaines activités ne s'inscrivent pas dans les stratégies du CPAP, par exemple le soutien à une ONG locale MAD'AIDS pour regrouper des femmes séropositives ou vivant avec un mari positif pour discuter de leurs préoccupations. La position de la SRA a changé au niveau du bureau pays en 2011. Ceci a été motivé par le manque d'appropriation par le Ministère de la Jeunesse. L'évolution en 2012 est une approche transversale où la problématique jeunes est envisagée comme une problématique plus globale (voir PTA 2012). Les orientations de du FNUAP au niveau mondial ont été prises en compte. Les fonds alloués au Ministère de la Jeunesse en 2012 ont triplé (650 000 USD) et des PTA sont signés pour les 3 composantes (genre, SR, P&D).⁵⁶
- UNICEF est très présent en ce qui concerne les jeunes : module formation des pairs éducateurs a été conçu ensemble; FNUAP continue de financer une partie de la mise en œuvre pour s'assurer que la question SR ne soit pas perdue en cours de route

Critères de jugement	Indicateurs	Sources d'information	Outils/Méthodes de collecte
CJ.2.2 : Les objectifs définis dans le CPAP pour les situations d'urgence sont atteints (ou en voie de l'être d'ici la fin du programme)	<ul style="list-style-type: none"> - Types de partenariats établis avec les institutions oeuvrant dans les situations d'urgence - Partenaires formés en SR en situation d'urgence et MISP (paquet de service minimum initial) - Pourcentage des femmes en âge de procréer bénéficiant de kits en situation d'urgence - Le MISP est intégré dans les plans de contingence national et locaux et les ressources nécessaires sont mobilisées 	<ul style="list-style-type: none"> - CPAP PTA, rapports - Documents stratégiques et politique de santé - Entretiens avec l'équipe du FNUAP et les partenaires d'exécutions au niveau central, régional, des districts et des formations sanitaires (public et non gouvernemental) - Entretien avec les PTF - Discussions avec les bénéficiaires 	<ul style="list-style-type: none"> - Analyses documentaire - Entretiens avec les Responsables au niveau national - Entretien avec des gestionnaires des services de santé et des prestataires à différents niveaux - Entretien avec PTF et ONG - Entretien avec les responsables thématiques de la SR au sein du FNUAP - Discussion de groupe - Observation des services de santé
Renforcement de la capacité nationale dans la production et la dissémination de données appropriées pour la planification, le suivi et l'évaluation des situations d'urgence			
<ul style="list-style-type: none"> • Le FNUAP appuie le bureau national de la gestion des risques et catastrophes (BNGRC), créé en 2003, qui assure coordination de toutes les interventions en matière de gestion des risques et catastrophes et qui est rattaché au Ministère de l'Intérieur. La collaboration avec le FNUAP principalement en matière de renforcement de la gestion statistique s'est traduit par des dotations en équipement informatique, la gestion d'information et le financement du salaire des webmasters. Le FNUAP a aussi permis l'obtention de cartographies et données démographiques (via INSTAT). Le soutien a été interrompu en 2009 au moment de la crise politique. • Au sein du BNGRC des groupes sectoriels se réunissent en fonction des besoins; le FNUAP fait partie du groupe sectoriel protection. Le groupe interministériel de suivi et évaluation reçoit des financements par le FNUAP entre autres des formations par un consultant financé par FNUAP dans plusieurs régions (en 2010). • La principale contribution du FNUAP est la prise en compte de la SR dans les situations d'urgence ainsi que la distribution des kits et la sensibilisation des acteurs de l'humanitaire en SR (en particulier après de la CRM). • En 2008 suite aux cyclones et inondations, le FNUAP a effectué une dotation en kits SR d'urgence (kits de dignité, kits d'accouchement, kits césarienne) dans 40 centres de santé de base et 9 centres hospitaliers de référence niveau II (laparotomie césarienne) et la formation des prestataires de ces centres de santé à l'utilisation de ces kits (qui incluait les précautions universelles de prévention du VIH et une prise en charge adéquate des femmes enceintes ou venant d'accoucher atteintes d'IST). Ces formations sanitaires étaient réparties sur l'ensemble des secteurs touchés par les catastrophes selon la cartographie préparée par le Bureau National de la Gestion des Risques et Catastrophes 			

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

- Un plan de contingence national a été établi en 2007; il est mis à jour chaque année en présence de tous les acteurs du comité de réflexion des intervenants dans les catastrophes CRIC (financement PNUD) et OCHA fournit un appui technique; en 2010 par exemple la priorisation dans la distribution des kits été discuté dans les cas de cyclones avec ou sans inondations. La Croix Rouge Malagasy (CRM) participe aux discussions du plan de contingence national à travers ses GRC (gestionnaires des risques et catastrophes)
- Le Plan de contingence inclut des aspects SR : entre autre la formation en dispositif minimum d'Urgence DMU (formation initiale a été financée par FNUAP en 2011 au Cameroun). Le plan prévoit une collaboration avec le Ministère de la Santé qui doit couvrir les médicaments, à l'exception des kits d'accouchement qui sont pris en charge par le FNUAP. La Direction de la santé de la mère et de l'enfant gère la distribution des kits.
- En 2009 30 responsables issus de 15 régions de Madagascar de La Croix Rouge Malagasy ont bénéficié d'une formation des formateurs en DMU et GBV en situation humanitaire. Un nouveau centre d'écoute et de conseil juridique (CECJ) ouvert dans la région d'Androy pour travailler en synergie avec les interventions de la composante SR urgences humanitaires.
- En 2010 une formation des formateurs sur le DMU a été organisée afin de constituer un pool de formateurs au niveau national. 25 personnes issues du Ministère de la Santé, FISA (IPPF), Croix Rouge Malagasy, OMS ont été formées. Cela é été suivi par la formation de 110 coordonateurs régionaux et de districts en DMU qui couvrent les 22 régions de Madagascar (prévention de la mortalité maternelle et infantile en situation d'urgence; coordination des activités en matière de SR et prévention des violences sexuelles)
- Dans chaque région, les coordinateurs DMU interviennent en cas de catastrophe, ils font des plaidoyers; Il existe au moins 1 coordinateur DMU par district. Toutefois la formation est un module standard et n'est pas toujours très adaptée aux cyclones et inondations (car il a été développé pour des situations de guerre). Aussi il y a des problèmes de financement pour déployer les coordinateurs DMU pendant la période des cyclones (janvier à mars). Après la formation des coordonateurs régionaux DMU, il a été demandé que les coordonateurs régionaux établissent un plan d'action, assorti d'un budget ; la coordinatrice régionale CR a transmis le plan mais il n'y a pas eu de suite.
- En 2011 une formation pour la prise en charge psycho-sociale des femmes victimes de viol a été financée par le FNUAP (65 médecins et paramédicaux dans les formations sanitaires du Nord). Il ya encore des lacunes dans la mesure où les volontaires de la CR ne sont pas formés et il leur est difficile de communiquer avec victimes de viol pour les orienter vers FS.⁵⁷
- Il n'ya a pas de suivi proprement dit et le suivi des formations s'effectue durant les situations d'urgence; par coaching. En 2011 : tous les coordinateurs ont été regroupés.

Développement du partenariat avec les ONG, les agences du SNU et les agences de développement locales offrant des services pour une réponse effective et efficace aux victimes des désastres naturels

- Le FNUAP collabore avec la Croix Rouge au sein d'un partenariat entre le ministère de la santé, CRM, FISA et FNUAP établi en 2010. L'appui du FNUAP consiste surtout dans la mise en place du DMU (MISP). Toutefois en réalité les conditions de partenariat n'ont pas toujours été respectées car la réalisation des activités n'a pas toujours été effective, les pièces justificatives concernant les dépenses n'étaient pas toujours appropriées et les données attendues n'ont pas toujours fournies. Le FNUAP a placé une chargée de projet SR et Genre au sien de la CR.
- Aussi afin de répondre à la sécheresse récurrente qui sévit dans le sud, un programme conjoint PAM/FNUAP a été initié en 2008. Le FNUAP a fait dotation de matériels et équipements pour 4 CSB et de kits dignité aux femmes cible. Il a appuyé la formation et le suivi des agents communautaires des 5 communes ciblées afin de mobiliser la population à fréquenter les services SR. La collaboration avec le PAM a permis une dotation en ration alimentaire des femmes qui utilisent les services SR.
- En 2009 un partenariat a été signé pour 4 ans entre la Principauté de Monaco et Andorre pour un financement du programme conjoint PAM/FNUAP dans le cadre des crises humanitaires liée à la sécheresse qui sévit dans 3 Régions du Sud (Androy, Anosy, Atsimo Andrefana). En effet, le taux d'insécurité alimentaire dans plusieurs communes de ces Régions est très élevé. L'objectif du programme est ainsi de réduire la vulnérabilité des femmes en âge de procréer à travers l'amélioration de l'accès au service de SSR gratuit et de qualité, la sensibilisation de la population auprès de 15 Communes de 3 Régions du Sud , la distribution de Kit dignité et d'articles d'hygiène pour les Femmes en Age de procréer ayant utilisées les services de SR, la dotation gratuite de fer acide folique pour les femmes enceintes et venant d'accoucher et de la vit A pour celle venant d'accoucher et la distribution des vivres par le PAM.
- Les membres de l'association locale SOMONTSOY, ont été mobilisés afin d'encadrer les agents communautaires et les responsables communautaires pour une meilleure utilisation des services de SR de qualité et gratuit en réponse à la situation de crise humanitaire. Les challenges rencontrés étaient i) la disponibilité à temps des ressources nécessaires, ii) l'accessibilité pour les populations vivant à plus de 10 km des centres de santé et le stockage des kits individuels d'accouchement (dignité, hygiène ...) au niveau des communes, iii) la capacité de l'ONG locale et de la communauté à réagir rapidement en situation de crise, iv) la mesure des résultats (quantitatifs et qualitatifs) dans un contexte de crise.

57 Entretiens avec les partenaires d'exécution

ANNEXE 4 : Matrice d'évaluation (suite)

- En 2010 la réponse commune a été très perturbée par le fait que c'était la première fois que les agences ont tenté de faire une réponse multisectorielle commune à partir d'une évaluation multisectorielle commune. Comme la santé de la reproduction fait partie intégrante du cluster santé la division de travail au sein du cluster a été quelque peu perturbée faute des ressources humaines compétentes ⁵⁸
- Le FNUAP fournit également kits de dignité, kits d'accouchement, kits césarienne. Lors du cyclone Giovanna, FNUAP a réalisé distribution des kits en région. Le pré positionnement des kits était fait à SALAMA, mais les procédures étaient très lourdes et longuement discutées entre les parties prenantes : Min Santé, FISA, CRM et FNUAP mais des problèmes non résolus ont entraîné des retards de décision au FNUAP. Cela a pris 3 semaines pour acheminer les kits. Il ya eu des problèmes avec la date de péremption des produits; une fois demande transmise à SALAMA, la livraison s'est faite très rapidement. La coordination est très faible en situation d'urgence.
- Lors de la visite sur le terrain il est apparu que les interventions ne sont pas coordonnées avec le médecin inspecteur des districts bénéficiaires en particulier pour la distribution des kits. Il a pu également être observé que cette distribution, si réalisée par des ONG, peut être très aléatoires : kits éclatés. Il a également été noté que le manque de suivi sur le terrain n'a pas permis de faire en sorte que ces activités soient réalisées de manière effective.

Critères de jugement	Indicateurs	Sources d'information	Outils/Méthodes de collecte
CJ.2.3 : Les effets des interventions du FNUAP en matière de SR sont susceptibles de durer au-delà de la fin du programme	<ul style="list-style-type: none"> - Les partenaires s'approprient les interventions initiées avec l'appui du FNUAP grâce à des stratégies de sorties planifiées au préalable - Le développement des capacités de gestion des partenaires est approprié et suffisant pour qu'ils s'approprient les interventions (gestion des services intégrées de SR, système de référence des urgences obstétricales, sécurisation des produits de la SR, opérationnalisation des plans de contingence en cas d'urgence). - Les actions de plaidoyer et d'appui au développement de stratégies sont accompagnées par leur budgétisation et une stratégie de mobilisation de ressources - Une culture de qualité de service est développée parmi les prestataires bénéficiaires de renforcement de capacités grâce à des actions de suivi et de supervision. - Les stratégies de conscientisation et de communication pour les changements de comportement sont planifiées sur la base de faits et font l'objet de suivi et d'évaluation.) 	<ul style="list-style-type: none"> - CPAP PTA, rapports - Documents stratégiques et politique de santé - Entretiens avec l'équipe du FNUAP et les partenaires d'exécution au niveau central, régional, des districts et des formations sanitaires (public et non gouvernemental) - Entretien avec les PTF - Discussions avec les bénéficiaires 	<ul style="list-style-type: none"> - Analyses documentaire - Entretiens avec les Responsables au niveau national - Entretien avec des gestionnaires des services de santé et des prestataires à différents niveaux - Entretien avec PTF et ONG - Entretien avec les responsables thématiques de la SR au sein du FNUAP - Discussion de groupe - Observation des services de santé
<p>Le gouvernement s'est approprié un certain nombre d'interventions initiées par le FNUAP aussi bien au niveau central qu'au niveau des régions :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les curricula des formations pré services ont été adoptés par les instituts de formation. Les formateurs ont été formés et du matériel didactique a été fourni ce qui permet une continuité dans la formation. D'autres parts le développement et la mise à disposition de standards et de manuels de supervision au niveau du ministère de la santé sont une première étape vers le maintien de la qualité des services. 			

58 Entretiens partenaires techniques et financiers

- SALAMA et la direction de la pharmacie se sont approprié CHANNEL. Au niveau de SALAMA un soutien important a été mis en place pour faire fonctionner le système aussi bien en matériel qu'en formation de personnels à différents niveaux.
- Au niveau des régions toutes les activités promues par le FNUAP sont intégrées dans le plan d'action régional. Cependant ces plans ne sont pas toujours approuvés au niveau central.

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

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

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

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

QE3 :

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

- Les données de base générales (RGPH) indispensables au plaidoyer pour l'intégration de l'approche population et développement dans les politiques de développement nationales n'ont pas été produites. L'appui du FNUAP à la réalisation du RGPH, tant technique qu'en matière de dialogue de politique, a été réalisé avec succès jusqu'à la décision en 2009 des PTF de retirer leurs financement en réaction à la crise politique de 2008-2009. A la veille de cette décision, les activités du FNUAP avaient été menées à bien puisque d'une part le montant des financements disponibles (12 M\$) aurait permis la réalisation du recensement, et que d'autre part, les préalables techniques (SIG censitaire, 40 postes de travail informatique de la cellule centrale de l'INSTAT, imprimante AO, photocopieuses) étaient acquis. Le FNUAP a en particulier permis la réalisation d'un recensement pilote (dans le sud du pays). La qualité des préalables techniques est avérée par leur utilisation ultérieure pour d'autres enquêtes. À plus long terme, l'appui apporté par le FNUAP au travers de l'INSTAT pour la formation de techniciens, techniciens supérieurs et d'ingénieurs statisticiens et démographes a des effets directement tangibles en matière de renforcement de capacité d'exploitation des données statistiques. Cet appui du FNUAP est la contribution la plus efficace et la plus durable au renforcement de la capacité de production et d'exploitation des données.
- L'INSTAT, avec les résultats en matière d'outils et d'assistance technique internationale (CTP) liés à l'appui initial du FNUAP au RGPH, a été en mesure d'utiliser d'autres sources de financement (Unicef, PNUD) pour l'enquête périodique des ménages qui permet notamment de mesurer l'évolution de la pauvreté au niveau national. Les études sectorielles comme l'EDS4 et l'Enquête Périodique des ménages n'ont donc pas souffert de l'instabilité politique et ont été menées à bien et, pour la première du moins, disséminées au niveau central et régional. Les données ont été mises à disposition des décideurs et du public en 2010 pour les résultats de niveau national. Les résultats de niveau régional ont été finalisés en décembre 2011, soit 3 ans après l'enquête, ce qui dénote un manque de compétence et de moyens à l'INSTAT. Le FNUAP aurait pu utilement influencer les indicateurs santé pour obtenir des informations plus pertinentes en matière de la santé de la reproduction et santé maternelle.
- Les données de suivi de l'exécution des programmes de développement (SNISE) également indispensables au plaidoyer pour l'intégration de l'approche P&D n'ont pas été produites, du moins pas dans leur acception initiale et au niveau de qualité requis. L'appui de la FNUAP pour renforcer le dispositif de suivi des programmes de développement et donc pour renforcer la portée de la planification nationale et sectorielle s'est porté sur le SNISE, initialement en lien avec le MAP de 2006. Le MAP n'avait pas initialement prévu de système de S&E. Le plaidoyer du FNUAP lors du cycle précédent a permis d'introduire cette dimension. L'appui a été porté principalement auprès de la DSEP avec la mise à disposition d'un assistant technique et le financement d'équipements informatiques au niveau central (2008, 2011) puis dans 6 directions régionales en 2011. Un appui financier a été mis à disposition pour des formations, l'élaboration et la diffusion du manuel de procédure du SNISE (décembre 2010) et la publication des rapports annuels et de brochures de vulgarisation. Les rapports annuels ont été publiés à ce jour de 2008 à 2011, avec un retard croissant (de quelques semaines à quelques mois), qui sont symptomatique de difficultés croissantes à faire effectivement remonter les informations des plateformes régionales. Les régions n'ont été en situation de tenter de mettre en œuvre le manuel de procédures élaboré par la DSEP du VPEI en 2010 du SNISE qu'à partir de 2011, quand les CCRA ont finalement été mis en place (dans 16 régions sur 22) par arrêté de la région (l'arrêté de nomination des membres du CCRA se fait toujours attendre dans certaines régions). L'essentiel du contenu des rapports annuels du SNISE central jusqu'à aujourd'hui est issu des données produites par l'INSTAT par le moyen de ses implantations régionales, et donc de ce fait attribuable de manière indirecte à l'appui du FNUAP (à l'INSTAT). Les formations données par le FNUAP en 2009 n'ont pas été mises en pratique jusqu'à là et le personnel formé n'est pour 2/3 d'entre eux plus en

(suite)

ANNEXE 4 : Matrice d'évaluation (suite)

QE3 (suite) :

- poste (réaffectation). Le manuel de procédures et d'organisation du SNISE n'est pas utilisé comme une référence normative, laissant la possibilité d'adaptation au niveau de compétence identifié parmi les participants aux plateformes régionales; l'agrégation des canevas régionaux sera pour le moins difficile. Les données administratives sectorielles, de programmes et des ONG parviennent difficilement au DRE/CCAR, généralement en retard et souvent indépendamment du format retenu. Au vu des obstacles cumulés, les données de base de suivi des programmes et de la mise en œuvre de la planification indispensables au plaidoyer pour l'intégration de l'approche population et développement dans les politiques de développement nationales ne seront pas produites malgré l'appui direct du FNUAP au niveau central et l'appui indirect (appui de proximité) au niveau des sous-bureaux. Les contraintes avaient été identifiées par la revue annuelle 2010 mais seules les plus immédiates ont été intégrées au PTA 2011 : L'équipement informatique apporté par le FNUAP au DRE et à la CCAR a été mis à disposition en mai 2012; son effet ne s'est pas encore fait sentir (il sera cependant limité par l'absence d'accès à internet des DRE).
- Les capacités et les moyens de plaidoyer des acteurs porteurs de l'intégration de l'approche population et développement n'ont pas été notablement et durablement renforcées. L'appui du FNUAP en matière de renforcement des capacités de plaidoyer des acteurs porteurs de l'intégration de l'approche population et développement a été mis en œuvre par la Direction des Méthodes de Planification de la VPEI. Elle a bénéficié à partir de 2010 de l'appui de l'assistant technique précédemment en appui à la DSEP (pour la mise en place du SNISE). Cet appui dure jusqu'à maintenant, mais partagé (60/40) à partir de 2012 avec la Direction de la Coopération Économique et des Aides Extérieures. Les actions de sensibilisation sur le lien population et développement proprement dit ont été celles qui rencontré le plus de problèmes de mise en œuvre, avec des revirements stratégiques successifs et, en définitive, le moins d'effets identifiables. Au-delà du partenaire de mise en œuvre, la DMP au sein de la VPEI, les opérateurs et les bénéficiaires-cibles se sont renouvelés pratiquement chaque année : L'Université Catholique de Madagascar, une plateforme d'organisations religieuses (PLEROC) et une « plateforme » de journalistes, l'Institut Malgache des Techniques de Planification (IMATEP), sans lien apparent avec les activités précédentes et avec peu de relation avec la dimension P&D. Les raisons de ce changement de stratégies ne sont pas clairement explicitées dans les PTA et expliquées a posteriori. Après le report de la décentralisation, les actions appuyées par le FNUAP ont été réorientées des collectivités territoriales vers les services de l'État avec des formations en planification organisées à Antananarivo et des conférences-débats visant à sensibiliser les décideurs régionaux aux liens P&D. Ces conférences-débats, comme à Antsohihy par exemple, ont été appuyées par les sous-bureaux et ont été bien reçues. Au niveau de chaque région, le caractère unique de l'évènement réduit leur impact pédagogique et pratique en matière de mise en œuvre effective des liens P&D. Le CPAP prévoyait initialement des études régionales concourant potentiellement à la sensibilisation des décideurs régionaux. Cette initiative a évolué (COAR 2011) vers des études (4) ponctuelles de portée régionale : une étude de la résilience après les catastrophes naturelles (dans 2 régions, réalisée par ISTE en 2011, en cours d'édition), une étude sur les conséquences en matière de SR des jeunes de bal du dimanche (réalisée par l'Université d'Antananarivo) et une étude sur l'accès aux services sociaux de base. Il n'y a pas eu à ce jour d'exploitation et de diffusion de ces études qui restent donc sans effet sur le renforcement de capacité en matière de liens P&D. Le seul exercice pratique de planification pendant l'appui du FNUAP est l'élaboration en cours d'un plan de développement national à court terme 2012-2014 par la VPEI. Le document résultant n'intègre pas explicitement les liens P&D et ne développe pas un plaidoyer dans ce sens. Le manque de moyens au niveau central et déconcentré et le déficit de capacité en matière de collecte et de traitement des données administrative continue à constituer un handicap majeur à une planification réellement informée, à jour et intégrant les résultats des programmes passés et en cours (CJ 3.2).
- Les PTA de la composante P&D n'organisent pas de stratégies de sortie. Cette absence peut se justifier par le fait que l'implication du FNUAP dans le domaine P&D est très diversifiée, avec des apports qui ne sont pas vitaux pour le fonctionnement des services (DSEP, DMP) et agences (INSTAT) soutenues. D'autre part, le FNUAP pendant la période sous revue et pour la composante P&D a réorienté de manière significative son appui avec la crise de 2009, de fait abandonnant des activités sans particulièrement de stratégie de sortie. La cessation des activités n'a pas eu d'effet notable sur le fonctionnement des IP, au sein desquelles les ressources du FNUAP ont été réallouées. Les activités délaissées sont revenues à leur niveau de base, généralement rien du fait de l'absence de budget de fonctionnement des services centraux (comme déconcentrés). L'appui du FNUAP est construit cependant de plus en plus sur le long terme pendant la période sous revue. Les activités par nature ponctuelles comme l'appui au RGPH ou au SNISE ont évolué vers le traitement des causes profondes (vieillesse des cadres de l'INSTAT d'une part, absence de culture de suivi-évaluation des Services Techniques Déconcentrés d'autre part), ce qui implique, dans le contexte du pays, un effort de formation au long cours. Cette option s'est affirmée pour l'INSTAT mais reste en suspens pour le SNISE (CJ 3.3).

Critères de jugement	Indicateurs	Sources d'information	Outils/Méthodes de collecte
CJ.3.1 : Les données de base générales (RGPH), sectorielles (EDS, EPM) et de suivi (SNISE) indispensables au plaidoyer pour l'intégration de l'approche population et développement dans les politiques de développement nationales ont été produites	<ul style="list-style-type: none"> - L'appui du FNUAP a contribué à la réalisation du RGPH et d'enquêtes sectorielles telle l'EDS - L'appui du FNUAP a contribué au développement de capacités d'exploitation et de diffusion des enquêtes nationales générales et sectorielles - L'appui du FNUAP a permis la mise en place des bases de données de suivi des politiques de développement - L'appui du FNUAP a contribué au développement des capacités d'exploitation et d'intégration des données de suivi des politiques de développement 	<ul style="list-style-type: none"> - CPAP, PTA de la composante Population et développement - Rapports de suivi FNUAP - Résultats des enquêtes réalisées (rapports) - Rapports annuels du SNISE - Manuels et guides de procédures - Matériaux de formation - Rapports de formation et évaluation - Rapports d'activités de l'INSTAT et de la DSEP à la Vice-Primature chargée de l'Economie - Tableaux financiers élaborés par les assistants du FNUAP 	<ul style="list-style-type: none"> - Revue documentaire - Entretiens auprès du Bureau National et des sous-bureaux - Entretiens auprès des CTP, assistants techniques et points focaux du FNUAP - Entretiens auprès des directions qui mettent en œuvre l'appui du FNUAP - Entretiens avec les responsables des ministères ou EPIC qui bénéficient de la mise en œuvre Entretiens auprès des services déconcentrés qui bénéficient des appuis

- L'appui du FNUAP à la réalisation du RGPH, tant technique qu'en matière de dialogue de politique, a été réalisé avec succès jusqu'à la décision en 2009 des PTF de retirer leurs financement en réaction à la crise politique de 2008-2009. « Madagascar a franchi en 2008, une étape décisive dans la préparation de son prochain Recensement Général de la Population et de l'Habitat (RGPH). En effet, si pendant les phases antérieures, cette opération était considérée par plusieurs partenaires au développement et par des autorités nationales comme une opération budgétivore et non indispensable, en 2008, le Gouvernement a statué clairement que c'est une priorité nationale. Du côté des partenaires, l'année 2008 a vu l'engagement de la Banque Mondiale à financer le RGPH à hauteur de 7 millions de \$US, l'engagement de l'USAID à apporter un soutien à travers le Bureau of Census, l'engagement des Nations Unies (avec comme principal agence impliquée le FNUAP à apporter un soutien conséquent. Il faut signaler qu'en 2008, le Gouvernement a inscrit dans le budget de 2009, environ 1 M\$ pour appuyer le RGPH. Tous les textes officiels (décret et arrêté) relatifs au RGPH ont été mis à jour par le Gouvernement en 2008, le recensement pilote a été réalisé et la date pour le dénombrement exhaustif est officiellement fixée par l'Etat au mois d'août 2009. Toutes ses réalisations sont dues au succès du plaidoyer continu et assistance technique effectués par le FNUAP au niveau du pays. » (COAR 2008, p.1) « Pour ce qui est de la cartographie censitaire, sa réalisation a permis à Madagascar de disposer d'une base de sondage actualisée pour les enquêtes ménages et la mise en place d'un Système d'Information Géographique (SIG) censitaire. » (COAR 2009, p.2) En 2010, le FNUAP a repris son plaidoyer auprès des PTF, et en particulier de la Banque Mondiale, en faveur du RGPH, en même temps qu'il continuait à soutenir la mise en place du SIG censitaire, notamment par la mobilisation d'un CTA (COAR 2010). Il s'est avéré qu'il n'était pas envisageable de relancé le RGPH avant la clarification de la situation politique.
- A la veille de cette décision, les activités du FNUAP avaient été menées à bien puisque d'une part le montant des financements disponibles (12 M\$) aurait permis la réalisation du recensement, et que d'autre part, les préalables techniques (SIG censitaire, 40 postes de travail informatique de la cellule centrale de l'INSTAT, imprimante AO, photocopieuses) étaient acquis. Le FNUAP a en particulier permis la réalisation d'un recensement pilote (dans le sud du pays). La qualité des préalables techniques est avérée par leur utilisation ultérieure pour d'autres enquêtes. Il n'en reste pas moins que le résultat n'a pas été atteint et que les données de base générales sur la population et l'habitat ne sont toujours pas disponibles pour le plaidoyer pour l'intégration de l'approche population et développement dans les politiques de développement.

(suite)

ANNEXE 4 : Matrice d'évaluation (suite)

- L'appui du FNUAP a par contre été en mesure de contribuer à la 4^{ème} enquête démographie et santé 2008-2009, comme prévu dans le CPAP. « *L'EDS fournit des informations sur la fécondité, la planification familiale, la santé de la mère et de l'enfant, les soins pré et post natal, les vaccinations, l'état nutritionnel des enfants de moins de 5 ans et des mères, la mortalité infanto-juvénile, les IST VIH SIDA.* » (COAR 2008, p.17) Les données ont été mises à disposition des décideurs et du public en 2010 pour les résultats de niveau national : « *L'Institut National de la Statistique (INSTAT) a publié en 2010 les résultats de la quatrième Enquête Démographique et de Santé (EDS-IV) de Madagascar à travers des disséminations au niveau national et au niveau de chacune des 22 régions du pays.* » Les résultats de niveau régional ont été finalisés en décembre 2011, soit 3 ans après l'enquête : « *Les activités EDS se sont poursuivies après la publication des résultats au niveau national, pour apporter d'autres éléments de réponse aux demandes formulées par les responsables locaux et régionaux lors de la publication des résultats au niveau des 22 régions.* » (Revue 2^{ème} trimestre 2011, p.2) Ce délai de mise à disposition compromet dans une mesure certaine l'utilité des données publiées, tout particulièrement dans une période où la situation du système de santé et ses dotations de fonctionnement ont été profondément affectées par la crise politique et économique que traverse le pays.
- L'INSTAT, avec les résultats en matière d'outils et d'assistance technique internationale (CTP) liés à l'appui initial du FNUAP au RGPH, a été en mesure d'utiliser d'autres sources de financement (Unicef, PNUD) pour l'enquête périodique des ménages qui permet notamment de mesurer l'évolution de la pauvreté au niveau national. Les résultats de l'enquête ont été mis à disposition en juillet 2011. Comme mentionné ci-dessus (CJ 1.1), le FNUAP aurait pu influencer les indicateurs santé pour obtenir des informations pertinentes en matière de la santé de la reproduction et santé maternelle. Les données collectées en matière de santé n'ont que peu d'intérêt.
- Le renforcement de capacité sur la période de référence en matière d'exploitation et de diffusion des enquêtes nationales générales et sectorielles s'est avéré trop diffus pour être évalué. Les revues annuelles ne fournissent pas d'indicateurs permettant de suivre le développement des capacités : « *Les réalisations majeurs concernent les points suivants : (i) Enquête Démographique et de Santé (EDS), (ii) Integrated Management Information System (IMIS) et (iii) Journée Mondiale de la Statistique/Journée Africaine de la Statistique (JMS/JAS).* » (Revue annuelle 2010, p.9) La principale contribution du FNUAP à ce titre est la présence du CTP auprès de l'INSTAT; outre qu'elle s'additionne à d'autres interventions plus ponctuelles d'autres PTF, le fait que le CTP n'occupe pas le bureau aménagé pour lui dans les locaux de l'organisation qu'il appuie ne laisse pas augurer un transfert massif de connaissances. Son positionnement au Bureau national du FNUAP a eu des effets positifs mais d'une autre nature que celle initialement envisagée. Les autres actions soutenues par le FNUAP dans ce domaine portent sur la diffusion en 2010 des résultats de l'EDS IV au niveau des régions soutenues. Il ne semble pas que l'EPM ait fait l'objet du même exercice.
- À plus long terme, l'appui apporté par le FNUAP au travers de l'INSTAT pour la formation de techniciens, techniciens supérieurs et d'ingénieurs statisticiens et démographes a des effets directement tangibles en matière de renforcement de capacité d'exploitation des données statistiques. À partir de 2010, une partie de l'enveloppe allouée initialement au RGPH a été réorientée vers le financement d'un cursus de statistique accessible par concours à l'Institut National de Formation Administrative (INFA). Le cursus est diplômant pour des techniciens en statistique (1^{ère} année) et des techniciens supérieurs (2^{ème} année). À l'issue de la formation, les diplômés sont intégrés dans la fonction publique. L'INSTAT a prévu de recruter les 5 premières promotions (de 20 élèves) pour renforcer principalement ses agences régionales. Au-delà, les directions statistiques des ministères sectoriels et éventuellement l'administration territoriale pourront être renforcées à leur tour. Le cursus a été conçu et est organisé en collaboration avec l'école de statistique d'Abidjan. Deux enseignants de cette école viennent donner les cours structurants et le personnel de l'INSTAT assure des cours sur les statistiques sectorielles, sur la base de données nationales. Le FNUAP soutient également des stages à Abidjan et à Yaoundé pour des formations d'ingénieurs statisticiens en finançant le billet d'avion (mais pas une bourse; l'État ne proposant plus de bourses, les étudiants et les universités d'accueil trouvent des expédients pour assurer un strict minimum). La 1^{ère} promotion de techniciens est sortie en 2011 et est effectivement en cours d'intégration à la fonction publique avec l'appui de l'INSTAT. Cet appui du FNUAP est la contribution la plus efficace et la plus durable au renforcement de la capacité de production et d'exploitation des données.
- L'appui de la FNUAP pour renforcer le dispositif de suivi des programmes de développement et donc pour renforcer la portée de la planification nationale et sectorielle s'est porté sur le SNISE, initialement en lien avec le MAP de 2006. Le MAP n'avait pas initialement prévu de système de S&E. Le plaidoyer du FNUAP lors du cycle précédent a permis d'introduire cette dimension. « *L'année 2008 a vu l'adoption par un décret pris en conseil du Gouvernement, d'un Système National Intégré de Suivi et Évaluation (SNISE). Ce système va être utilisé pour suivre le Madagascar Action Plan qui est le document de référence pour la réduction de la pauvreté dans le pays. L'élaboration du SNISE a bénéficié de l'appui technique et financier du Système des Nations Unies avec comme principale agence impliquée le FNUAP. L'application du SNISE a déjà commencé en 2008 à travers la mise en place et le renforcement des capacités des structures au niveau des régions. Le FNUAP a appuyé ces activités dans sept régions parmi les 22 que compte le pays.* » (COAR 2008, p.1) En 2010, il est apparu que le nouveau gouvernement se refusait à prendre le MAP comme référence (COAR 2010).

- L'appui a été porté principalement auprès de la DSEP avec la mise à disposition d'un assistant technique et le financement d'équipements informatiques au niveau central (2008, 2011) et de 6 directions régionales (un PC + une imprimante) en 2011. Un appui financier a été mis à disposition pour des formations, l'élaboration et la diffusion du manuel de procédure du SNISE (décembre 2010) et la publication des rapports annuels et de brochures de vulgarisation. Les rapports annuels ont été publiés à ce jour de 2008 à 2011, avec un retard croissant (de quelques semaines à quelques mois), qui sont symptomatique de difficultés croissantes à faire effectivement remonter les informations des plateformes régionales.
- Les premiers résultats (2008) étaient jugés encourageants : « Grâce à la mise en place du SNISE, des informations venant des 22 régions remontent au niveau central et sont analysées et utilisées pour la prise de décision. Au niveau des régions, l'utilisation de données pour la prise de décision continue toujours et commence à accroître. » (COAR 2008, p.18) « Par ailleurs, le renforcement des capacités des Responsables en Suivi Évaluation et/ou en gestion des données au niveau des Services Techniques Déconcentrés (STD) au niveau des 22 Régions de Madagascar en matière de Planification/Suivi/Évaluation, Gestion Axée sur les Résultats (GAR) et analyse des données a permis de mettre en place une cellule technique de centralisation et d'analyse des données au niveau de chaque Région. Ces cellules permettront la centralisation et la diffusion des rapports périodiques facilitant ainsi la prise de décision pour la réduction de la pauvreté. Signalons que ces cellules seront transformées en plateformes durant l'année 2010. Enfin, notons que les 22 Services Régionaux de l'INSTAT ont été mis en place durant l'année 2009. Ceci a permis le renforcement de la collaboration et de la synergie avec les différents responsables au niveau de chaque Région et de développer ainsi le Système Statistique Régional (SSR). » (COAR 2009, p.13)
- Les CRCA devaient être institués par arrêté de chacune des régions, sur la base d'un modèle établi au niveau central. La DSAP et le FNUAP ont conduit une action de sensibilisation de longue haleine qui a aboutie en 2010 dans 16 régions. « DSEP : Les résultats obtenus durant l'année 2010 sont : (i) l'opérationnalité de 16 Plateformes régionales de suivi évaluation sur 22, et (ii) la disponibilité des rapports de mise en œuvre des Priorités régionales, au titre de l'année 2009 pour 16 Régions sur 22. » (Revue Annuelle 2010, p.9) Les régions n'ont été en situation de tenter de mettre en œuvre le manuel de procédure du SNISE qu'à partir de cette année.
- L'essentiel du contenu des rapports annuels du SNISE central jusqu'à aujourd'hui est issu des données produites par l'INSTAT par le moyen de ses implantations régionales, et donc de ce fait attribuable de manière indirecte à l'appui du FNUAP (à l'INSTAT). Ce constat est conforté par le fait que les CCAR n'ont été institués (par arrêté) qu'en 2010, grâce notamment à un plaidoyer du FNUAP au niveau des régions. Les plateformes régionales et les cellules sont loin d'être opérationnelles à ce jour. Le constat a été porté en juin 2011 par une mission de supervision et confirmé par la mission de terrain (pour Tuléar et Antsohihy). Les formations données par le FNUAP en 2009 n'ont pas été mises en pratique jusqu'à là et le personnel formé n'est pour 2/3 d'entre eux plus en poste (réaffectation). Le manuel de procédures et d'organisation du SNISE n'est pas utilisé comme une référence normative, laissant la possibilité d'adaptation au niveau de compétence identifié parmi les participants aux plateformes régionales; L'agrégation des canevas régionaux sera pour le moins difficile. Les données administratives sectorielles, de programmes et des ONG parviennent difficilement au DRE/CCAR, généralement en retard et souvent indépendamment du format retenu (10 réponses sur les 27 membres de la plateforme de Tuléar). L'équipement informatique apporté par le FNUAP au DRE et à la CCAR n'a été mis à disposition qu'en mai 2012 (à Tuléar, par exemple).
- Au vu des obstacles cumulés, les données de base de suivi des programmes et de la mise en œuvre de la planification indispensables au plaidoyer pour l'intégration de l'approche population et développement dans les politiques de développement nationales ne seront pas produites malgré l'appui direct du FNUAP au niveau central et l'appui indirect (appui de proximité) au niveau des sous-bureaux. Les contraintes qui étaient identifiées par la revue annuelle 2010 donnent la mesure des difficultés rencontrées : « Changement en cours de route des modalités de gestion des activités conjointes; Retard de la mise en œuvre des activités dû à la lourdeur des procédures de déblocage de fonds; Non clarification des prises en charge des activités; Chevauchement des activités entre les périodes; Instabilité des agents formés; Délai imparti trop court pour le recoupement des données transmises au niveau central; Insuffisance des prestataires de services locaux répondant aux normes requises par le FNUAP. » (p.10)
- L'appui à l'intégration des toutes les bases de données statistiques sectorielle au sein d'une plateforme intégrée (IMIS) a donné lieu à une mission de deux formateurs en 2007 mais a été abandonné par la suite selon la direction de l'INSTAT. Le dispositif s'est avéré rapidement trop complexe et trop demandeur en terme tant de compétences et d'infrastructure informatique au niveau sectoriel comme au niveau de l'INSTAT. L'abandon de cette initiative n'est pas évoquée par le COAR 2009 : « Concernant la gestion de l'information et l'utilisation des données, l'IMIS est en train d'être mis en place avec l'appui de le FNUAP, des administrateurs de la base ont été formés à l'INSTAT, et une liste d'indicateurs à insérer dans IMIS préparée et en cours de finalisation au niveau des 22 Régions du pays » (p.18); ni dans la revue conjointe 2010 d'ailleurs.

(suite)

ANNEXE 4 : Matrice d'évaluation (suite)

Critères de jugement	Indicateurs	Sources d'information	Outils/Méthodes de collecte
CJ3.2 : Les capacités et les moyens de plaider des acteurs porteurs de l'intégration de l'approche population et développement ont été renforcées	<ul style="list-style-type: none"> - Les acteurs porteurs de l'intégration de l'approche population et développement ont été identifiés et leurs initiatives coordonnées avec l'appui du FNUAP - Des publications adaptées à leur public ont été mises à disposition des acteurs porteurs de l'intégration population et développement avec l'appui du FNUAP - Les initiatives des acteurs porteurs de l'intégration population et développement ont été prises en compte dans les documents de politiques sectorielles et générale avec l'appui du FNUAP 	<ul style="list-style-type: none"> - CPAP, PTA de la composante Population et développement - Rapports de suivi FNUAP - Manuels et guides de procédures - Matériaux de formation - Rapports de formation et évaluation - Rapports d'activités de la DMP à la Vice-Primature chargée de l'Economie - Tableaux financiers élaborés par les assistants du FNUAP 	<ul style="list-style-type: none"> - Revue documentaire - Entretiens auprès du Bureau National et des sous-bureaux - Entretiens auprès des CTP, assistants techniques et points focaux du FNUAP - Entretiens auprès des directions qui mettent en œuvre l'appui du FNUAP - Entretiens avec les responsables des ministères ou EPIC qui bénéficient de la mise en œuvre - Entretiens auprès des services déconcentrés qui bénéficient des appuis - Visites sur site
<ul style="list-style-type: none"> • L'appui du FNUAP en matière de renforcement des capacités de plaider des acteurs porteurs de l'intégration de l'approche population et développement a été mis en œuvre par la Direction des Méthodes de Planification de la VPEI. Elle a bénéficié à partir de 2010 de l'appui de l'assistant technique précédemment en appui à la DSEP (pour la mise en place du SNISE). Cet appui dure jusqu'à maintenant, mais partagé (60/40) à partir de 2012 avec la Direction de la Coopération Économique et des Aides Extérieures. • Avant la remise en cause de la mise en place de la décentralisation du fait de l'instabilité politique, les activités de promotion des liens P&D ont intégré des représentants des régions et des communes en plus des services déconcentrés de l'État. Des modules de formation ont été développés par l'Institut Catholique de Madagascar (ICM), seule institution universitaire nationale ayant une spécialisation P&D. À la suite des 1^{ères} présentations par l'ICM, les modules ont été adaptés par la DMP pour s'ajuster à la diversité des publics. Les formations ont été depuis dispensées par la DMP. Les modules ont constitué à ce stade une initiation à la planification avec un appendice illustrant de manière basique les liens P&D. Les séances de formation ont été organisées mais leurs effets sur le renforcement de capacité ne sont pas (plus) identifiables à ce jour. Les participants n'ont pas eu à appliquer les acquis et l'exercice n'a pas été renouvelé. • Après le report de la décentralisation, les actions appuyées par le FNUAP ont été réorientées vers les services de l'État avec des formations en planification organisées à Antananarivo et des conférences-débats visant à sensibiliser les décideurs régionaux aux liens P&D. La formation a été dispensée en juin 2011 avec un appui d'un institut d'appui à la planification, IMATEP. 22 responsables de la planification des ministères sectoriels et de coopératives y ont participé. Les actions en faveur des coopératives ont été abandonnées en 2012 car « <i>le suivi a permis de constater que c'est difficile pour les participants d'appliquer la formation dans leur planification.</i> » (COAR 2011, p.6) Les conférences-débats sont organisées en région, avec l'appui de consultants locaux recrutés sur la base de TDR élaborés par la DMP (et son AT). Ces conférences-débats, comme à Antsohihy par exemple, ont été appuyées par les sous-bureaux et ont été bien reçues. Au niveau de chaque région, le caractère unique de l'évènement réduit leur impact pédagogique et pratique en matière de mise en œuvre effective des liens P&D. • Le CPAP prévoyait initialement des études régionales concourant potentiellement à la sensibilisation des décideurs régionaux. Cette initiative a évolué (COAR 2011) vers des études (4) ponctuelles de portée régionale : une étude de la résilience après les catastrophes naturelles (dans 2 régions, réalisée par ISTE en 2011, en cours d'édition), une étude sur les conséquences en matière de SR des jeunes de bal du dimanche (réalisée par l'Université d'Antananarivo) et une étude sur l'accès aux services sociaux de base. Il n'y a pas eu à ce jour d'exploitation et de diffusion de ces études qui restent donc sans effet sur le renforcement de capacité en matière de liens P&D. • Le seul exercice pratique de planification pendant l'appui du FNUAP est l'élaboration en cours d'un plan de développement national à court terme 2012-2014 par la VPEI. Le document résultant n'intègre pas explicitement les liens P&D et ne 			

développe pas un plaidoyer dans ce sens. Le manque de moyens au niveau central et déconcentré et le déficit de capacité en matière de collecte et de traitement des données administrative continue à constituer un handicap majeur à une planification réellement informée, à jour et intégrant les résultats des programmes passés et en cours.

- Une étude pour la mise en place d'un mécanisme de coordination des Programmes de Coopération Madagascar - FNUAP au sein de la Direction de la Coopération Économique et des Aides Extérieures (DCECAE) de la VPEI a été réalisée en 2011. Le rapport a été livré, qui est resté très général. Il n'y a pas eu de choix fait entre les scénarii de coordination proposés. Il n'a pas été fait état d'une suite à cette initiative. Cette action s'inscrit dans le PTA de 2011 : « *La DCECAE interviendra dans la mise en œuvre de ce PTA pour organiser les revues et le suivi sur terrain de la mise en œuvre du programme de coopération Madagascar-FNUAP.* » Elle est soutenue par le CTA précédemment affecté à la DSP et à la DMP, dont la fonction a été étendue à la coordination des aides au sein du même ministère (50 000\$, 27 % du PTA). La rationalité de cette réaffectation dans une démarche P&D n'a pas été portée à connaissance de l'évaluateur.
- Les actions de sensibilisation sur le lien population et développement proprement dit ont été celles qui rencontré le plus de problèmes de mise en œuvre, avec des revirements stratégiques successifs et, en définitive, le moins d'effets identifiables. Au-delà du partenaire de mise en œuvre, la DMP au sein de la VPEI, les bénéficiaires-cibles se sont renouvelés pratiquement chaque année. « *Madagascar dispose d'une Université privée dénommée Université Catholique de Madagascar (UCM), qui offre une formation en Population et Développement, de niveau DEA (Diplôme d'Étude Approfondie). Durant l'année 2008, avec l'appui du bureau du FNUAP, cette Université a travaillé avec le Gouvernement pour développer des modules de formation en population et développement pour les responsables des programmes sectoriels et les responsables de programme au niveau des régions. Ces modules ont été déjà utilisés par le Gouvernement avec l'encadrement technique de l'UCM pour former une trentaine de planificateurs au niveau sectoriels et une soixantaine de responsables de programme de développement dans 2 régions du pays. À terme, cette initiative vise une meilleure prise en compte des liens entre Population et Développement dans le processus de développement au niveau national, sectoriel et régional.* » (COAR 2008, p.8) « *Suite à l'élaboration des modules de formation en population et développement effectuée par l'ICM (Institut Catholique de Madagascar) en 2008, la Direction des Méthodes et Planification du Ministère de l'Économie dispose actuellement des modules pour le renforcement des capacités des Responsables de programme en matière d'intégration du domaine population dans le programme de développement. Ainsi, les capacités de 360 personnes venant de 4 Régions de Madagascar ont été renforcées en la matière dont les participants sont issus des ONG, de communes, des Régions ou des associations.* » (COAR 2009, p.8) Le COAR 2010 fait état de contacts avec une plateforme d'organisations religieuses (PLEROC) et une « plateforme » de journalistes, sans lien apparent avec les activités précédentes et avec peu de relation avec la dimension P&D. Les raisons de ce changement de stratégies ne sont pas connues. « *Collaboration de l'IP avec des organisations religieuses pour la sensibilisation sur les questions de Population et Développement auprès de leurs adeptes. Cette collaboration s'étend également aussi au niveau du Réseau Média pour la sensibilisation et la vulgarisation des questions de Population et Développement en utilisant les différents canaux médiatiques.* » (COAR 2011, p.5) Ces initiatives n'ont pas été traduites concrètement au-delà de quelques articles de presse et n'ont donc pas eu d'effet notable pendant la période sous revue. En 2011, recourt à l'IMATEP pour des formations dans certaines régions : « *Le renforcement des capacités des responsables et décideurs nationaux, régionaux et décentralisés en intégrant la dimension population au développement a été poursuivie en partenariat avec l'Institut Malgache des Techniques de Planification (IMATEP). Cette session de renforcement de capacités a été étendue aux coopératives.* » (revue 2^{ème} trimestre, p.2)

Critères de jugement	Indicateurs	Sources d'information	Outils/Méthodes de collecte
CJ3.3 : Les activités du FNUAP dans la composante P&D du programme intègrent une stratégie de sortie	<ul style="list-style-type: none"> - Existence d'une stratégie de sortie dans les plans d'action - Progressivité dans le retrait de l'appui du FNUAP - Existence d'indicateurs de performance associés à l'autonomisation des structures appuyées 	<ul style="list-style-type: none"> - CPAP, PTA de la composante Population et développement - Rapports de suivi FNUAP - Rapports du Bureau National et des deux sous-bureaux 	<ul style="list-style-type: none"> - Entretiens auprès du Bureau National et des sous-bureaux

(suite)

ANNEXE 4 : Matrice d'évaluation (suite)

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

QE4 :

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

Critères de jugement	Indicateurs	Sources d'information	Outils/Méthodes de collecte
CJ.4.1 : Les cadres institutionnels et réglementaires en vue de la promotion du genre et de l'autonomisation de la femme se sont améliorés	<ul style="list-style-type: none"> - Des textes réglementaires ont été promulgués ou amendés à tous les niveaux (communal, régional, national) en faveur de la promotion du genre et de l'autonomisation de la femme - Les OSC se sont organisées, mobilisées et se positionnent comme de véritables forces de critique, de suivi et de proposition - Le Ministère de la Population chargé du genre contribue activement à la prise en compte du genre dans les politiques de développement générales et sectorielles - Les IMF accordent des crédits AGR pour les femmes 	<ul style="list-style-type: none"> - Textes juridiques et réglementaires promulgués - Ministère de la Justice - Ministère de la Population - Organisation des Sociétés Civiles - Dossiers d'études et d'évaluation 	<ul style="list-style-type: none"> - Analyses documentaire - Entretiens avec les responsables concernés

Amélioration des cadres institutionnels et réglementaires

- La nouvelle loi relative au mariage et aux régimes matrimoniaux permettant, entre autres, la considération de la parité époux/épouse dans la distribution des patrimoines en cas de divorce ou la considération identique de l'âge légal au mariage pour un homme ou pour une femme a été promulguée en 2007. La vulgarisation de cette loi n'a été faite pas le Ministère de la Justice, département gouvernemental chargé de la diffusion de textes juridiques, qu'au niveau des magistrats et autres hommes de loi (avocats, huissiers). Pourtant, ce sont les maires qui officient les mariages et donnent des directives et conseils aux futurs mariés; ainsi, la majorité des maires, faute d'information et de formation, n'applique pas encore cette nouvelle loi. Il y a aussi le fait que depuis 2009, le flou statutaire autour de la nomination d'une délégation spéciale à la place d'un maire plane dans l'esprit de ces derniers ne leur permettant pas d'agir pour le bon fonctionnement de son mairie. Constatant cette lacune, le MPAS a décidé de mener une activité de formation à l'endroit de ces maires autours de cette nouvelle loi en 2012. L'action est certes tardive mais elle reste pertinente pour le futur.

- Comme il a été stipulé précédemment, le FNUAP et le MPAS, dans le cadre de la promotion du principe de décentralisation/déconcentration, ont formé les planificateurs au niveau des 22 régions. Ces planificateurs émanent de la Région proprement dite en tant que collectivité territoriale décentralisée mais aussi des structures techniques déconcentrées présentes dans la région. L'objectif de cette formation étant la sensibilisation de ces planificateurs pour mener des actions de lobbying en faveur de l'intégration du concept genre dans les documents de planification futurs. Mais force est de reconnaître que malgré la disponibilité de compétence, faute d'une possibilité d'élaborer un nouveau document de planification aussi bien au niveau territorial qu'au niveau sectoriel, l'efficacité de cette approche n'est pas encore prouvée.
- La Commission de l'Océan indien, en collaboration avec le FNUAP, a mis en place une plate forme régionale (niveau Océan Indien) de lutte contre les VBG. Si les autres pays membres de la COI (compte tenu de la superficie du pays ainsi que le nombre d'habitants qui y habitent) ont mis en place directement une plate forme nationale pour représenter leurs pays respectifs, Madagascar, pour s'assurer d'une représentation lors des réunions des îles de l'Océan indien, a choisi dans un premier temps, de constituer le noyau dur d'une plate forme nationale pour le représenter dans les réunions de l'océan indien. Dans un deuxième temps, pour s'assurer d'une meilleure représentativité et implication de tous les acteurs, le MPAS, en collaboration avec FNUAP, a initié des démarches participatives pour la mise en place des plates formes régionales qui devraient élire in fine les membres de la plateforme nationale. Ainsi, actuellement, 2 plates formes ont été mises en place et 4 sont en voie de l'être. Ces plates formes devraient assurer la coordination et le suivi des activités liées à la lutte contre les VBG dans leur région respective.
- Enfin, un programme conjoint FNUAP, UNDP et UNICEF a été réalisé pour mettre en place un mécanisme de suivi de l'accès à la justice et de lutte contre les VBG dans 3 villes pilotes (Antananarivo, Tuléar et Diégo). En effet, constatant qu'il y a un problème de remontée d'information et de données au niveau de chaque structure intervenant dans la lutte contre les VBG ne permettant pas le suivi et la planification des activités au niveau du MPAS, les 3 agences ont pu impliquer toutes les parties prenantes lors de l'opérationnalisation de ce mécanisme. Actuellement, le protocole de travail a été adopté, les matériels informatiques pour la sauvegarde et la diffusion des données sont fournis, les entités concernées sont formés, ... bref, tous les éléments permettant l'opérationnalisation du mécanisme sont mises en place et il ne reste qu'à lancer l'opération pour savoir si le mécanisme est réellement efficace.

Autonomisation des femmes

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

- Une collaboration a été menée avec les Institutions de Micro Finance pour la mise en place d'une ligne de crédit sous forme de fonds revolving à l'endroit des femmes vulnérables à Antananarivo, Tuléar et Tamatave.
 - La notion de vulnérabilité est laissée à l'appréciation des IMF qui avant de donner un crédit aux demandeuses, fassent d'abord une enquête sur terrain aussi bien sur l'environnement direct de la personne qu'au projet d'AGR qu'elle présente. Ainsi, le critère de sélection reste subjectif et souvent basé sur des critères économiques;
 - Comme le plafond de crédit est fixé à 100.000 Ariary, généralement, seules les plus vulnérables sont intéressées par ce genre de crédit;
 - Comme les IMF partenaires sont des mutuelles d'épargne et de crédit, elles exigent de la part des bénéficiaires de crédit de constituer des épargnes. Ainsi, selon les bénéficiaires qu'on a pu interviewer, il y a celles qui ont pu améliorer leur cadre de vie (construction d'une maison, développement du fonds de commerce,...)
 - A titre d'exemple, l'IMF HARDI bénéficiaire d'une enveloppe de crédit de 9.000.000 Ar au démarrage (2009) a pu octroyer jusqu'à maintenant 520.800.000 Ar auprès de 869 bénéficiaires
 - Un des problèmes constatés réside sur le système de suivi de ces crédits : en effet, dans le contrat qui lie l'IMF avec le MPAS, il a été stipulé que c'est le MPAS qui assure le suivi. Pourtant le MPAS n'a fait que le suivi des activités des IMF mais non pas le suivi des crédits octroyés (destinataires, objets de crédit,...)
- L'autre chantier du FNUAP en matière d'autonomisation des femmes est la réinsertion socio-économique des femmes victimes de fistules mais qui ont été soignées.
 - Ces femmes étaient dans un état de précarité dans la mesure où elles étaient souvent rejetées par leur famille et par la communauté compte tenu de leur état de santé et état de propreté. Ainsi le FNUAP a mené une action pour réparer leur état de santé en prenant en charge les opérations chirurgicales nécessaires;

(suite)

ANNEXE 4 : Matrice d'évaluation (suite)

- Après les opérations de chirurgies, ces femmes ont pu réintégrer leur famille et communauté respectives et peuvent vivre librement actuellement
- En parallèle avec cette prise en charge médicale, FNUAP a octroyé des formations en technique de production en agriculture, élevage, artisanat et a doté d'outils de production ou de fonds de commerce (selon les demandes des bénéficiaires). Force est de constater que si l'objectif étant la réinsertion économique de ces femmes, le résultat s'avère négatif car cet appui n'a pas pu permettre de lancer une réelle activité économique et/ou commerciale génératrice de revenu (il y a celles qui ont perdu leur cheptel à cause des maladies, il y a celles qui ont perdu leur fonds de commerce) car l'appui reste très symbolique. Peu de bénéficiaire a pu réellement sortir de leur misère substantielle.

Participation des femmes aux affaires publiques

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

Critères de jugement	Indicateurs	Sources d'information	Outils/Méthodes de collecte
CJ.4.2 : La disponibilité de services de conseil, de protection et de référence pour les victimes de VBG s'est améliorée	<ul style="list-style-type: none"> - Les CECJ partenaires du FNUAP sont opérationnels et sont connus par la population - Des OSC locales sont identifiées et ont bénéficié de la part du FNUAP des renforcements de capacités nécessaires pour mener à bien les activités d'écoute et de conseil; leurs activités ont été/sont coordonnées - Avec l'appui du FNUAP, des contrats ou principes de collaboration ont été acceptés et mis en œuvre par d'autres départements ministériels impliqués dans la lutte contre les VBG (santé, justice, sécurité intérieure, ...) 	<ul style="list-style-type: none"> - Dossiers d'études et d'évaluation - Rapports d'activités - Ministère de la Population - Ministère de la Santé - Ministère de la Justice - OPJ - CECJ - Commune - Organisation des Sociétés Civiles - Bénéficiaires des services des CECJ 	<ul style="list-style-type: none"> - Analyses documentaire - Entretiens avec les responsables concernés - Focus Group

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

(suite)

ANNEXE 4 : Matrice d'évaluation (suite)

Critères de jugement	Indicateurs	Sources d'information	Outils/Méthodes de collecte
<p>CJ.4.3 : Dans quelle mesure FNUAP a-t-il contribué à des activités de sensibilisation de masse sur les droits humains en général et sur les questions de genre en particulier ?</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Les partenaires de mise en œuvre, avec l'appui du FNUAP, ont élaboré et mis en œuvre des stratégies, plan et outils d'information, de sensibilisation et de communication - Les Institutions de formation spécialisées (ENAM, SPDTS, ...) ont intégré dans leur cursus de formation la thématique genre - Les capacités en matière de DH et du genre des journalistes ont été renforcées et ils publient des articles et des émissions d'information, d'éducation à cet effet - Les leaders traditionnels ont été sensibilisés et commencent à collaborer pour la promotion du genre dans leurs communautés respectives 	<ul style="list-style-type: none"> - Dossiers d'étude et d'évaluation - Ministère de la Population - CECJ - Organisation des Sociétés Civiles - Institutions de formation - Leaders traditionnels - Association des journalistes 	<ul style="list-style-type: none"> - Analyses documentaire - Entretiens avec les responsables concernés - Focus Group
<p>Activités de communication et de sensibilisation</p> <ul style="list-style-type: none"> • Durant le 6^{ème} programme, plusieurs axes font l'objet d'une campagne d'information et de communication : <ul style="list-style-type: none"> - Faire connaître l'existence et les services offerts par le CECJ, - Faire connaître les droits humains en général et les droits qui ont une relation avec le genre en particuliers, - Faire connaître les obligations des parents vis-à-vis de leurs enfants ou la parentalité responsable - Faire connaître les activités menées par le FNUAP • A cet effet, les canaux de communication varient selon les circonstances et la volonté des partenaires : <ul style="list-style-type: none"> - Les techniciens des CECJ qui mènent des activités de sensibilisation auprès des Fokontany et communes environnantes (qui peut aller jusqu'à 60km) ainsi qu'en partenariat avec les radio locales et radio national - Les OSCs partenaires qui ont souvent une envergure nationale et qui sont liées avec le MPAS par un contrat de prestation de service de sensibilisation auprès de leurs cibles respectifs (la population en général pour la plate forme des sociétés civiles, la communauté religieuse pour les membres de la plate forme des organisations confessionnelles,) - Les leaders traditionnels qui ont encore leur notoriété et leur pouvoir dans certaines régions et communautés de Madagascar. A cet effet, ils étaient formés par l'équipe de MPAS et du FNUAP en matière de genre pour qu'ils puissent à leur tour mener des actions de sensibilisation auprès de leur communauté respective, - L'association des journalistes pour qu'elles sortent des articles ou émissions relatives à la promotion du genre dans leur support médiatique • Pour ce faire, les opportunités de sensibilisation varient selon les canaux de communication : <ul style="list-style-type: none"> - Permanents pour les leaders traditionnels - Périodiques, notamment après avoir reçu les fonds d'appui du FNUAP, pour les techniciens des CECJ - Selon les termes du contrat de collaboration pour les OSCs 			

- Durant les journées thématiques : journée de la femme, journée contre la maltraitance des enfants,
- Durant l'évènement « 16 jours d'activisme »
- Selon les opportunités qui se présente pour l'association des journalistes
- Les résultats de ces activités sont différents
 - Les campagnes relatives à l'information sur l'existence et les services offerts par les CECJ ont connus un résultat positif si on n'analyse que l'augmentation de demande d'ouverture de nouveaux CECJ et le nombre en augmentation des survivants sollicitant le service des CECJ (si au démarrage, en 2008, le nombre de CECJ était de 2 et le nombre de personne demandant service auprès de ces CECJ était de 250, actuellement, il y a 15 CECJ et le nombre de personne sollicitant le service des CECJ avoisine les 4.500 personnes. La culture du silence commence à être rompue
 - La campagne sur la parentalité responsable qui était auparavant menée de pair avec le volet « éducation à la vie familiale » n'a été réalisée que via les actions de sensibilisation et d'écoute menées par les techniciens du CECJ. Ainsi, seules les personnes qui sont en contact direct avec les CECJ, peuvent bénéficier de cette action.
 - La campagne menée durant les journées thématiques devient une obligation administrative et selon les personnes interviewées, les messages véhiculés durant ces journées, souvent présentés sous formes de discours du Ministre ou de son représentant dans la localité, s'apparentent à des messages à caractères politiques et/ou administratives et n'intéresse plus les cibles. A titre d'exemple, la journée de 8 mars devient seulement une journée chômée pour la majorité des femmes mais non pas une journée pour faire valoir leur droit
 - L'évènement 16 jours d'activisme a connu un succès positif en terme de mobilisation des partenaires
 - Les activités menées auprès des leaders traditionnels ont connus un résultat mitigé. En effet, les focus group menés avec ses leaders ont pu ressortir que ces derniers commencent à sensibiliser la communauté (sans que cette campagne de sensibilisation soit systématique) sur la violence physique et sexuelle mais restent difficilement convaincus sur la fidélité pourtant l'infidélité constitue l'une des causes des VBG
 - Les activités menées par l'association des journalistes sont trop ponctuelles et s'apparente à des prestations de services mais n'aboutit pas à un véritable partenariat En effet, l'association n'a pas menée des actions sur la base d'un PTA préalablement discuté avec le FNUAP mais elle a répondu seulement à une manifestation d'intérêt relative à une prestation de service de production de films documentaires. Par ailleurs, les journalistes membres de l'association essaient d'assurer la couverture médiatique des activités menées par le FNUAP mais ils n'ont pas d'obligation de parution ni de diffusion.

Critères de jugement	Indicateurs	Sources d'information	Outils/Méthodes de collecte
CJ.4.4 : Les effets des interventions du FNUAP dans la composante genre sont susceptibles de durer au-delà de la fin du programme	Les partenaires institutionnels dans la mise en œuvre du programme disposent des capacités techniques, institutionnelles, organisationnelles et financières nécessaires et suffisantes pour assurer la pérennité des effets des interventions après la fin de l'appui du FNUAP	<ul style="list-style-type: none"> - Dossiers d'étude et d'évaluation - Ministère de la Population - CECJ - Organisation des Sociétés Civiles - Bénéficiaires des services des CECJ et des OSC 	<ul style="list-style-type: none"> - Analyses documentaire - Entretiens avec les responsables concernés - Focus Group
<ul style="list-style-type: none"> • En dépit de leur efficacité, la pérennité des activités de sensibilisation demeure incertaine du fait qu'aussi bien les CECJ que les autres acteurs dépendent quasi-totalement des financements extérieurs. En effet, jusqu'à maintenant, les activités menées par le CECJ est financées entièrement par le fonds du FNUAP. • Les OSC, partenaires du FNUAP (OSC pour la participation des femmes dans les affaires publiques, Plate-forme de la société civile, Associations des journalistes etc.) souffrent en général d'une fragilité à la fois organisationnelle et institutionnelle qui aura comme conséquence l'incertitude quant à la pérennisation des actions qu'on a menées avec eux. . En effet, ces institutions sont encore à la recherche d'une stabilité dans la mesure où l'organisation ainsi que l'identité institutionnelle a été aussi victime de la crise politique. 			

(suite)

ANNEXE 4 : Matrice d'évaluation (suite)

QE5 :			
Dans quelle mesure les ressources humaines, financières et administratives mobilisées dans le cadre du programme ont-elles été converties en résultats ?			
Critères de jugement	Indicateurs	Sources d'information	Outils/Méthodes de collecte
CJ.5.1 : Les ressources humaines, et financières allouées au programme sont adéquates au regard des objectifs poursuivis	<ul style="list-style-type: none"> - Volume de ressources humaines et financières adéquat et suffisant pour fournir l'appui nécessaire aux partenaires pour la planification, la mise en œuvre et le suivi des interventions. - La délocalisation des ressources humaines (sous bureau régional, équipe opérationnelle, autres institutions partenaires) répond de manière satisfaisante aux besoins et aux enjeux des zones d'intervention dans les trois composantes du programme 	<ul style="list-style-type: none"> - CPAP, PTA - Rapports de suivi FNUAP, RSP - Tableaux financiers élaborés par les assistants du FNUAP - Atlas - Rapports financiers 	<ul style="list-style-type: none"> - Revue documentaire - Entretiens auprès du Bureau National et des sous-bureaux - Entretiens auprès des CTP, assistants techniques et points focaux du FNUAP - Entretiens auprès des directions qui mettent en œuvre l'appui du FNUAP - Entretiens auprès des services déconcentrés qui bénéficient des appuis - Visites sur site
<p>SR Ressources humaines Au niveau du bureau pays 7 conseillers sont responsable pour la composante SR:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Un conseiller technique principal ▪ Un conseiller Senior santé maternelle (jusqu'à la fin 2011) (financement FTSM) ▪ Un spécialiste technique, sécurisation des produits de la SR (financement programme mondial SPSR) ▪ Une chargée de programme SR ▪ Un chargé de programme SRA HIV ▪ Une chargée de programme SRA ▪ Une conseillère sage femme (financement FTSM) <p>L'effectif de la composante SR s'est étoffé au cours du 6^{ème} programme avec l'introduction du FTSM et du programme mondial SPSR.</p> <p>Bien que chaque personne soit responsable d'aspects différents du programme, des réunions sont organisées pour harmoniser les interventions. Toutefois il semble que les rôles se chevauchent ce qui crée des confusions au niveau des interlocuteurs. Il est en effet difficile de savoir qui est responsable de certains aspects du programme.</p> <p>Un appui direct est en place au niveau de la direction nationale du projet (c'est à dire au niveau de la direction générale de la santé) : avec un expert SR; un assistant administratif et financier (AAF); un assistant logistique); et 3 chauffeurs. La présence de l'expert SR est très utile au sein du ministère en termes de coordination et d'appui technique.</p> <p>Dans chaque région quick wins des médecins points focaux (MAS) médecin d'appui sont basés au niveau de la DRSP. En collaboration étroite avec toutes les parties prenantes (DRS, Médecin Inspecteur, Représentants des ONG et/ou OCB, formations sanitaires) les médecins d'appui sont chargé de la planification et de la gestion de la mise en œuvre des activités de la santé de la reproduction de sa région tant du point de vue communication pour le changement de comportement que prestations de services cliniques et communautaire concernant les composantes de la santé de la reproduction prioritaires pour Madagascar (PF, MMR, Lutte contre les IST et le VIH et SIDA, les violences sexuelles et domestiques, SRA, dépistage précoce du cancer du col, campagne pour l'éradication des fistules obstétricales)⁵⁹</p>			

⁵⁹ Terme de Référence - Médecin Point Focal de la Région Sanitaire (DRSP)

Apparemment le support des MAS varie d'une région à l'autre en fonction de leurs compétences. Certains apportent un soutien à la mise en œuvre des différentes interventions SR des quick wins, en particulier la mise en œuvre de CHANNEL. Certains soutiennent la compilation des données du système d'information (GSIS) au niveau régional. Ils appuient le processus de planification des régions.

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

Ressources financières

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

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

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

Source : ATLAS

P&D

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

Les ressources humaines et financières mobilisées pour la composante P&D ne se sont pas avérées suffisantes pour contribuer significativement à l'atteinte des résultats par les partenaires d'exécution, hormis le cas notable de l'INSTAT où le volume important de ressources allouées au RGPH a pu être converti dans un appui multiforme (appui technique, formation de base, équipements) suffisant pour créer une dynamique (avec des financements extérieurs complémentaires du SNU pour des produits particuliers et d'autres PTF pour d'autres actions de coopération).

Pour le SNISE comme pour l'intégration P&D dans la planification, les contraintes structurelles d'une administration en crise (budgétaire et en compétences) n'ont pas pu être levées par des actions ponctuelles de formation et de sensibilisation. L'appui technique à la VPEI a contribué à mettre en œuvre des dispositifs qui n'ont pas porté de résultat significatifs et qui n'en seront pas capables sur le moyen terme. Les appuis aux STD se sont limités à ceux du personnel des deux sous-bureaux et d'une mission de supervision de la DSEP, donc sans effet de renforcement des capacités. Les STD ont régulièrement fait connaître leurs besoins au FNUAP soit directement, soit par le biais des sous-bureaux, sans obtenir de réponse. Les Plateformes et Cellules de Centralisation et d'Analyse régionales sont laissées à leurs seules compétences et moyens, qui sont extrêmement limités.

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

Source: FNUAP

(suite)

ANNEXE 4 : Matrice d'évaluation (suite)

Genre

Ressources Humaines

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

Ressources Financières

- De 2008 à 2011, 1.452.018 USD ont été alloués pour réaliser les activités stipulées dans le CPAP, composante genre dont 60,15% alloués par le Gouvernement Malgache et 39,85% par FNUAP. Durant cette période, 91,15% du budget total ont été dépensés dont 59,56% par le Gouvernement Malgache et 40,44% par FNUAP. Avec les ressources budgétaires allouées, toutes les activités planifiées ont été réalisées. Toujours est-il que le processus de planification des activités menées au niveau des CECJ a été réalisé par rapport aux budgets qui leur sont alloués, en conséquence, les activités ne sont pas inscrites dans les PTA si dès sa planification, le budget y afférent est disponible.
- Par rapport à la contribution du Gouvernement Malgache, en valeur absolue, la participation malgache n'a cessé d'augmenter avec respectivement de 181.181,1 USD en 2008, 142.197,95 USD en 2009, 216.297,79 USD en 2010 et 248.598,39 USD en 2011. Par contre, en pourcentage, on a constaté une baisse notable en 2009 et 2010 avec respectivement 49,77% et 34,04% si cette participation était de 65,55% en 2008. En 2011, on note une augmentation de cette participation de la part malgache avec 60,25%. Ainsi, on a pu constater qu'aussi bien la part malgache que le FNUAP a augmenté ses participations financières en 2010 pour atteindre une déblocage globale de 617.327,79 USD soit plus du double des dépenses en 2008 et 2009 car c'est à partir de cette année que les activités du FNUAP, composante Genre a atteint ses vitesses de croisière; et ce, compte tenu de la situation sociopolitique à Madagascar mais aussi grâce au recrutement de l'Expert en Genre affecté auprès du MPAS.
- Par ailleurs, en terme de déblocage des fonds, les procédures adoptées jusqu'à maintenant ne permettent pas aux sous traitants d'assurer pleinement leurs activités. A titre d'exemple, les fonds destinés aux CECJ ne sont disponibles auprès de ces derniers que vers le mois de juin et devraient être dépensés avant le mois de décembre; ainsi les PTA censés être réalisés en 12 mois sont exécutés en 7 mois au maximum. Par ailleurs, les CECJ sont obligés d'avancer la trésorerie nécessaire pour réaliser les activités « obligatoires » programmées avant le mois de juin (exemple : la célébration de la journée de la femme le 08 mars). Bref, les procédures adoptées avant ou pendant la crise politique à Madagascar n'ont pas permis aux partenaires du FNUAP de mener à bien leurs activités.

Ressources Matérielles

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

Critères de jugement	Indicateurs	Sources d'information	Outils/Méthodes de collecte
CJ.5.2 : Les procédures administratives et les modalités d'intervention du FNUAP favorisent l'optimisation des résultats du programme	<ul style="list-style-type: none"> - Partenariat approprié pour la mise en œuvre des interventions - Les procédures administratives et financières permettent une gestion appropriée et dans les temps des ressources - Les budgets alloués au niveau des bénéficiaires/ partenaires leur parviennent en temps opportun pour mener à bien les activités prévues 	<ul style="list-style-type: none"> - CPAP, PTA - Rapports de suivi FNUAP, RSP - Tableaux financiers élaborés par les assistants du FNUAP - Atlas 	<ul style="list-style-type: none"> - Revue documentaire - Entretiens auprès du Bureau National et des sous-bureaux - Entretiens auprès des CTP, assistants techniques et points focaux du FNUAP - Entretiens auprès des directions qui mettent en œuvre l'appui du FNUAP - Entretiens auprès des services déconcentrés qui bénéficient des appuis Visites sur site

Sous-bureaux

Les deux sous-bureaux qui ont été établis pour améliorer la proximité et la réactivité du FNUAP dans les régions du nord et du sud de l'île. Les deux dispositifs sont très légers tant du point de vue du personnel mobilisé (un conseiller, avec une assistance à Tuléar) et de l'autonomie qui leur a été donnée, même dans des situations d'urgence. La modicité des moyens, étendus au budget de déplacement, a fortement limité la couverture géographique réelle de ces entités déconcentrées qui s'est progressivement réduit à la région où les bureaux sont installés et non pas les 2 ou 3 régions avoisinantes. Dans les deux zones, une mission en dehors de la région de résidence implique automatiquement 2 ou 3 jours de déplacement, dans des conditions souvent difficiles.

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

SR

- Le partenariat principal pour le Produit 1 de la composante SR était la Direction Générale de la Protection Sociale (DGPS), au sein du Ministère de la Santé Publique. Les partenaires d'exécution étaient les ONG SAF/FJKM et SALFA en 2008, MSI s'est rajouté en 2009. En 2010 le partenariat au sein du ministère a été avec le Direction planning familial, direction santé de la mère et de l'enfant, service de lutte contre les IST, et les ONG SAF/FJKM, SALFA, MSM, PACT/MSIS, et la centrale d'achat SALAMA. Les partenaires ont toujours plus ou moins été les mêmes au cours de la période du CPAP. Les modalités de partenariat ont changé et en 2011 des PTA ont été signés directement chaque ONG. Cette multitude de PTA a été avérée difficile à gérer et en 2012 un seul contrat a été signé avec un consortium réunissant tous les partenaires non gouvernementaux. Le PTA principal restant avec le gouvernement.
- Le produit 2 était le service des Urgences et Catastrophes du Ministère de la Santé Publique et du Bureau National de la Gestion des Catastrophes (BNGRC). Le produit 3 a été mis en œuvre avec le Ministère de la Santé, le SECNLS et avec le Ministère de la Jeunesse.
- De plus petites organisations étaient sous contractant pour la mise en œuvre de certaines activités. Le partenariat mis en place par le FNUAP semble approprié dans l'ensemble. Toutefois certains partenaires rencontrés lors de l'évaluation n'ont pas démontré des aptitudes et compétences de gestion très rigoureuses.
- Les retards de procédures sont courants et ont été mentionnés par différents partenaires ce qui entraîne des retards dans le paiement des budgets et de fait un retard dans la mise en œuvre. Le paiement direct appliqué par le système de Nations Unies à Madagascar pour les activités réalisées par le Ministère de la santé est la contrainte principale sur la faible exécution financière⁶⁰. « Problème de retard dans le financement; les PTA signés seulement en août; obligation d'exécuter les activités avant fin de l'année. De nombreuses activités doivent être abandonnées ».⁶¹

(suite)

⁶⁰ FTSR rapport 2010

⁶¹ Entretien Croix Rouge

ANNEXE 4 : Matrice d'évaluation (suite)

<p>P&D</p> <ul style="list-style-type: none"> La relative modicité des apports financiers du FNUAP pour les IP de la composante P&D n'a pas motivé de remarques particulières sur ses procédures administratives et financières. Les deux partenaires d'exécution (INSTAT et VPEI) ont par ailleurs bénéficié de l'appui d'un poste d'assistant administratif et financier qui a sans doute facilité les procédures. L'utilité du maintien de ces postes après le passage au paiement direct n'a pas été questionnée. Des tableaux financiers récapitulatifs complets n'ont pu être récupérés qu'auprès de l'INSTAT. <p>Genre</p> <ul style="list-style-type: none"> L'affectation d'un Expert en Genre et de 2 personnels d'appui au niveau du MPAS a pu booster la réalisation des activités stipulées dans le CPAP. Comme l'IP MPAS vient de connaître un changement institutionnel et organisationnel, l'apport de ces personnes a permis de mieux cadrer, mieux suivre les activités et du Ministère et des partenaires de mise en œuvre (les sous traitants) du Ministère L'apport financier du FNUAP (autours de 50 % ± 10) dans le budget total de mise en œuvre constitue un des facteurs d'optimisation des résultats du programme. En termes de procédure, le retard de déblocage de fonds au niveau des partenaires de mise en œuvre comme les CECJ freine par contre cette optimisation. A titre d'exemple, les CECJ ne reçoivent pas leur financement que vers le mi-juin soit presque à la moitié de l'année; financement qu'il doit utiliser jusqu'avant début décembre pour permettre la clôture des comptes. Ainsi, un PTA censé réaliser pour 12 mois n'a été mis en œuvre qu'en 6 mois. Dans ce même problème, même si le fonds n'est disponible que vers mi-juin, les CECJ sont obligés de participer à certaines activités nécessitant une participation financière assez importante (comme le cas de la célébration de la journée de la femme tous les 8 mars).
--

QE6 :

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

Critères de jugement	Indicateurs	Sources d'information	Outils/Méthodes de collecte
CJ.6.1 : Les objectifs du CPAP sont alignés sur ceux de l'UNDAF	Référence aux effets 1 et 5 de l'UNDAF dans le CPAP et les PTA	Documents <ul style="list-style-type: none"> - UNDAF - CPAP - PTA Entretiens <ul style="list-style-type: none"> - Bureau de pays - SNU 	Revue documentaire Entretiens individuels
<ul style="list-style-type: none"> Le CPAP se réfère explicitement aux effets attendus de l'UNDAF, et plus particulièrement aux effets 1 (« La jouissance par la population, en particulier les groupes les plus pauvres et vulnérables, de leurs droits sociaux, économiques, civils, politiques est améliorée, grâce à une gouvernance participative et solidaire ») et 5 (« L'accès des populations à des soins préventifs et curatifs de santé et aux informations de qualité est amélioré »), auxquels sont censées contribuer respectivement les composantes P&D et genre et la composante SR. <p>SR</p> <ul style="list-style-type: none"> Le CPAP 2008-2011 prévoit la mise à disposition du paquet essentiel d'information et de services de santé de la reproduction dans les zones d'intervention du programme au travers (i) du renforcement des capacités de gestion, (ii) de la mise en place d'un système de référence pour les urgences obstétricales, (iii) de sécurisation des produits de la SR et (iv) de la promotion d'un changement de comportement. Ceci contribue à l'effet UNDAF 5 visant à améliorer l'accès de la population à des services de santé de qualité. Les stratégies du CPAP et les PTA qui sont calqués sur ces stratégies reflètent l'effet 5 attendus de l'UNDAF. Le produit 2 qui correspond à la 'mise en place de mécanismes de réponse en cas d'urgence dans le domaine de la SR', concerne l'effet UNDAF 1, qui vise à garantir que 'la population (en particulier les groupes les plus pauvres et vulnérables) bénéficient de droits sociaux, économiques, civils et politiques'. Les PTA en ciblant les personnes en situation d'urgence répondent ponctuellement à l'Effet 1. 			

P&D

- L'effet 1 de l'UNDAF est décliné dans les RSP en 7 effets programmes pays, dont « 1.6. Les décisions socioéconomiques sont basées sur des systèmes d'information améliorées et des outils performants de planification et de suivi évaluation », qui englobe les actions du FNUAP dans le domaine population et développement. Les autres agences du SNU impliquées sont BIT, OMS, ONUSIDA, PAM, PNUD, UNESCO, UNHABITAT et UNICEF. Le FNUAP est engagé dans 3 des 4 produits correspondants :
 - I. Des systèmes d'information socioéconomiques et démographiques fiables sont disponibles au niveau national, sectoriel (santé, éducation, agriculture, emploi) et régional pour la coordination, la planification, suivi et évaluation;
 - II. Les partenaires nationaux sont capables de coordonner, de planifier, de faire le suivi et évaluation des programmes nationaux de développement;
 - III. Le Comité national de lutte contre le Sida et ses démembrements sont capables de coordonner la réponse multisectorielle inclusive et large sur le VIH et le Sida.
- Le produit (i) est reflété dans le CPAP du FNUAP, du moins pour ce qui relève de la santé (« Les données démographiques et socio-économiques désagrégées sont disponibles et accessibles aux niveaux national, sectoriel et décentralisé pour la mise en œuvre et le suivi du MAP et des OMD. ») L'appui à l'INSTAT a même été au-delà avec le soutien à l'Enquête Périodique des Ménages et le suivi des OMD. Les résultats de l'EDS ont été diffusés et discutés au niveau de régions, ce qui encourage la coordination et la planification. Le produit (ii) correspond aux activités de soutien du SNISE, le Système National Intégré de Suivi-évaluation, avec la Direction du Suivi-Évaluation et de la Planification comme partenaire de mise en œuvre, au sein même de la Vice-Primature chargé de l'Économie. Le produit (iii)... cf. Isabelle.
- L'effet 5 de l'UNDAF est « l'accès des populations à des soins préventifs et curatifs de santé et aux informations de qualité est amélioré, grâce à un environnement et un cadre légal et programmatique adéquats. » [pas d'implication P&D]

Genre

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

(suite)

ANNEXE 4 : Matrice d'évaluation (suite)

Critères de jugement	Indicateurs	Sources d'information	Outils/Méthodes de collecte
CJ.6.2 : Les objectifs du CPAP ainsi que sa mise en œuvre reflètent la prise en compte des priorités du plan stratégique du FNUAP	<ul style="list-style-type: none"> - Renforcement des capacités nationales; - Ciblage particulier des groupes les plus vulnérables et désavantagés; - Intégration de la dimension Jeunesse - Promotion de la coopération sud-sud 	Documents <ul style="list-style-type: none"> - Plan stratégique du FNUAP 2008-2011 - CPAP - PTA Entretiens <ul style="list-style-type: none"> - Bureau de pays - Partenaires de mise en œuvre 	Revue documentaire Entretiens individuels
<ul style="list-style-type: none"> • L'alignement du CPAP sur les objectifs du plan stratégique du FNUAP pour la période 2008-2011 est clairement exprimé dans la présentation des produits et activités des trois composantes du programme. Pour chaque composante, les effets du plan stratégique auxquels les produits du CPAP sont censés contribuer sont identifiés. Le CPAP n'explicite en revanche pas la logique d'intervention censée conduire des activités du CPAP aux effets correspondants du plan stratégique. • Les priorités du plan stratégique sont inégalement reflétées dans le CPAP. Le développement des capacités nationales, par exemple, est au cœur de l'action du FNUAP à Madagascar et inspire donc l'ensemble du CPAP. Le ciblage des groupes les plus vulnérables et désavantagés est particulièrement visible dans les composantes SR et Genre, moins dans la composante P&D. En ce qui concerne les jeunes, bien que représentant un groupe cible prioritaire du programme pour les trois composantes, on ne peut parler d'une véritable approche intégrée de la dimension jeunesse à part depuis la récente orientation de cet aspect du programme.⁶² Rien n'a été fait (ni même programmé) en matière de coopération sud-sud. <p>SR</p> <ul style="list-style-type: none"> • La composante SR vise à développer les capacités nationales et les stratégies adoptées sont définies afin de tendre vers cet objectif. Toutefois la faiblesse des capacités nationales a été accentuées par la crise politique et de fait un renforcement notable de ces capacités n'a pas pu avoir lieu. Par exemple, le changement fréquent des interlocuteurs au sein du ministère de la santé ainsi que des agents de santé dans les formations sanitaires est un frein à ce renforcement. • Ciblage des groupes vulnérable : La vulnérabilité particulière des femmes en âge de procréer a été identifiée dans le 6ème CPAP qui souligne le taux de mortalité maternelle élevé, le faible taux d'accouchement dans les formations sanitaires le faible taux de prise en charge des complications avec un accès géographique limité aux services de santé ainsi que l'existence de barrières liées à des facteurs socio culturels et d'accessibilité financière. Au niveau national un soutien dans le but de renforcer les services de santé de la reproduction contribue à l'amélioration de ces services, avec entre autre la sécurisation des produits contraceptifs qui permet un approvisionnement dans tout le pays. Toutefois dans le cas des planifications spécifiques telles que le plan SONU les structures sanitaire desservant une population plus grande ont été mises en priorité et les zones les plus reculées font l'objet d'une attention moindre. L'approche quick win en ciblant les régions présentant les indicateurs de santé de la reproduction les plus faibles vise les femmes les plus vulnérables. • La dimension jeunesse est prise en compte dans le CPAP et dans la programmation. Toutefois la portée réduite des interventions (renforcement de certaines maisons des jeunes avec du matériel de loisir) ne paraît pas pouvoir répondre aux besoins. D'autre part les interventions planifiées pour répondre aux besoins identifiés tels que les grossesses précoces semblent insuffisantes. • Coopération Sud-Sud : les formations CHANNEL ont été fournies à d'autres pays bénéficiant du programme mondial. Pour exemple: la formation de formateurs en gestion logistique et l'utilisation de CHANNEL, qui s'est tenu à Dakar en 2010 pour une douzaine de pays ouest-africains, la formation des formateurs dans la même zone, à l'île Maurice en 2010 (pris en charge par ARO Johannesburg) et en 2011; formations sur CHANNEL délivré par le CO Madagascar en Haïti (2009), Burkina Faso (2010) et au Niger (2010); ainsi que des voyages d'étude à Madagascar des délégations de la Sierra Leone et le Niger. <p>P&D</p> <ul style="list-style-type: none"> • La composante P&D est entièrement dédiée au développement des capacités nationales et a été mise en œuvre en cohérence avec les objectifs du CPAP. • Les autres priorités du plan stratégique du FNUAP n'y ont pas trouvé leur place sauf la promotion de la coopération Sud-Sud avec la collaboration établie entre l'INSTAT, Institut National de Formation Administrative et l'ENSEA d'Abidjan pour un cursus diplômé de deux années en statistiques et démographie (technicien supérieur). Les enseignants de l'ENSEA viennent assurer des cours de statistiques descriptive (1ère année) et techniques de sondage (2^{ème} année) tandis que les autres parties du cursus (40 %) sont assurés par des cadres de l'INSTAT. Les élèves diplômés sont intégrés dans la fonction publique (assistant techniques de la statistique, cadre A4) par un arrêté nominatif annuel. Le premier arrêté, pour les 20 élèves qui ont décidé de s'arrêter après la première année en 2010, se fait toujours attendre. Les 26 élèves qui poursuivent en 2^{ème} année seront intégrés 			

⁶² Voir critères du jugement 2.1

avec un grade A3 (technicien supérieur). Sauf dérogation, tous sont destinés à être intégrés au sein de l'INSTAT. Le niveau des élèves est très hétérogène mais dans l'ensemble surqualifié par rapport au diplôme (entrant dans le cursus avec une licence ou une maîtrise). L'incidence de la crise sur l'embauche et l'instabilité des emplois renforce artificiellement l'attractivité de la formation. Après écrémage des diplômés chômeurs, le niveau moyen des élèves risque de baisser rapidement du fait de la crise du système éducatif malgache (mauvais niveau en français, la langue d'enseignement de l'ENSEA).

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

Genre

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

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

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

Critères de jugement	Indicateurs	Sources d'information	Outils/Méthodes de collecte
CJ.6.3 : Le bureau de pays contribue à la coordination et favorise la recherche de complémentarités au sein du SNU	<ul style="list-style-type: none"> - Contribution effective au bon fonctionnement des groupes thématiques du SNU - Contribution effective à l'élaboration de l'UNDAF et sa révision - Mise en œuvre d'activités conjointes - Recherche de complémentarités et de synergies 	Entretiens Bureau de pays SNU	Revue documentaire Entretiens individuels
<ul style="list-style-type: none"> • Le FNUAP est membre actif d'une dizaine de groupes et sous-groupes thématiques du SNU. Le FNUAP a assuré ou assure notamment la présidence : <ul style="list-style-type: none"> - du groupe thématique communication (en 2010 et 2011); - du groupe GISE (en 2008, 2009, 2010 et à nouveau en 2012) - du groupe thématique Droits humains et genre (depuis 2010); - du groupe axe information, suivi et évaluation et communication (depuis 2012) 			

(suite)

ANNEXE 4 : Matrice d'évaluation (suite)

- Le FNUAP participe également à différents programmes conjoints, avec d'autres agences du SNU et/ou d'autres partenaires de développement :
 - élaboration du Plan opérationnel de l'engagement de Madagascar (partenaires : Ministère de la santé publique, OMS, BM, ONUSIDA, USAID, JICA)
 - coordination du groupe technique de travail sur la santé maternelle et néo-natale (H4+);
 - rôle moteur (lié à l'expertise technique reconnue au FNUAP par ses partenaires) dans l'enquête périodique auprès des ménages (avec financements UNDP et UNICEF);
 - programme conjoint pour la réduction de la vulnérabilité des femmes, dans le sud (avec le PAM)
 - programme de sécurité humaine à Antananarivo (avec UNICEF et UNHabitat)
 - rôle moteur dans l'enquête OMD 2012 (avec financement de l'UNICEF, du PNUD, de l'USAID et de la BAD)

Le FNUAP a contribué à la mise en place d'une plateforme nationale de partage des connaissances en matière de suivi et évaluation (HayZara)

SR

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

- La coordination du groupe de travail sur la santé maternelle et néonatale est assurée par le FNUAP. Le groupe technique de travail est composé des techniciens issus des organisations membres du H4+ ⁶³, élargi aux autres partenaires œuvrant en la matière tels que JICA, USAID, Ambassade de France, ONUSIDA,
- Avec l'Organisation Mondiale de la Santé, en particulier, les interventions en santé maternelle et néonatale sont complémentaires et coordonnées. Par exemple les audits de décès maternels ont été introduits conjointement, l'OMS est intervenu pour la formation des formateurs et le FNUAP a appuyé les formations dans les régions.
- Le partenariat avec l'ONUSIDA est également complémentaire. Le Plan Stratégique National de Lutte contre le VIH/Sida (PSN) 2001-2006. définit la contribution et les tâches des partenaires pour sa réalisation. Le FNUAP se concentre sur l'approvisionnement et la distribution des préservatifs (ainsi que les antirétroviraux) et les activités de prévention chez les jeunes, les femmes et les militaires. Plus récemment le FNUAP est devenu le chef de file pour la formulation de lignes directrices sur la prise en charge des violences sexuelles.
- La collaboration avec l'UNICEF au niveau national est effective au niveau du H4 (le FNUAP est le secrétariat du H4 -les planifications se font ensemble ainsi que les revues périodiques), du UN security trust fund, de la SRA (coopération pour la révision des modules compétences de vie), common emergency revolving fund OMS, FNUAP, UNICEF Le programme conjoint des NU dans le sud : programme de convergence est sensé accroître les synergies toutefois la présence des 2 organisations dans le domaine de la santé maternelle et dans la même zone géographique crée de la confusion plutôt qu'un effet synergique dans la mesure où les approches ne sont pas toujours coordonnées. La coordination des interventions sur le terrain n'est pas toujours être effective bien que des réunions régulières de coordination soient organisées. Par exemple les conditions de contractualisation des sages femmes contractualisées sont différentes même au sein d'une même région. ⁶⁴
- L'évaluation SONU a permis un partenariat avec le FNUAP en tant que chef de file et les autres agences des nations unies également apportant un soutien technique et financier
- Dans la mesure où le ministère de la santé souhaite intégrer tous les intrants de santé le soutien du FNUAP à la centrale logistique d'achat SALAMA et à son système logistique avec le logiciel CHANNEL est essentiel. Le soutien à SALAMA nécessite une coordination avec les agences qui appuient le Ministère de la santé en ce qui concerne les différents types intrants (par exemple le Fond Mondial pour la Tuberculose, paludisme et VIH/Sida).

P&D

- La composante P&D évolue sans recherche de complémentarité particulière avec les autres agences du SNU. Des cofinancements se sont mis en place sur des productions spécifiques de l'INSTAT comme l'EDS et l'EPM, le FNUAP soutenant le partenaire par un appui technique (expert international) et un appui institutionnel. L'appui au SNISE, qui couvre tous les aspects sectoriels et de gouvernance, avait un potentiel de coordination et de synergie avec le SNU qui n'a pas été perçu ou concrétisé.
- Le FNUAP a participé au groupe thématique GISE. Le SNU a mis en place par ailleurs le Groupe de travail GISE - Gestion de l'Information, Suivi et Évaluation (GISE) en 2009 sur l'initiative et avec le soutien financier du FNUAP qui en a assuré

⁶³ OMS, UNFPA, UNICEF, Banque Mondiale qui en septembre 2008 ont fait une déclaration conjointe sur la santé maternelle et néonatale en vue d'intensifier des efforts pour sauver la vie des femmes et des nouveau-nés.

⁶⁴ Entretiens avec les différents partenaires sur le terrain

la présidence la 1^{ère} année. L'objectif est de renforcer les capacités des agences en matière de production et d'analyse de l'information pour la gestion orientée sur les résultats. Une formation a été organisée pour les responsables et points focaux de suivi et d'évaluation. Des réunions se tiennent tous les trois mois autour du suivi de l'UNDAF. Le FNUAP a eu un rôle déterminant dans le GISE pour proposer des outils de suivi, et continue à y contribuer au suivi de l'UNDAF pour ses activités et de par l'appui à l'INSTAT dans le cadre de sa composante P&D.

Genre

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

QE7

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

Critères de jugement	Indicateurs	Sources d'information	Outils/Méthodes de collecte
CJ.7.1 : Le bureau de pays a fait preuve de flexibilité face aux changements dans le contexte national (crise politique, émergence de nouveaux besoins, catastrophes naturelles, etc.)	<ul style="list-style-type: none"> - Rapidité de réaction; - Capacité à réorienter/ ajuster les objectifs du programme; - Les changements d'activités introduits en cours de programme étaient dûment justifiés par l'évolution du contexte national - Ces changements se sont révélés adaptés aux nouveaux besoins identifiés - Prise en compte de l'intensification des VBG dans les interventions de la composante genre après la crise - La stratégie d'appui à la collecte et au traitement des données démographiques et socio-économiques est cohérente avec la restriction des attributions de la HAT en matière de planification - La stratégie de renforcement des capacités des décideurs par rapport à l'intégration population et développement est cohérente la remise en cause de la décentralisation 	<ul style="list-style-type: none"> - Cadre UNDAF, - Programme Intérimaire des Nations Unies à Madagascar 2012-2013 - CPAP, PTA - Rapports de suivi - Entretiens avec l'équipe du FNUAP et les partenaires d'exécutions au niveau central et au niveau régional - Etudes et notes de dossier 	<ul style="list-style-type: none"> - Entretiens individuels - Analyse documentaire

(suite)

ANNEXE 4 : Matrice d'évaluation (suite)

SR

- Les Plans de Travail Annuel (PTA) n'ont pas changé de façon significative à la suite de la crise; le même type d'activités a souvent été reconduit d'une année sur l'autre. Par contre il peut être noté que certaines activités ne sont pas reconduites ce qui n'est pas favorable à une continuité des actions.
- Le FNUAP a continué à collaborer avec le secteur public, en particulier le ministère de la santé, après le début de la crise alors que la plupart des partenaires technique et financiers n'ont plus collaboré avec le secteur public car le gouvernement intérimaire n'était pas reconnu;
- Dans la mesure où les bailleurs de fond se sont retirés de l'approvisionnement des contraceptifs au moment de la crise, la présence du Programme Global pour la sécurisation des intrants de la santé de la reproduction a permis de contribuer de manière significative à l'approvisionnement de contraceptifs. Le FNUAP depuis 2009 a été le seul organisme qui a continué à approvisionner le secteur public (voir le diagramme dans le critère de jugement 2.1)
- En 2011 un budget a été alloué pour l'acheminement des produits SR (santé maternelle et contraceptifs) dans certaines formations sanitaires.
- L'approche quick wins a démontré que le bureau pays s'est adapté à la situation de crise. Dans un contexte de raréfaction des ressources du gouvernement et de faible capacité du gouvernement le bureau de pays a opté pour une concentration des interventions dans les zones où les indicateurs socio économique et de santé de la reproduction étaient le plus faible. Le paquet d'activités déjà prévues dans les PTA a été conservé mais à été concentré dans les 6 régions quick wins. Toutefois les transformations de l'organigramme du Ministère de la Santé Publique entraînant une grande mobilité du personnel administratif et médical liés à des critères politiques (incertitude et démotivation du personnel) ont mené à une dégradation des services de santé. La fermeture de certaines formations sanitaire qui a suivi constitue un obstacle important pour l'obtention de résultats. La mise en place des médecins d'appui et de soutien (MAS) permettent d'apporter un soutien aux bureau régionaux de santé. Toutefois leur contribution est limitée à cause de différent facteurs tels que les relations avec la direction régionale de la santé, les moyens mis à leur disposition ou encore le soutien du bureau pays.
- Toutefois le FNUAP a fait face a des difficultés pour agir au niveau des politiques de santé de la reproduction a cause de la situation sociopolitique qui prévaut dans le pays et qui n'est pas favorable à la formulation et même dans la réorientation politique du développement sanitaire
- En matière de santé de la reproduction des jeunes et des adolescents le bureau pays & réorienté son approche pour 2012 afin d'adopter une approche transversale dans toutes les composantes. Les besoins identifiés lors de la planification sont de réels besoins qui se sont sans doute accentués mais ils n'ont pas fait l'objet d'études supplémentaires. Durant l'observation sur le terrain dans les régions quick wins l'approche adoptée par le bureau pays a paru très limitée en ce qui concerne la santé des jeunes. Dans la plupart des régions quick wins des jeunes pair éducateur (JPE) on été formés toutefois la formation des JPE n'a pas vraiment eu d'effets positifs dans les régions visitées.
- Le FNUAP en collaboration avec l'UNICEF a permis de pallier rupture de stocks dans anti-rétroviraux et agents chimiques après la crise en 2009; grâce a un financement rapide exceptionnel

P&D

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

Genre

- Au démarrage du programme, les questions relatives à la population et au genre ont été traitées au niveau d'une direction dans le Ministère de la Santé. Après la crise, le Ministère de la Population a été réinstaurer et le la composante Genre a prise une dimension importante. A cet effet, le bureau pays a renforcé ses dispositifs, notamment en matière de Ressources Humaines pour répondre à cette situation. C'est ainsi qu'on a recruté l'Expert en Genre et 2 personnels d'appui affectés au niveau du Ministère de la Population pour renforcer davantage la capacité du Ministère.
- Les PTA sont pertinents au regard de la situation de crise qui prévaut dans le pays, laquelle a engendré une situation d'insécurité globale pour les femmes : l'étude McRAM menée par l'UNICEF a démontrée que la vulnérabilité des ménages (y compris la vulnérabilité relative à la sécurité physique) est plus critique en 2011 comparée aux périodes précédentes avec un taux de 32,5 % des ménages très vulnérable, 43,1 % moyennement vulnérable. Dans cette étude, les ménages dirigés par une femme sont, d'une manière générale, classifiés comme « très vulnérables ». La mise en œuvre du programme constitue des réponses à des situations de vulnérabilité auxquelles bon nombre de femmes sont confrontées.
- En raison de l'instabilité institutionnelle, le phénomène d'insécurité atteint un niveau critique et a tendance à se généraliser aussi bien en milieu rural qu'en milieu urbain. L'engagement du FNUAP contribue à atténuer les risques de survenance de VBG face à la prolifération des violences de tout genre dont les VBG.
- Au sein des familles secouées par la dureté de la vie et la pauvreté, les conflits conjugaux sont nombreux et peuvent dégénérer en VBG. Les activités de sensibilisation et de prise en charge des survivants des VBG ont permis d'atténuer ce fléaux.
- Sans contester les méfaits de la crise politique à Madagascar, force est de constater que cette crise à permis d'engendrer un nouveau paysage politique avec une forte participation des femmes. Ainsi, le programme l'appui du programme est censé contribuer à la fois à motiver et à appuyer les femmes à prendre des responsabilités publiques et politiques.
- Enfin, Madagascar étant dans une période de transition durant laquelle les cadres réglementaires et juridiques sont maintes fois discutés et renouvelés, la contribution du programme dans cette période contribue à renforcer les réseaux des femmes en matière de lobbying et de plaidoyers afin de mettre en place un cadre réglementaire favorable à la promotion de la femme en politique.
- A cause de la non reconnaissance du gouvernement de transition en place, le Système des Nations Unies a recommandé à ses agences de suspendre tout appui à caractère politique. Pourtant, un volet important du CPAP est la participation des femmes dans les sphères de décision à caractère politique; ainsi, pour contourner ce problème, FNUAP a pris la stratégie de collaborer avec la COI (Commission de l'Océan Indien) qui a encore la possibilité d'appuyer les associations des femmes en politique.

Critères de jugement	Indicateurs	Sources d'information	Outils/Méthodes de collecte
CJ.7.2 : La qualité de la réponse fournie par le bureau de pays est bonne	Réponse adaptée aux besoins exprimés; Respect du mandat du FNUAP	FNUAP Partenaires d'exécution Bénéficiaires finaux	Revue documentaire Entretiens individuels

SR

- Dans la mesure où les PTA n'ont pas été modifiés de manière significative ce qui est décrit dans le CJ 1.6 se rapporte à ce qui a été mis effectivement mis en œuvre.
- La contractualisation de sages femmes cherche à répondre à la rareté des personnels de santé dans les CSB. Toutefois l'intégration de ces personnels dans le système public n'est pas totalement acquise malgré un accord préalable avec le Ministère de la Santé qui prévoyait de les intégrer dans les personnels de santé. Le département des ressources humaines ne reçoit pas le budget en fonction de sa planification et ne peut donc respecter ses engagements. Entre autres les disparités de salaires entre les différentes agences contractualisant des prestataires de santé, constitue un obstacle à une intégration harmonieuse.
- Afin de répondre à certains déficits budgétaires dus à la crise, le FNUAP a pris en charge certains budget de fonctionnement qui aurait du être sous la responsabilité du Gouvernement. Par exemple afin de faire face aux difficultés d'acheminement des contraceptifs il a fourni des camions à SALAMA. En 2011 un budget a été alloué pour l'acheminement des produits SR (santé maternelle et contraceptifs) dans certaines formations sanitaires. Ceci a empêché des ruptures d'approvisionnement de contraceptifs particulièrement dans les régions les plus difficiles d'accès.
- En matière d'urgences humanitaires le FNUAP n'a pu apporter qu'une réponse tardive comme lors du cyclone Giovanna et pas toujours adaptée.⁶⁵ L'implication du FNUAP en matière d'urgences humanitaire est justifiée lors d'approches coordonnées avec les partenaires afin de promouvoir la santé de la reproduction et la prévention des VBG dans la réponse humanitaire dans, entre autre, la formation DMU, et le soutien au BNGRC pour ce qui est de la production de statistiques pertinentes pour la gestion des urgences et de la formation du groupe interministériel de suivi et évaluation.

⁶⁵ Voir critères de jugement 2.1

(suite)

ANNEXE 4 : Matrice d'évaluation (suite)

- L'implication du FNUAP dans le programme conjoint PAM/ FNUAP en partenariat avec la Principauté de Monaco et Andorre dans le cadre des crises humanitaires liée à la sécheresse dans 3 régions du sud visait réduire la vulnérabilité des femmes en âge de procréer à travers l'amélioration de l'accès au service de SSR gratuit. Ce programme répond à des besoins clairs dans la mesure où la vulnérabilité de ces populations est indéniable. Cependant cette situation de crise est différente d'une situation d'urgence et le FNUAP a adopté un processus de réponse qui est différent des réponses à apporter dans des situations d'urgence. L'adaptation de la réponse du FNUAP a permis de répondre aux besoins spécifiques de ces populations jusqu'à un certain point à cause des nombreux challenges liés à la mise en œuvre. ⁶⁶

P&D

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

QE8

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

Critères de jugement	Indicateurs	Sources d'information	Outils/Méthodes de collecte
CJ.8.1 : Le bureau de pays fait bon usage de ses forces comparatives	<ul style="list-style-type: none"> - Identification par le FNUAP de ses forces comparatives, notamment vis-à-vis d'autres agences du SNU intervenant dans des domaines similaires (UNICEF, OMS) - Le positionnement du FNUAP tient compte de ses atouts et faiblesses spécifiques 	Documents : <ul style="list-style-type: none"> - Documents de programmation - Documents de suivi Entretiens : <ul style="list-style-type: none"> - Partenaires gouvernementaux - Partenaires de développement - SNU - OSC - Bénéficiaires finaux 	Revue documentaire Entretiens individuels

SR

- La position du FNUAP en matière de SR permet un plaidoyer auprès du ministère de la santé sur certains aspects tels que le renforcement des SONU et la position des sages femmes comme personnel clef pour améliorer les services de santé maternelle, l'introduction des méthodes contraceptives de longue durée et aussi l'inclusion des indicateurs standards internationaux de santé de la reproduction dans les systèmes d'information nationaux. Ce type d'appui est reconnu par les partenaires gouvernementaux et de développement
- En matière de santé des jeunes le domaine dans lequel le FNUAP a une expertise est le renforcement des services de santé de la reproduction pour les jeunes. L'implication du FNUAP dans le renforcement des centres jeunes ne présente aucun avantage comparatif si ce n'est la promotion de la santé de la reproduction. Par contre le soutien aux différentes activités des centres jeunes correspond davantage au mandat de l'UNICEF⁶⁷. De même les activités de formation des pairs éducateurs sont ponctuelles et le suivi n'est pas effectué de manière systématique entre autre car le FNUAP n'a pas la capacité de faire le suivi.

⁶⁶ Idem

⁶⁷ Voir critère de jugement 2.1

P&D

- Pour l'essentiel de la composante population et développement, le FNUAP n'a pas eu de nécessité à identifier ses forces comparatives dans la mesure où il est resté seul dans le domaine de la production et l'utilisation de données fiables, tant démographiques et socioéconomiques que de suivi des programmes de développement.
- Pour la même raison de monopole lié à son mandat initial, pour cette composante, le positionnement du FNUAP n'a pas lieu de tenir compte de ses atouts et faiblesses spécifiques par rapport au reste du SNU, ce qui rend d'ailleurs possible la multiplication des cofinancements pour les produits de l'INSTAT. Une des faiblesses est l'isolement relatif de la composante par rapport même aux autres composantes du FNUAP, mis en évidence par la sous-utilisation de l'EPM pour collecter des données plus pertinentes pour la SR.

Genre

- Malgré la décision du Système des Nations Unies d'arrêter le financement des activités liant le SNU avec le gouvernement Malgache, le FNUAP a toujours continué à financer les CECJ ; ainsi, pendant la crise, les activités de ces derniers ont toujours opérationnels, au bénéfice de la population vulnérable; contrairement au PNUD qui a cessé les financements des cliniques juridiques entre le début de la crise politique en 2009 jusqu'à la signature de la feuille de route politique en septembre 2010; causant ainsi l'arrêt temporaire des activités de ces cliniques juridiques.
- Les renforcements de capacité menées par le FNUAP au niveau des femmes en politique (gouvernement, parlement, maires) ont permis à ces dernières de mener des actions de lobbying pour mettre en place un cadre réglementaire en faveur de la promotion et la protection de la femme. notamment l'environnement institutionnel et réglementaire garant de la pérennisation des interventions.

Critères de jugement	Indicateurs	Sources d'information	Outils/Méthodes de collecte
CJ.8.2 : Le rôle du FNUAP est bien identifié par ses partenaires et ses bénéficiaires	Perception du rôle et de la contribution spécifique du FNUAP par ses partenaires et/ou bénéficiaires	Documents : - Documents de programmation - Documents de suivi Entretiens : - Partenaires gouvernementaux - Partenaires de développement - SNU - OSC - Bénéficiaires finaux	Revue documentaire Entretiens individuels

P&D

- En SR le FNUAP est associé à l'approvisionnement en contraceptifs mais certains partenaires considèrent qu'il serait nécessaire de se recentrer sur tous les aspects de la planification familiale pour être pris au sérieux par les donateurs .Les partenaires directs au niveau national reconnaissent et apprécient sa contribution dans les domaines de la santé maternelle (programme sage femmes - formations SONU et intrant SONU). Le plan SONU est moins connu.
- Au niveau des régions pour les partenaires la contribution du FNUAP est aussi assimilé à l'introduction de Channel avec la dotation en ordinateur, les et à l'approvisionnement en contraceptifs. Les formations en SONU, PF, prise en charge de fistules obstétricales (à Anosy) apparaissent comme une contribution reconnue par les partenaires.

P&D

- La composante P&D est unanimement identifiée comme un rôle-clé à Madagascar par ses partenaires. L'action du FNUAP dans le cadre sa composante P&D est reconnue comme singulière par les autres agences du SNU (Unicef et PNUD), qui sont venus contribuer financièrement pour des produits bien spécifiques réalisés par l'INSTAT comme par exemple l'Enquête Périodique des Ménages. Cette identification est liée au rôle incontournable joué par l'INSTAT pour produire des données fiables alors que le reste de l'administration se révèle incapable de produire des données administratives et d'état civil qui puisse contribuer au suivi des résultats des programmes de développement.

(suite)

ANNEXE 4 : Matrice d'évaluation (suite)

- Cette reconnaissance est étendue au domaine du système de suivi-évaluation au sein du SNU, sur la base essentiellement des compétences techniques affirmées du CTP initialement en appui au RGPH, du recrutement d'une responsable pour le suivi et l'évaluation et la volonté d'exemplarité portée par la direction du bureau. Elle a été concrétisée en début de période (2009) par un rôle moteur joué dans la mise en place du GISE, Gestion de l'Information, Suivi et Évaluation au niveau du SNU. L'analyse du système de suivi et évaluation du bureau démontre que pour maintenir cette reconnaissance, des efforts doivent être consentis pour intégrer les résultats de suivi et des évaluations dans le processus de programmation annuelle et pour introduire la gestion axée sur les résultats dans le suivi réalisé par les partenaires de mise en œuvre.
- L'identification du FNUAP au niveau des partenaires de mise en œuvre de la composante population et développement et des STD qui en sont directement bénéficiaires est forte. Elle englobe l'appui technique (principalement au niveau du DSEP) et les contributions en formation et en équipements. L'appui du FNUAP dans le cadre de cette composante n'est pas connu des bénéficiaires finaux que sont les populations, et notamment les plus vulnérables - et n'a pas vocation à l'être.

Genre

- Les rôles du FNUAP via son financement des CECJ sont reconnus par les bénéficiaires et les partenaires. En effet, les CECJ, dont le FNUAP est le seul partenaire financier, ont contribué dans la mise en place d'un climat social apaisé au niveau de la communauté d'une part par les traitements des conflits sociaux qui parfois dépassent leur domaine de compétence (conflit foncier,); et d'autre part, par la vulgarisation et la sensibilisation des droits humains.
- Par ailleurs, le rôle du FNUAP dans la promotion de la participation des femmes dans les affaires publiques et dans l'intégration du concept genre dans la mode de gouvernance à Madagascar est reconnu aussi bien par les responsables au niveau ministériel (MPAS) qu'au niveau des réseaux des femmes en politiques. En effet, grâce au renforcement de compétence mené par FNUAP, les réseaux des femmes en politique ont pu mener des actions de lobbying pour améliorer la participation de la femme dans les sphères de décision.

Suivi et évaluation

1. Cadres stratégiques et rapports de suivi

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

a. UNDAF

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

Rapport d'effet standard (UNDAF), par effet (5 à Madagascar sur la période).

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

Rapport de revue annuelle UNDAF.

b. CPAP du FNUAP

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

Outil de planification et de suivi du CPAP : indicateurs pour les résultats et les produits, avec les moyens de vérification, les parties responsables (généralement FNUAP et partenaires), l'état initial, les valeurs cibles annuelles et les valeurs réalisées. Indicateurs de résultats appréciés en

fin de période (année 4, par ex.). Indicateurs quantitatifs pour la SR été principalement qualitatifs et de processus pour genre et P&D.

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

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

COAR : rapport normatif partagé par tous les bureaux-pays avec une première section par produit qui présente de manière narrative les résultats atteints pour le développement des capacités des partenaires; le plaidoyer et dialogue de politique et des résultats « autres ». Toujours au niveau du produit, cette section présente les bonnes pratiques, les enseignements tirés et les principaux défis. La seconde section présente les indicateurs globaux du cadre de résultat du FNUAP pour agrégation au niveau mondial. Le COAR⁶⁸ comporte un chapitre sur la gestion du programme par le bureau-pays où sont décrites la participation du bureau aux initiatives globales, la mise en œuvre du système de suivi, la mobilisation des ressources financières, etc.

c. Plan de Travail Annuel (PTA)

PTA du bureau-pays : Rappelle par produit décliné en stratégies : indicateurs du produit, indicateurs de la

⁶⁸ Ajusté en 2008 par DOS pour renforcer le lien causal résultat-produit.

ANNEXE 5 : Suivi et évaluation (suite)

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

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

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

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

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

ANNEXE 5 : SUIVI ET ÉVALUATION

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

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

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

3. Critères d'appréciation des indicateurs du CPAP

Cadre du CPAP		Critères d'appréciation des indicateurs								
Résultats	Indicateurs	Situation initiale	Cible	Formulation claire	Pertinence	Spécifique	Opérationnel			
							Baseline disponible	Endline disponible	Cible disponible	Moyen de vérification
COMPOSANTE SANTE DE LA REPRODUCTION										
Résultat de l'UNDAF : Existence d'un environnement favorable pour un meilleur accès de la population, en particulier les groupes vulnérables, aux informations et services de santé de qualité										
Résultat du Programme Pays I	Pourcentage des accouchements assistés par un personnel qualifié	51 %	70 %	1	1	1	1	0	1	0
	Prévalence contraceptive augmenté de 18 % à 30 % Baseline: 18 %	18 %	30 %	1	1	1	1	0	1	0
	Taux de fertilité chez les adolescents (pour 1000)	150 pour 1000	100 pour 1000	1	1	1	1	0	1	0
	Ratio de mortalité maternelle (pour 100 000 naissances vivantes)	469	273	1	1	1	1	0	1	0
Produit 1 - Un paquet essentiel d'informations et de services de santé de la reproduction disponible et accessible aux hommes, aux femmes et aux jeunes dans les zones d'intervention du programme.										
Planification familiale										
	Taux de couverture contraceptive au niveau national	19 %	28 %	1	1	0	1	1	1	1
	% de centres de santé offrant au minimum 3 méthodes de PF	ND	100 %	1	1	1	0	1	1	1
Maternité à moindre risque										
	Pourcentage de femmes suivant la CPN au moins une fois pendant la grossesse	61 %	81 %	1	1	1	1	1	1	1
	Pourcentage de femmes suivant les O4 CPN	40 %	50 %	1	1	1	1	1	1	0
	Proportion d'accouchements ayant lieu dans les structures sanitaires	28 %	50 %	1	1	1	1	1	1	1

3. Critères d'appréciation des indicateurs du CPAP (suite)

Cadre du CPAP		Critères d'appréciation des indicateurs									
Résultats	Indicateurs	Situation initiale	Cible	Formulation claire	Pertinence	Spécifique	Baseline disponible	Endline disponible	Cible disponible	Moyen de vérification	Valeurs collectées
	Taux de létalité obstétricale	1,7 %	<1 %	1	1	1	1	1	1	1	0
	La proportion des césariennes par rapport à (toutes les naissances = naissances attendues)	0,5	0,023	1	1	1	1	1	1	1	1
	Besoins en SONU satisfaits : Proportion des femmes présentant des complications qui sont traitées dans les centres SONU	ND	100 % (norme)	1	1	1	1	1	1	1	1
	Nombre de structure sanitaires offrant le service SONUC à Madagascar	ND	48	1	1	1	1	1	1	1	1
	Nombre de structure sanitaires offrant le service SONUB à Madagascar	ND	163	1	1	1	1	1	1	1	1
	% des nouveaux-nés avec faible poids à la naissance	7,0 %	4 %	1	1	1	1	1	1	1	1
SPSR											
	Nombre de Districts avec Channel fonctionnel	ND	112	1	1	1	0	1	1	1	1
	Existence de comité logistique SR fonctionnel au niveau national	Non	Oui	1	1	1	1	1	1	1	1
Coordination SR											
	Existence de comité intégré multisectoriel/ intersectoriel de coordination des interventions de SR au niveau national fonctionnel	Comité non existant	Comité fonctionnel	1	1	0	1	1	1	1	1
	Nombre de comités régionaux intégrés multisectoriel/ intersectoriel de coordination des interventions de SR fonctionnels	0	6 fonctionnels (regions Quick Wins)	1	1	1	1	1	1	1	1

ANNEXE 5 : SUIVI ET ÉVALUATION

3. Critères d'appréciation des indicateurs du CPAP (suite)

Cadre du CPAP		Critères d'appréciation des indicateurs									
Résultats	Indicateurs	Situation initiale	Cible	Formulation claire	Pertinence	Spécifique	Opérationnel				
							Baseline disponible	Endline disponible	Cible disponible	Moyen de vérification	Valeurs collectées
COMPOSANTE SANTE DE LA REPRODUCTION (suite)											
Produit 1 - Un paquet essentiel d'informations et de services de santé de la reproduction disponible et accessible aux hommes, aux femmes et aux jeunes dans les zones d'intervention du programme. (continued)											
	Coordination SR (suite) Existence de comités au niveau Communautaires intégrés multisectoriel/ intersectoriel de coordination des interventions de SR fonctionnels	Comité existant coordination limitée	ND	1	1	1	1	1	0	1	1
Collaboration avec les Instituts de formation											
	Nombre d'instituts de formation des paramédicaux publics utilisant les modules réactualisés sur la SR	0	6	0	1	0	1	1	0	1	1
Lutte contre les fistules											
	Nombre de fistuleuses réparées	0	110	1	1	1	1	1	1	1	1
Lutte contre le cancer du col uterin											
	Nombre des femmes bénéficiant le dépistage de cancer du col	ND	12600	1	1	1	0	1	1	1	1
Produit 2 : Des mécanismes de prévention et de réponse en situation d'urgence mis en place.											
	Nombre et liste de partenaires établis pour les activités en situation d'urgence	4	10	1	1	1	1	1	1	1	1
	Nombre d'institutions formées sur le Dispositif Minimum d'Urgence en SR pour les situations post-crise et en urgence humanitaire	ND	7	1	1	1	1	0	1	1	1
	Nombre de personnes formées sur le Dispositif Minimum d'Urgence en SR pour les situations post-crise et en urgence humanitaire	ND	ND	1	1	1	1	0	0	1	1

3. Critères d'appréciation des indicateurs du CPAP (suite)

Cadre du CPAP		Critères d'appréciation des indicateurs										
Résultats	Indicateurs	Situation initiale	Cible	Formulation claire	Pertinence	Spécifique	Baseline disponible	Endline disponible	Cible disponible	Opérationnel		
										Moyen de vérification	Valeurs collectées	
	% des femmes enceintes et FAP recevant les kits d'hygiène durant les périodes de crises	ND	> 70 %	1	1	1	1	0	1	1	1	1
Produit 3 - Les services de Santé de la Reproduction des Adolescents (SRA), avec un accent particulier sur les IST et le VIH/SIDA sont disponibles, accessibles et incorporés dans le système de santé dans les zones d'intervention du programme												
	Nombre de centres de santé amis des jeunes fonctionnels	0	60	1	1	0	1	1	1	1	1	1
	Taux de prévalence contraceptive pour les jeunes de 15 à 24 ans	15 à 19 ans : 5,1 % 20 à 24 ans : 14,8 %	ND	1	1	1	1	1	0	1	1	1
	Connaissances de deux signes des IST au niveau des jeunes de 15 à 24 ans	Hommes : 15 à 19 ans : 19,2 % 20 à 24 ans : 28,9 % Femmes : 15 à 19 ans : 19,7 % 20 à 24 ans : 30,9 %	ND	0	0	0	1	1	0	1	1	1
	Nombre de conseils de la jeunesse opérationnel	0	12	1	1	0	1	1	1	1	1	1

3. Critères d'appréciation des indicateurs du CPAP (suite)

Cadre du CPAP		Critères d'appréciation des indicateurs										
Résultats	Indicateurs	Situation initiale	Cible	Formulation claire	Pertinence	Spécifique	Baseline disponible	Endline disponible	Cible disponible	Moyen de vérification	Valeurs collectées	
<p>Résultat du UNDAF/La population, en particulier les groupes les plus pauvres et vulnérables, jouit de tous les droits sociaux, économiques, civils et politiques grâce à une gouvernance participative et solidaire</p>												
COMPOSANTE POPULATION ET DEVELOPPEMENT												
<p>Résultat de PP Utilisation accrue des informations socio-économiques et démographiques fiables ventilées par sexe et par âge sur la population et développement, aux fins d'élaboration, de gestion, de suivi et d'évaluation des stratégies et programmes nationaux, décentralisés et sectoriels (PDSS, PSN, PANAGED...) de mise en œuvre du MAP et des OMD</p>	<p>Niveau d'intégration des indicateurs démographiques mise à jour et fiables dans les politiques, programmes et plan sectoriels</p>	ND		0	0	0	0	1	1	1	0	
	<p>Niveau de prise en compte des dimensions de population, santé de la reproduction et genre dans les Plans sectoriels du MAP</p>	ND		0	1	0	0	0	0	0	1	0
	<p>Des indicateurs démographiques mise à jour et fiables intégrés dans les politiques, programmes et plan sectoriels</p>											
	<p>Dimensions de population, santé de la reproduction et genre pris en compte dans les Plans sectoriels du MAP</p>											

3. Critères d'appréciation des indicateurs du CPAP (suite)

Cadre du CPAP		Critères d'appréciation des indicateurs											
Résultats	Indicateurs	Situation initiale	Cible	Formulation claire	Pertinence	Spécifique	Opérationnel				Valeurs collectées		
							Baseline disponible	Endline disponible	Cible disponible	Moyen de vérification			
Résultat du UNDAF/La population, en particulier les groupes les plus pauvres et vulnérables, jouit de tous les droits sociaux, économiques, civils et politiques grâce à une gouvernance participative et solidaire													
Produit 1: Les données démographiques et socio-économiques désagrégées sont disponibles et accessibles aux niveaux national, sectoriel et décentralisé pour la mise en œuvre et le suivi du MAP et des OMD	Disponibilité de données démographiques et fiables mis à jour	EDS/RGPH ancien disponible	Les rapports sur RGPH3 disséminés au niveau national et régional	0	1	1	1	1	1	1	1	0	
	Nombre de plateformes de S&E opérationnelles	0	22	1	1	0	1	1	1	1	1	1	
	Disponibilité du Rapport annuel national de mise en œuvre des Programmes avec des informations fiables et de qualité	Rapport non disponible	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1
	Disponibilité du Rapport annuel de mise en œuvre des Priorités régionales avec des informations fiables et de qualité	Rapport non disponible	22	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1
	Niveau d'opérationnalisation de l'IMIS	IMIS non opérationnel	IMIS intégrant les données de l'EDS IV et RGPH	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0
Produit 2 : Les capacités des décideurs et des institutions clefs de mise en œuvre en charge d'élaboration des programmes de développement aux niveaux central et régional pour reconnaître les liens entre population et développement sont renforcées	Pourcentage des responsables régionaux et communaux formés et ayant intégré les variables population dans les programmes de développement	ND	90 %	0	1	0	0	1	1	1	1	1	
	Pourcentage des Régions dont les décideurs ont bénéficiés des renforcements de capacités sur le liens entre la population et développement	ND	77 %	0	1	1	0	1	1	1	1	1	

3. Critères d'appréciation des indicateurs du CPAP (suite)

Cadre du CPAP		Critères d'appréciation des indicateurs									
Résultats	Indicateurs	Situation initiale	Cible	Formulation claire	Pertinence	Spécifique	Baseline disponible	Endline disponible	Cible disponible	Moyen de vérification	Valeurs collectées
Résultat du UNDAF/La population, en particulier les groupes les plus pauvres et vulnérables, jouit de tous les droits sociaux, économiques, civils et politiques grâce à une gouvernance participative et solidaire											
COMPOSANTE GENRE											
Environnement juridique et socio-culturel favorable à la réduction des abus contre les femmes, à l'élimination des pratiques traditionnelles qui affectent négativement les femmes et à la promotion de la parenté responsable	a) Partenariat avec la société civile établi pour la promotion de l'égalité de genre, autonomisation des femmes et filles et droit à la SR	Partenariat limité	Partenariat avec la société civile établi pour la promotion de l'égalité de genre, autonomisation des femmes et filles et droit à la SR	0	1	1	1	1	1	1	1
	c) Proportion de sièges occupés par des femmes au parlement national		30 %	1	1	0	0	1	1	1	1
	Des mécanismes nationaux et sub national existant pour contrôler et réduire la GBV	Inexistence du mécanisme	Mise en place mécanisme initiée	0	1	1	1	1	1	1	1

3. Critères d'appréciation des indicateurs du CPAP (suite)

Cadre du CPAP		Critères d'appréciation des indicateurs										
Résultats	Indicateurs	Situation initiale	Cible	Formulation claire	Pertinence	Spécifique	Opérationnel					
							Baseline disponible	Endline disponible	Cible disponible	Moyen de vérification	Valeurs collectées	
Produit 1 : Les capacités techniques et institutionnelles du gouvernementales et des Organisations de la Société Civile à formuler et à mettre en œuvre les politiques et programmes relatifs au genre pour l'autonomisation de la femme sont renforcées, en particulier dans les zones d'intervention du programme.	Adoption de texte juridique non discriminatoire (Mise en application du texte sur la discrimination effective)	Adoption non effective	Mise à disposition des CECJ du texte réformé et des articles relatives à la VBG	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	Nombre des membres de la société civile ayant des connaissances en matière de genre et autonomisation des femmes	2	15	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Produit 2 : La disponibilité de services de counselling, de protection et de référence pour les victimes de violence basée sur le genre est accrue.	Nombre de victimes de violences traités au niveau des centres d'écoute et de conseils juridiques (CECJ)	ND	4000	1	1	1	0	1	1	1	1	1
	Nombre de centres d'écoute et de conseil juridique fonctionnels	2	12	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	Nombre de femmes porteuses de fistule réparées reinsérées	0	150	1	1	1	1	1	1	1	1	1

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

Caractéristiques	Questions	Appréciation	Réponses
Type et nature du système			
Type	Est-ce que le système est basé sur le suivi des activités, des résultats ou des deux ?	+	Le cadre de suivi est basé sur les résultats avec un lien structurel avec le contenu du CPAP (cf. la grille d'appréciation ci-après).
Nature	Est-ce que le système est dirigé par le FNUAP, géré conjointement avec les partenaires de mise en œuvre, ou dirigé par eux ?	+	Les partenaires de mise en œuvre sont associés aux revues annuelles et le rapport de revue est rédigé par la Direction de la Coordination Économique et des Aides Extérieures (Vice-primature). Cette gestion conjointe reste largement maîtrisée par la FNUAP en termes de contenu. Du fait de l'instabilité politique pendant la période sous revue, seul le rapport de 2010 a été finalisé à ce jour.
Système de gestion de l'information (SGI)			
Conception et structure	Un SGI est-il associé au système de S-E ?	—	Il n'y a pas de système d'information associé au dispositif de suivi. Les informations sont gérées par les partenaires de mise en œuvre qui les introduisent dans le système de suivi sans contrôle par le Bureau. Le Ministère de la Santé dispose d'un SGI global (GESIS) dont il extrait les données de suivi.
	Est-ce que la conception du SGI est formalisée dans un manuel ?	—	N/A
Collecte de l'information	Est-ce que le système définit qui doit collecter quelle information ?	+	Le cadre de suivi du CPAP identifie le responsable de la collecte et du traitement des indicateurs. Ces éléments sont repris dans le plan de suivi annuel du programme.
	Est-ce que la fréquence de collecte des données est bien définie et appropriée ?	+	La fréquence des activités de suivi est définie dans les plans annuels de suivi qui identifient les sources de financement et les objectifs de chaque activité. La fréquence est appropriée en termes de production de données et de reporting mais n'est pas réaliste en termes de plan de charge, notamment au regard de l'absence de budget pour sous-traiter certaines tâches.
	Est-ce que le degré de détail et d'analyse est adéquat par rapport aux besoins du BP et du gouvernement ?	0	Le degré de détail des indicateurs correspond aux besoins de suivi des activités par le gouvernement et le BP. Les indicateurs de produit sont pour la SR attendus de l'EDS et du RGPH, ce dernier n'ayant pas été réalisé. Les données de l'EDS sont insuffisamment focalisées sur les besoins de la composante SR du FNUAP.

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

Flux d'information	Est-ce que le système définit qui doit rendre compte à qui ?	0	Le système définit bien les lignes de rapportage entre les partenaires de mise en œuvre et le BP. Au sein du BP, le circuit de l'information de suivi entre les composantes, le point focal et la hiérarchie n'est pas formalisé. Dans une certaine mesure, les composantes privilégient un rapport direct avec la hiérarchie pour le suivi des activités, sans couvrir l'atteinte des résultats ni mentionner les contraintes et limites identifiées par le point focal suivi et évaluation.
	Est-ce que les informations parviennent à temps à la bonne personne ?	0	Le système de rapportage est systématiquement en retard par rapport au programme de suivi. Le circuit de rapportage est quant à lui respecté.
	Est-ce qu'il y a des canevas appropriés pour transmettre les informations ?	0	Les canevas ont été progressivement mis à la disposition des partenaires de mise en œuvre et aux chargés de programme au cours du 6ème programme. Ces canevas ne sont pas utilisés systématiquement et s'ils le sont, ils sont généralement détournés en négligeant très généralement les indicateurs de résultats pour privilégier le suivi narratif des activités.
	Est-ce que le système organise le retour de l'information aux partenaires locaux ?	+	Les partenaires de mise en œuvre sont les producteurs de l'information de suivi et ils sont impliqués dans le processus de préparation des revues annuelles. Il n'y a pas lieu d'organiser un retour d'information supplémentaire sauf si le BP apportait une valeur ajoutée à la recension des données, ce qui n'est pas le cas.
Ressources			
Ressources financières	Y a-t'il un budget au niveau du BP pour le système de suivi et d'évaluation ?	-	Il n'y a pas de budget spécifique pour le suivi et les évaluations. La décision est prise au coup par coup par la hiérarchie et les composantes, de manière relativement indépendante par rapport à la programmation initiale. Le point focal n'a pu réaliser qu'une mission de suivi par an au cours des deux années qui ont suivi son recrutement. Une seule évaluation a été réalisée avec son appui mais pas sous sa direction.
	Est-ce que des partenaires ont des budgets pour la mise en œuvre du système ?	-	Les partenaires de mise en œuvre n'ont pas de budget ni d'autres ressources à mettre à disposition du suivi des activités et des résultats. La redevabilité vient s'ajouter à leurs tâches administratives ou techniques.

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

Caractéristiques	Questions	Appréciation	Réponses
Type et nature du système			
Ressources humaines	Y a-t'il une personne en charge du système dans son entier au BP ?	0	Un point focal à plein temps a été recruté en 2009. Ses termes de référence lui donnent une responsabilité globale sur le système de suivi et les évaluations. Ils ne s'imposent pas aux composantes dans la mesure où les fonctions du point focal ne sont pas intégrées au fonctionnement des composantes et pas imposées par la hiérarchie.
	Est-ce que les responsabilités de suivi sont clairement définies pour chaque personne ?	—	Les responsabilités de suivi ne sont pas définies pour chaque personne au sein du BP. Le suivi est encore très largement perçu comme une tâche qui interfère avec les activités administratives et techniques nécessaires à la mise en œuvre des programmes.
	Est-ce que le personnel a les compétences requises pour mettre en œuvre le système ?	+	Le personnel a reçu des formations qui lui permettraient d'avoir une maîtrise suffisante, avec l'appui des canevass et du point focal, pour mettre en œuvre chacun sa part du système de suivi.
	Est-ce que le système capitalise sur les capacités locales pour collecter des informations pertinentes ?	0	Le système est entièrement dépendant des capacités locales pour produire et collecter les informations nécessaires au suivi. Ces capacités sont adéquates au sein du Ministère de la Santé avec GESIS mais elles sont faibles pour les 3 autres partenaires de mise en œuvre.
	Est-ce que le système renforce les capacités locales à collecter et à utiliser les informations pertinentes ?	—	En dehors de la production de canevass, le point focal du BP n'a pas vocation à intervenir en appui aux partenaires de mises en œuvre ou pour le contrôle de conformité de l'application des canevass dans les rapports. Le rapportage des partenaires de mise en œuvre est focalisé sur les composantes qui ne se sont pas pleinement approprié la fonction de suivi orientée sur les résultats.
Indicateurs			
Faisabilité des objectifs	Est-ce que les résultats et les produits associés aux indicateurs sont atteignables ?	—	En règle générale, les résultats et les produits associés aux indicateurs sont atteignables pour la SR mais cette cohérence ne se retrouve pas pour les deux autres composantes pour lesquels les produits sont trop ambitieux pour être atteints dans le cadre du programme.
Qualité des indicateurs	Est-ce que les indicateurs sont en général formulés clairement ?	+	81 % des indicateurs du cadre de suivi sont formulés clairement
	Est-ce que les indicateurs sont pertinents, en général ?	+	92 % des indicateurs du cadre de suivi sont pertinents
	Est-ce que les indicateurs sont spécifiques, en général ?	+	71 % des indicateurs du cadre de suivi sont spécifiques
	Est-ce que les indicateurs sont opérationnels, en général ?	—	86 % des indicateurs du cadre de suivi sont opérationnels

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

Rôle de l'évaluation dans le système		
Intégration dans le système	Est-ce que les évaluations sont planifiées et sélectionnées pour correspondre aux besoins du BP et du FNUAP ?	—
	Est-ce que les constats des évaluations sont correctement transmis à la direction et intégrés au processus de décision ?	—
	Est-ce que les résultats des évaluations sont utilisés pour mettre à jour le cadre de résultats du CPAP ?	—
Alignement	Est-ce que les évaluations sont conçues avec les parties prenantes nationales et partagées avec elles ?	0
Suivi des risques et des hypothèses		
Hypothèses	Est-ce que le BP a correctement identifié les principales hypothèses du programme-pays ?	—
	Est-ce que le BP est en mesure d'obtenir à temps des informations justes sur les changements dans ces hypothèses ?	—
Risques	Est-ce que le BP a correctement identifié les principaux risques du programme-pays ?	—
	Est-ce que le BP est en mesure d'obtenir à temps des informations justes sur les changements dans ces risques ?	—
Formalisation	Est-ce que le suivi des risques et des hypothèses est formalisé et enregistré par écrit ?	—
	Les évaluations et les études sont programmées annuellement. Le contenu des plans correspond aux besoins du BP avec un niveau de détail satisfaisant. Il ne prend pas en compte particulièrement les besoins en évaluation du FNUAP au niveau global sauf par le biais de l'évaluation finale du programme. Les plans annuels ne sont réalisés que très partiellement. Les évaluations qui auraient une portée significative dans la mise en œuvre d'un produit ne sont pas mises en œuvre, à l'exception de celle sur le SONU.	Le résultat des évaluations est systématiquement transmis à la direction qui a la discrétion sur leur intégration, ou non, au processus de décision. En général, ces résultats ne donnent pas lieu à des changements importants, les composantes opposant une résistance à ces éléments d'évolution exogènes.
	Le faible nombre d'évaluations réalisées et leur faible niveau de prise en compte limitent leur utilisation pour ajuster le cadre de résultats du CPAP qui résiste fortement au changement sur la durée du programme, même dans un contexte aussi troublé que celui de Madagascar pendant le 6ème programme. L'évaluation finale est privilégiée comme véhicule d'ajustement d'un CPAP à l'autre.	Les partenaires de mise en œuvre n'interviennent que modérément dans la conception des évaluations qui sont partagées avec eux.
		Le cadre de programmation n'identifie pas les hypothèses sous-jacentes à l'atteinte des objectifs du programme.
		Le BP dispose de relations suivies avec les autorités qui le mettrait en mesure de suivre l'évolution du contexte global des interventions et donc des hypothèses. Dans la mesure où les hypothèses ne sont pas explicitées, ce suivi existe mais n'est pas structuré et ne donne pas lieu à un compte rendu.
		Le cadre de programmation n'identifie pas les risques sous-jacents à l'atteinte des objectifs du programme.
		Le BP dispose de relations suivies avec les autorités qui le mettrait en mesure de suivre l'évolution du contexte global des interventions et donc des risques. Dans la mesure où les risques ne sont pas explicités, ce suivi existe mais n'est pas structuré et ne donne pas lieu à un compte rendu.
		Le suivi des hypothèses et des risques ne fait pas l'objet d'un rapportage spécifique. Il est intégré à la gestion au jour le jour des activités du BP et des partenaires de mise en œuvre.

ANNEXE 6

Groupes et sous-groupes thématiques du SNU

Groupe	Rôle du FNUAP
Groupe thématique VIH/SIDA (2008-2013)	Participer à l'élaboration des différents documents concernant la lutte contre les IST VIH (plan stratégique, document UNDAF, ...) ainsi que dans le suivi et la mise en œuvre Participer aux réunions du groupe Participer à l'élaboration de TDR et du PTA du groupe (le PTA est transversale passant par tous les effets de l'UNDAF)
Groupe thématique Santé (2008-2011)	Participer à l'élaboration des différents documents concernant la santé (plan stratégique, document UNDAF, document sur la santé maternelle) ainsi que dans le suivi et la mise en œuvre Participer dans les réunions du groupe Participer dans l'élaboration de TDR et PTA du groupe ainsi que dans la mise en œuvre du PTA
Groupe Axe Santé (2012-2013)	Vice président du groupe Axe Santé (la partie nationale est aussi membre du groupe)
Groupe thématique Communication (2008-2013)	<i>FNUAP était président du groupe en 2010 et 2011 : Assurer le leadership du groupe, convoque rla réunion,</i> Participer à l'élaboration du PTA Participer dans l'élaboration des différents documents concernant la Communication et la visibilité du SNU (plan stratégique, document UNDAF) ainsi que dans le suivi et la mise en œuvre Participer dans les réunions du groupe Participer dans l'organisation des journées thématiques
Groupe GISE (Gestion d'Information et Suivi et Evaluation)	FNUAP était président du groupe GISE en 2008, 2009, 2010 Roles du FNUAP en tant que Président : En collaboration avec le Bureau de Coordination Residente de SNU, UNFPA organise et convoque les réunions du groupe GISE pour la mise à jour des TDR, l'élaboration de PTA, le suivi et la mise en œuvre de PTA du groupe Frequence de la réunion : mensuelle En 2011, c'était l'UNICEF qui a assuré la présidence. Cette année 2012, la présidence revient à FNUAP
Groupe Thématique Droits humains Genre et Protection (2008-2011)	Présidence assurée par le FNUAP depuis 2010 jusqu'ici. Roles du FNUAP : Convoquer et diriger les réunions.
Droits Humains et Genre (2012-2013)	Etablir le PTA du groupe en collaboration avec les membres Effectuer le suivi et la mise en œuvre du PTA en collaboration avec les membres Le groupe assure que l'approche Droit Humains et Egalité de Genre est intégrée dans les activités et planification et suivi (CCA/UNDAF)

Groupe	Rôle du FNUAP
Gouvernance (groupe Effet UNDAF) : 2008-2011	Participer à la planification et le suivi des activités de l'effet Gouvernance de l'UNDAF Participer à toutes les réunions du Groupe (revues periodiques ou autres réunions)
Groupe Axe Protection (2012- 2013)	Participer aux activités et réunions organisées par le Groupe Axe Protection
Groupe Axe Services Socio de base	Vice president de sous axe santé avec OMS Participant : participer à la mise en œuvre et le suivi des activités du groupe (la partie nationale est aussi membre du groupe)
Groupe Axe Information S&E et Communication	President du groupe : Organise les réunions en collaboration avec la partie nationale pour la mise en œuvre des activités du groupe et le suivi du programme
UNCT (United Nations Country Team)	Participer aux réunions et aux prises de decisions de l'UNCT
PMT (programme management team)	Vice president de l'équipe : participer aux réunions et aux activités du PMT, assurer la presidence lors de la non disponibilité de l'agence President

ANNEXE 7

Tableau des réalisations dans les régions « quick wins »

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

Taux CPN 1

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

Taux d'accouchements au niveau formation sanitaire

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

Taux de couverture contraceptive

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

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

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

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

	2008	2009	2010	2011
Androy (4)	—	1	2	3
Anosy ⁶⁹ (3)	—	0	0	0
Atsimo Andrefana (9)	—	—	9	8
Atsimo Atsianana (5)	—	0	2	2
Sofia (7)	—	7	7	5
Vatovavy Fitovinany (6)	—	5	4	6
Total	—	13	15	24

⁶⁹ L'intégration de tous les intrants de santé dans CHANNEL n'est pas encore effective pour tous les districts. Pour Betroka, seuls les produits contraceptifs sont gérés et commandés à partir des données du Channel.



FNUAP - Parce que tout le monde compte

Fonds des Nations Unies pour la Population

Service de l'évaluation,
Division des services de contrôle interne
605 Third Avenue
New York, NY 10158 U.S.A.

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