

RAPPORT FINAL

ÉVALUATION FORMATIVE DU PROGRAMME DE PAYS ENTRE LE GOUVERNEMENT DE MADAGASCAR ET L'UNICEF (2015-2020)

VOLUME I - RAPPORT D'ÉVALUATION

AVRIL 2020

unicef  | pour chaque enfant

RAPPORT FINAL

**ÉVALUATION FORMATIVE
DU PROGRAMME DE
PAYS ENTRE LE
GOUVERNEMENT DE
MADAGASCAR ET
L'UNICEF (2015-2020)**

VOLUME I - RAPPORT D'ÉVALUATION

AVRIL 2020


unicef  | pour chaque enfant

Table des matières

| | |
|--|------|
| Remerciements | iii |
| Acronymes | v |
| Résumé exécutif | vii |
| Executive Summary | xiii |
| Introduction | 1 |
| 1. Contexte et objet de l'évaluation..... | 2 |
| 1.1 Analyse de la situation et du contexte | 2 |
| 1.2 Aperçu du Programme de Coopération UNICEF Madagascar | 11 |
| 2. Objectifs et portée de l'évaluation..... | 18 |
| 2.1 But, objectifs et utilisateurs de l'évaluation | 18 |
| 2.2 Portée de l'évaluation | 19 |
| 3. Approche et méthodologie..... | 21 |
| 3.1 Cadre conceptuel..... | 21 |
| 3.2 Critères et questions d'évaluation | 22 |
| 3.3 Méthodes et sources pour la collecte de données..... | 22 |
| 3.4 Analyse des données..... | 23 |
| 3.5 Considérations éthiques..... | 24 |
| 3.6 Limites de l'évaluation..... | 24 |
| 4. Constats | 26 |
| 4.1 Pertinence..... | 26 |
| 4.2 Efficacité | 34 |
| 4.3 Efficience | 63 |
| 4.4 Durabilité..... | 73 |
| 5. Conclusions, leçons apprises et recommandations | 78 |
| 5.1 Conclusions | 78 |
| 5.2 Principales leçons apprises..... | 82 |
| 5.3 Recommandations | 83 |

Graphiques

| | |
|--|----|
| Graphique 1.1 Chronologie des principales urgences à Madagascar entre 2015 et 2019 | 9 |
| Graphique 1.2 Représentation graphique du cadre logique du programme pays | 15 |
| Graphique 1.3 Principales contributions des bailleurs de fonds par secteur d'intervention..... | 17 |
| Graphique 3.1 Cadre conceptuel pour l'analyse multisectorielle du programme pays..... | 21 |

| | | |
|---------------|--|----|
| Graphique 4.1 | Taux de pauvreté extrême et de privation multidimensionnelle chez les enfants de moins de 18 ans | 27 |
| Graphique 4.2 | Alignement du programme pays avec les priorités globales et régionales | 29 |
| Graphique 4.3 | Évolution du taux d'accès à des sources d'eau améliorées entre 2012 et 2018 | 46 |
| Graphique 4.4 | Évolution de la pratique de défécation à l'air libre dans les 11 régions cibles de l'UNICEF | 48 |
| Graphique 4.5 | Global Pulse Survey 2014-2017-2019 | 65 |
| Graphique 4.6 | Dépenses en ATR et personnel d'appui..... | 68 |

Tableaux

| | | |
|--------------|--|----|
| Tableau 1.1 | Montants approuvés et dépensés pour le Programme Pays UNICEF 2015-2019 (en USD) | 11 |
| Tableau 1.2 | Principaux partenaires gouverneaux par secteur..... | 16 |
| Tableau 2.1 | Utilisateurs et utilisations possibles des résultats de l'évaluation | 19 |
| Tableau 4.1 | Conformité du programme avec le MORES..... | 28 |
| Tableau 4.2 | Alignement du programme pays sur les priorités nationales | 30 |
| Tableau 4.3 | Avantage comparatif de l'UNICEF au niveau sectoriel | 31 |
| Tableau 4.4 | Avantage comparatif de l'UNICEF au niveau géographique | 32 |
| Tableau 4.5 | Santé : Résultat et produits attendus | 34 |
| Tableau 4.6 | Pourcentage et effectifs de femmes enceintes qui accouchent dans une structure sanitaire, évolution entre 2012 et 2018. Régions appuyées et non appuyées par UNICEF | 40 |
| Tableau 4.7 | Pourcentage et effectifs de femmes enceintes ayant effectué au moins quatre CPN, évolution entre 2012 et 2018. Régions appuyées versus non appuyées par UNICEF. | 41 |
| Tableau 4.8 | Pourcentage et effectifs de femmes enceintes qui reçoivent un examen de santé post-natal <2 jours, évolution entre 2012 et 2018. Régions appuyées versus non appuyées par UNICEF | 41 |
| Tableau 4.9 | EAH : Résultat et produits attendus | 42 |
| Tableau 4.10 | Nutrition : Résultat et produits attendus | 49 |
| Tableau 4.11 | Éducation : Résultat et produits attendus | 50 |
| Tableau 4.12 | Protection de l'Enfance : Résultat et produits attendus | 52 |
| Tableau 4.13 | Politique et protection sociale : Résultat et produits attendus | 54 |
| Tableau 4.14 | Communication pour le développement : Résultat et produits attendus..... | 57 |
| Tableau 4.15 | Perceptions du personnel sur la structure organisationnelle du bureau | 67 |
| Tableau 4.16 | Perceptions du personnel sur les niveaux où l'UNICEF devrait renforcer sa présence | 69 |
| Tableau 4.17 | Perceptions du personnel sur l'adéquation des processus de collaboration intersectorielle | 70 |
| Tableau 4.18 | Perceptions du personnel sur la coordination intersectorielle..... | 70 |
| Tableau 4.19 | Perceptions du personnel sur le style de leadership au sein du bureau pays | 71 |
| Tableau 4.20 | Perceptions du personnel relativement à la suffisance de la représentation des partenaires par type..... | 72 |

Remerciements

L'équipe d'évaluation d'Universal Management Group (www.universalia.com) était composée de Christina Bierring (Chef d'équipe), Juan-David Gonzales (Auteur et Chef d'équipe adjoint), Ginna Rakotoarimanana (Experte S&E) et Arnaud Conchon (Expert thématique). L'équipe principale a été appuyée par Anne-Marie Dawson (Assurance qualité) et par Sophie Pénicaud (Évaluatrice).

L'équipe d'évaluation tient à remercier chaleureusement l'ensemble du personnel du bureau pays de l'UNICEF à Madagascar qui ont offert de leur temps et partagé leurs expériences tout au long du processus d'évaluation. Nous remercions tout particulièrement Carole Tronchet Pradhan, Gestionnaire de l'évaluation du bureau régional de l'UNICEF pour l'Afrique de l'Est et l'Afrique australe pour son appui et son engagement tout au long de ce processus. Nous remercions également Erica Mattellone et Ndriakita Solonionjanirina du bureau pays pour leur aimable collaboration.

Acronymes

| | |
|----------|---|
| ASC | Agent de Santé Communautaire |
| ATR | Assistant Technique Régional |
| BIT | Bureau International du Travail |
| BNGRC | Bureau National de gestion des risques et des catastrophes |
| C4D | Communication for Development - Communication pour le développement |
| CAD-OCDE | Comité d'Aide au Développement - Organisation de Coopération et de Développement Économiques |
| CLTS | Community-led total sanitation - Assainissement Total Piloté par la Communauté |
| COAR | Country Office Annual Report – Rapport Annuel du Bureau Pays |
| CRS | Catholic Relief Service |
| CSB | Centre de Santé de Base |
| DGPS | Direction Générale de Protection Sociale |
| DPS | Direction Promotion de la Santé |
| DRCI | Direction Régionale de la Communication et de l'Information |
| DRCRI | Direction Régionale de la Communication et des Relations avec les Institutions |
| DREAH | Direction Régionale en charge de l'Eau, l'Assainissement et l'Hygiène |
| DREEF | Direction Régionale de l'Environnement, de l'Écologie et des Forêts |
| DREEH | Direction Régionale de l'Eau, de l'Énergie et des Hydrocarbures |
| DRENETP | Direction Régionale de l'Éducation Nationale et de l'Enseignement Technique et Professionnel |
| DRPPSPF | Direction Régionale de la Population, de la Protection Sociale et de la Promotion de la Femme |
| DRSP | Direction Régionale de la Santé Publique |
| DSFA | Direction de la Santé Familiale |
| EAH | Eau, Assainissement et Hygiène (WASH) |
| ECHO | Direction générale pour la protection civile et les opérations d'aide humanitaire européennes de la Commission européenne |
| ESARO | Bureau régional de l'Afrique de l'Est et Australe |
| GAR | Gestion Axée sur les Résultats |
| GRE | Groupe de Référence de l'Évaluation |
| HACT | Harmonized Approach to Cash Transfers |
| INSTAT | Institut National de Statistique |
| MCRI | Ministère de la Communication et des Relations avec les Institutions |
| MEEH | Ministère de l'Énergie, de l'Eau et des Hydrocarbures |
| MENETP | Ministère de l'Éducation Nationale et de l'Enseignement Technique et Professionnel |
| MFB | Ministère des Finances et du Budget |
| MICS | Multiple Indicator Cluster Survey – Enquête Nationale sur la Situation Sociodémographique des Ménages |

| | |
|----------|---|
| MID | Ministère de l'Intérieur et de la Décentralisation |
| MJS | Ministère de la Jeunesse et des Sports |
| MoRES | Monitoring Results for Equity System |
| MPPSPF | Ministère de la Population, de la Protection Sociale et de la Promotion de la Femme |
| MSANP | Ministère de la Santé Publique |
| OCHA | United Nations Office for the Coordination of Humanitarian Affairs |
| ODD | Objectifs de Développement Durable |
| OMD | Objectifs du Millénaire pour le Développement |
| OMS | Organisation Mondiale de la Santé |
| ONG | Organisation non gouvernementale |
| ONN | Office National de Nutrition |
| ORN | Office Régional de Nutrition |
| PAM | Programme Alimentaire Mondial |
| CPAP | Plan d'Action du Programme Pays |
| PASSOBA | Programme d'Appui aux Services Sociaux de Base |
| PFE | Pratiques Familiales Essentielles |
| PND | Plan National de Développement |
| PNUD | Programme des Nations unies pour le Développement |
| PSE | Protection Sociale et Évaluation |
| PTF | Partenaires Techniques et Financiers |
| RMP | Revue à mi-parcours |
| RSS | Renforcement du Système de Santé |
| SitAn | Situation Analysis – Analyse de la situation |
| SNU | Système des Nations Unies |
| SSD | Service de Santé des Districts |
| SUN | Scaling-up Nutrition – Renforcer la Nutrition |
| TDC | Théorie du Changement |
| TDR | Termes de Référence |
| VIH-SIDA | Virus de l'Immunodéficience Humaine - Syndrome d'Immunodéficience Acquise |
| UFE | Utilization-Focused Evaluation - Évaluation axée sur l'utilisation |
| UNDAF | United Nations Development Assistance Framework - Plan Cadre des Nations Unies pour l'Assistance au Développement |
| UNEG | United Nations Evaluation Group - Groupe des Nations Unies pour l'Évaluation |
| UNFPA | United Nations Population Fund - Fonds des Nations Unies pour la population |
| UNICEF | United Nations Children's Fund - Fonds des Nations Unies pour l'enfance |

Résumé exécutif

DESCRIPTION DU PROGRAMME DE PAYS ET DE SON CONTEXTE

Endossé par le gouvernement malgache et approuvé par le Conseil d'Administration de l'UNICEF en février 2015, le Document de Programme Pays (CPD) ainsi que le Plan d'Action de Programme Pays (CPAP) couvrent la période 2015-2020 pour un budget total de 198 millions USD. L'objectif principal du programme est de contribuer à la « réalisation de résultats équitables pour les enfants et les familles les plus pauvres et les plus difficiles à atteindre ».

Classé au 162^{ème} rang sur 189 (IDH 2019), Madagascar est l'un des pays les plus pauvres au monde, 75 % de sa population vivant avec moins de 1,90 USD par jour. L'instabilité politique de ces dernières décennies et la suspension de l'aide internationale entre 2009 et 2014, ont fragilisé d'autant plus l'économie malgache déjà précaire. Les indicateurs de développement sont faibles, et ce dans tous les domaines : santé, nutrition, eau, hygiène et assainissement (EAH), éducation, protection, etc. Les inégalités de genre, bien que variables d'une région à l'autre, sont cependant une constante dans la plupart des secteurs. Les catastrophes naturelles et les épidémies sont également courantes dans le pays, notamment dans les régions du Sud, et accroissent les inégalités et les vulnérabilités d'une population très dépendante de l'appui extérieur. Les enfants malgaches sont parmi les premières victimes de cette situation. Madagascar figure sur la liste des 58 États Fragiles compilée par l'OCDE de 2018.

Face à ces nombreux défis, l'UNICEF et ses partenaires à l'échelle nationale, régionale et communautaire, articulent leurs interventions autour de six secteurs clés : EAH, nutrition, éducation, protection de l'enfance, politique et protection sociale. Le programme adopte également une stratégie transversale, avec une emphase sur la communication pour le développement (C4D) et les urgences. Le bureau pays de l'UNICEF n'a pas élaboré le programme autour d'une théorie du changement mais le cadre logique du CPD présente sept résultats principaux correspondant à chaque secteur d'intervention (les six secteurs clés et un résultat intersectoriel), à travers quatre à cinq produits par secteur. Ce cadre a été légèrement révisé à la suite de la revue à mi-parcours (RMP) du programme pays réalisée en 2017-2018. La logique veut que la réalisation de tous ces produits converge vers des effets sectoriels (un effet par secteur) au cours de la mise en œuvre du programme. Il est attendu qu'à leur tour les effets combinés contribueront à la réalisation des droits multiples de l'enfant.

OBJECTIFS, UTILISATEURS ET PORTÉE DE L'ÉVALUATION

Menée entre août 2019 et février 2020, l'évaluation formative du programme de pays entre le Gouvernement de Madagascar et l'UNICEF (2015-2020) a pour objectif principal d'informer et d'appuyer la préparation du futur programme de pays (2021-2023) dont la planification a débuté fin 2019. Les constats, conclusions, leçons apprises et recommandations guideront le Bureau Pays de l'UNICEF Madagascar dans cet exercice. Les bailleurs de fonds principaux et les partenaires de mise en œuvre (étatiques et non-étatiques) du programme font également partie des utilisateurs de l'évaluation. Cette évaluation effectue notamment un examen de la structure organisationnelle du bureau de l'UNICEF à Madagascar, du degré d'atteinte des résultats escomptés ainsi que des facteurs qui ont favorisé ou limité l'atteinte des résultats.

La portée de l'évaluation couvre le programme pays de l'UNICEF, tel qu'approuvé par le Conseil d'Administration en février 2015, ainsi que toutes les modifications et révisions du programme initial survenues au cours de la période examinée (2015 à 2019), tels que les ajustements à la suite de la RMP du programme pays effectuée en 2017-2018. Bien que le travail réalisé dans l'ensemble des régions ait été évalué, l'équipe d'évaluation a visité trois régions d'intervention en particulier : Androy, Boeny et Analamanga. En raison de l'envergure d'une évaluation de programme pays et du peu de temps imparti pour que les résultats de l'évaluation puissent informer l'élaboration du prochain programme pays, les évaluateurs et l'UNICEF se sont mis d'accord pour focaliser l'analyse détaillée sur deux des plus grands secteurs du programme pays, soit santé et EAH, tout en évoquant les résultats de tous les secteurs.

APPROCHE, MÉTHODOLOGIE ET LIMITES DE L'ÉVALUATION

L'équipe d'évaluation a établi un cadre conceptuel pour l'analyse multisectorielle du programme pays. Conformément au cadre logique du programme, toutes les interventions sectorielles de l'UNICEF au

plan institutionnel ainsi qu'au plan des communautés, familles et enfants devraient en théorie converger, de façon complémentaire et cohérente, vers la réalisation pleine et entière des droits de l'enfant. L'évaluation est structurée autour de quatre des cinq critères standards d'évaluation de l'OCDE-CAD : pertinence, efficacité, efficience et durabilité. Les dimensions de droits humains, genre et équité sont intégrées de manière transversale dans le rapport. L'ensemble du processus et de la méthodologie s'articulent autour des Normes et règles d'évaluation du Groupe des Nations Unies pour l'Évaluation (UNEG) et de la politique révisée d'évaluation de l'UNICEF (2018).

Les différentes activités de collecte de données ont eu lieu de septembre à mi-octobre 2019. L'évaluation a combiné des méthodes quantitatives et qualitatives de collecte de données afin d'assurer la triangulation, la validation des données recueillies et la fiabilité des constats : revue documentaire, entrevues semi-structurées, discussions de groupe, visite terrain, observation non-participante et non-structurée, et enquête par sondage.

La principale limite de l'évaluation a été la contrainte de temps, notamment lors de la visite terrain, qui a mené l'équipe d'évaluation à des questionnements additionnels post-mission, palliés par des entrevues additionnelles à distance, avec les membres du personnel du bureau pays. Étant donné l'envergure du programme et le nombre de parties prenantes à rencontrer, les évaluateurs ont opté pour des entrevues de groupe afin de compenser l'absence de temps pour mener des entretiens individuels. La réalisation d'un sondage en ligne, et son taux de participation élevé, ont également permis d'accroître la participation du personnel de l'UNICEF au processus d'évaluation. Finalement, malgré les nombreuses contraintes imposées par la géographie et les infrastructures du pays, l'équipe d'évaluation est parvenue à visiter trois régions différentes, incluant la région du Grand Sud, une des régions les plus éloignées et les moins bien dotées en infrastructure de transport. Finalement, l'équipe d'évaluation a pu utiliser les résultats de l'enquête MICS menée en 2018 afin de corroborer le degré d'avancement dans certains domaines d'intérêt.

CONSTATS ET CONCLUSIONS

Pertinence

Les constats principaux sur la pertinence du programme pays confirment l'alignement du CPD sur les priorités du gouvernement malgache, de l'UNICEF et sur les besoins des populations tels que décrits dans le SitAn qui a précédé l'élaboration du CPD. On constate toutefois une faible intégration d'une programmation visant le développement de la petite enfance (DPE) ainsi que les adolescents. Le programme a aussi démontré sa flexibilité à s'adapter aux changements de contexte, notamment les situations d'urgence telles que les sécheresses, cyclones, peste, etc. qui ont marqué toute la période de mise en œuvre du programme. Par contre, cette flexibilité a quelque peu fait dévier le programme de ses intentions initiales pour s'insérer dans une logique d'arrimage avec les priorités internes de l'État malgache, parfois changeantes, et des bailleurs de fonds. On constate malgré cela que l'UNICEF dispose d'un avantage comparatif certain par rapport aux autres partenaires techniques et financiers (PTF) à Madagascar, notamment dans les secteurs de l'EAH, de l'éducation et de la protection.

Quant à l'approche genre, elle n'a pas été intégrée systématiquement et de manière transversale dans la planification et la mise en œuvre du programme pays, le CPD n'étant pas basé sur une analyse genre et ne décrivant pas l'impact différencié sur les femmes et les hommes, les filles et les garçons, des problématiques en lien avec les différents secteurs d'intervention. De plus, les documents de suivi des résultats du programme n'incluent pas d'indicateurs ni de données ventilées par genre. Toutefois, l'intégration récente d'une spécialiste en genre au sein du bureau pays contribuera sans doute à combler cette lacune lors de l'élaboration du prochain programme pays. Aussi, il n'y a pas eu une approche systématique et intégrée de prise en compte des préoccupations des détenteurs de droits lors de la conception et la mise en œuvre du programme.

Efficacité

UNICEF a atteint son but d'offrir un appui technique de haute qualité à la conception et à l'adoption de politiques, de plans cadres et de stratégies dans l'ensemble des secteurs d'intervention du programme pays, bien que les résultats soient mitigés au niveau de l'amélioration des conditions de vie, du bien-être et des droits des communautés, familles et enfants. En effet, leur opérationnalisation a été mise à mal par de nombreux facteurs externes tels que les changements fréquents de personnel gouvernemental, le manque de coordination entre les départements et ministères gouvernementaux, la faible déconcentration et décentralisation de l'état, la croissance démographique, les changements

climatiques, ainsi que les us et coutumes qui vont à l'encontre de la réalisation des droits de l'enfant. Ceci se traduit par le fait que 40 % des cibles au niveau des résultats escomptés ont été atteintes.

Par ailleurs, les initiatives humanitaires et de développement visant directement les populations ont contribué à l'atteinte de résultats concrets en termes de soins de la mère et des nouveau-nés, de vaccination des enfants, d'EAH, de nutrition, d'éducation, et de protection de l'enfance bien que toutes les cibles des résultats et des produits escomptés n'aient pas été atteintes.

Quelques exemples de résultats concrets touchant les enfants, familles et communautés :

- **Santé** : Amélioration de l'accès aux soins de santé en permettant l'ouverture de la totalité des 73 centres de santé de base (CSB) préalablement fermés par manque de personnel dans les neuf régions d'intervention¹ du Programme PASSOBA-Santé et, à la fin du programme, d'intégrer presque la totalité de ce personnel (537) dans la Fonction Publique, dont 70 % de femmes agents de santé ; maintien d'une bonne couverture vaccinale pour la diphtérie-tétanos-coqueluche, 3^e dose (DTP3).
- **C4D** : Pour améliorer les connaissances et l'acceptation des populations de la vaccination infantile, les campagnes de sensibilisation ont été accompagnées d'un appui au gouvernement central ainsi qu'aux ONG favorisant la communication continue et la mobilisation sociale par le biais de la radio, de la télévision et d'autres médias.
- **EAH** : En 2019 seulement, l'UNICEF estime avoir contribué à donner accès à de l'eau potable de façon durable à plus de 63 000 personnes par l'entremise de forages (30 nouveaux forages et la réhabilitation de huit autres) et du pipeline pour un total de 721 000 personnes ayant accès à de l'eau potable de façon durable depuis 2015.

Les innovations orientées sur les infrastructures de conduite d'eau (*pipeline*) ne profitent toutefois pas équitablement aux populations les plus vulnérables vivant dans les zones éloignées pas car elles n'y ont pas un accès direct et les prix de l'eau transportée par camions citernes ne sont pas à leur portée.

La coordination entre l'UNICEF et les multiples organes de gestion d'urgence nationaux, dont la capacité demeure faible, est complexe mais bien organisée et, à titre de *lead des clusters* en nutrition, éducation, EAH et protection sociale, et *co-lead* du *cluster* santé, l'UNICEF a généralement fait preuve d'efficacité dans la préparation et la réponse aux situations d'urgence.

Efficienne

L'UNICEF Madagascar a mobilisé un nombre important de ressources financières et humaines pour mettre en œuvre les diverses interventions sectorielles et répondre aux crises humanitaires récurrentes tout au long de la programmation. Malgré cela, seules 40 % des cibles au niveau des résultats escomptés ont été atteintes. Bien que la majorité du budget octroyé au gouvernement aboutisse au niveau régional conformément aux besoins de la population (soit près de 75 % des ressources décaissées au profits des partenaires gouvernementaux), la majorité du personnel de l'UNICEF (soit près de 75 % du personnel) est basé à Antananarivo, laissant croire que la structure du bureau pays n'est pas alignée sur ses opérations ni très bien adaptée pour répondre aux besoins des communautés en temps opportun.

L'analyse des dépenses du bureau pays permet de constater l'ampleur des efforts que le bureau pays a dû déployer pour répondre aux urgences. Dans le secteur EAH, il permet de constater que la majeure partie des ressources financières (mais également humaines) du secteur ont été dédiées à l'accroissement de l'accès à l'eau, intervention caractérisée par la réhabilitation à grand coup du pipeline dans le Grand Sud.

S'agissant du personnel, il est qualifié et motivé dans l'ensemble mais le niveau des postes de gestion au sein du bureau pays n'est pas à la hauteur des ambitions et des exigences du programme. Au niveau décentralisé, les agents de santé communautaire (ASC) qui travaillent bénévolement auprès des populations dans les districts renforcent l'efficienne mais les assistants techniques régionaux (ATR) déployés dans les régions et occupant les bureaux des structures décentralisées du gouvernement exécutent bon nombre de tâches normalement réservées aux fonctionnaires possiblement en raison de leurs termes de référence imprécis ou mal compris.

¹ Anosy, Atsinanana, Analanjirofo, Menabe, Atsimo Andrefana, Boeny, Sava et Vakinankaratra.

Quant au partenariat avec les autres bailleurs de fonds, bien que le rôle de l'UNICEF à titre de *lead* de plusieurs *clusters* sectoriels favorise la concertation, il ne facilite pas pour autant la coordination des interventions et c'est un rôle centralisé avec une faible implication des partenaires au niveau régional.

L'absence de théories du changement ou de chaînes de résultats sectorielles et pour l'ensemble du programme a nui à l'efficacité du programme pays de l'UNICEF. L'équipe d'évaluation n'a pas trouvé de données probantes indiquant qu'au moment des revues de progrès semestrielles voire lors de la revue à mi-parcours, il y ait eu un questionnement sur l'efficacité et l'efficacité des stratégies employées pour atteindre les effets escomptés. Aussi, le système de suivi-évaluation qui a été utilisé pour mesurer l'état d'avancement des résultats du programme a fourni certaines données utiles à la prise de décision bien que l'on questionne le choix de bon nombre d'indicateurs et de cibles identifiés pour les résultats et produits escomptés ainsi que la fiabilité des données, lesquelles ne sont pas désagrégées par région ni par sexe.

Durabilité

Le renforcement des institutions nationales et régionales pour une prise en charge des initiatives sectorielles et les appuis au développement des plans, des politiques et des stratégies par le gouvernement sont autant de mesures qui constituent des éléments de durabilité. Toutefois, la pérennisation des acquis du programme est menacée par la faible capacité d'absorption de l'aide extérieure des partenaires gouvernementaux de l'UNICEF et l'absence d'un certain nombre de conditions propices telles que : la stabilité et le renforcement continu des capacités du personnel ; l'existence de dispositifs clairs pour assurer la continuité et le suivi des interventions ; un niveau de transparence accru ; et des fournisseurs de biens et de services (privés et publics) fiables et de qualité.

Un certain nombre d'obstacles à la durabilité des interventions sectorielles ont été constatés, par exemple :

- L'absence de moyens des écoles et des CSB pour la construction et l'entretien des infrastructures et le manque d'intégration des activités EAH des écoles dans les systèmes de suivi des Ministères de l'Éducation Nationale et de la Santé ;
- Le manque d'initiatives de qualité ciblant les districts, communautés et familles à travers des interventions de communication pour le développement, de dialogue et de transfert de connaissances sur les droits de la personne et en priorité de l'enfant, sur comment réclamer ses droits, et surtout, sur les bénéfices de l'adoption des pratiques familiales essentielles.

Les investissements substantiels de l'UNICEF en infrastructures et en fournitures ont en fin de compte déchargé temporairement l'obligation de l'État d'assurer que le pays ait les infrastructures nécessaires en place pour assurer le bien-être de sa population. En même temps, les investissements ciblant la capacité des détenteurs de droits d'agir au bénéfice de leur propre développement ont été trop faibles.

PRINCIPALES LEÇONS APPRISES

- Un appui au développement qui vise principalement l'augmentation des capacités des organismes gouvernementaux n'assure pas la durabilité des interventions car il est important d'engager également la société civile (les communautés - Fokontany) et leurs réseaux de personnes influentes tel que leaders traditionnels et religieux, les femmes leaders, les associations professionnelles) dès la phase de conception du programme pour assurer l'appropriation effective des interventions par les populations et l'arrimage des interventions avec leurs besoins et priorités.
- Un programme pays qui vise des changements systémiques pour répondre aux besoins complexes des enfants, des familles et des communautés et qui cherche à promouvoir l'équité par l'élimination des goulots d'étranglement, nécessite une approche intersectorielle intégrée assortie d'interventions multiformes et continues en C4D afin que les changements souhaités s'enracinent partout au pays.
- Des interventions dispersées dans toutes les régions du pays et qui ne sont pas soutenues par des plans et des engagements clairs par le gouvernement pour assurer leur continuité au-delà du cycle du programme pays ne sont pas viables à long terme. Au contraire, le ciblage précis et intégré des interventions visant le changement des comportements des populations, tel qu'utilisé dans la stratégie ONE WASH, augmente les perspectives de retombées immédiates et durables.
- La dépendance de l'UNICEF, globalement ainsi qu'à Madagascar, sur des ressources "autres" pour financer au moins les 2/3 de son programme pays, conjuguée avec la réalité que les bailleurs de fonds poursuivent leurs propres priorités, constitue un risque pour l'UNICEF de ne pas pouvoir

assurer un financement externe qui est aligné sur les résultats escomptés du programme pays. Cependant, cette situation peut aussi devenir une opportunité si UNICEF déploie une vision long-terme ciblant les problèmes spécifiques à Madagascar et ayant le potentiel d'assurer le bien-être des enfants. D'ailleurs, UNICEF possède toute l'expertise requise au niveau national régional et global pour avoir un impact au niveau systémique. Le bureau pays est donc bien positionné pour gérer la mise en œuvre des approches de gestion testées avec le projet PASSOBA-Santé dans le projet d'Amélioration des Résultats Nutritionnels (PARN), l'accord d'assistance technique qu'il vient de signer en mars 2019 avec la Banque Mondiale et le Gouvernement de Madagascar.

- Il y a à Madagascar des leçons tirées des programmes, y compris de l'UNICEF, qui ont utilisé différents incitatifs financiers et non-financiers pour les ASC, qui sont par ailleurs des bénévoles.² Les bons résultats en lien avec le traitement de la diarrhée et de la pneumonie confirment la pertinence d'une approche de renforcement des capacités des ASC dans les régions cibles de l'UNICEF.
- La stratégie de partenariat du bureau pays avec le secteur privé pour la période 2017-2019 crée de nouvelles opportunités d'appui aux interventions sectorielles pour contribuer à la réalisation des droits de l'enfant et a un fort potentiel d'impact pourvu qu'elle soit élargie en dehors des limites des clusters.

PRINCIPALES RECOMMANDATIONS

Les recommandations découlant des constats et des conclusions de l'évaluation ont été élaborées de manière participative avec le Groupe de Référence de l'Evaluation et le personnel du bureau pays. Elles sont à la fois stratégiques et opérationnelles. Elles sont présentées en ordre de priorité et se résument comme suit :

- 1) Le bureau pays devrait concevoir le prochain programme pays, d'une durée de trois ans seulement, comme un programme de transition permettant de développer une vision à long terme, des résultats ainsi que des cibles réalistes qu'il sera en mesure d'atteindre en partenariat avec le gouvernement et par l'intégration en amont de ses stratégies transversales éprouvées, notamment en matière de genre.
- 2) Le prochain programme pays devrait conserver l'approche multi-niveaux consistant à collaborer avec le gouvernement aux niveaux national et régional tout en consolidant ses interventions régionales là où les besoins des femmes et des enfants sont les plus importants.
- 3) Le bureau pays devrait capitaliser sur l'avantage comparatif qu'il possède actuellement par sa présence dans les régions en renforçant sa présence au niveau décentralisé de façon progressive.
- 4) Le bureau pays devrait conceptualiser et opérationnaliser une approche lui permettant de renforcer la collaboration intersectorielle interne et d'aborder de manière holistique et multisectorielle les défis auxquels les enfants font face depuis la naissance, tout particulièrement les 1000 premiers jours des enfants, jusqu'à l'adolescence.
- 5) L'UNICEF devrait capitaliser sur son rôle de *lead* des nombreux *clusters* sectoriels afin d'améliorer la coordination entre les PTF pour répondre de façon concertée aux défis et problématiques de développement du pays.
- 6) Le prochain programme pays devrait inclure une analyse plus exhaustive des risques, tel que liés à la capacité d'absorption de l'aide extérieure des partenaires gouvernementaux, ainsi que des opportunités et des coûts nécessaires à l'opérationnalisation des plans de durabilité et/ou de mise à l'échelle pour toutes ses interventions.
- 7) L'approche de gestion axée sur les résultats du bureau pays devrait inclure : le renforcement de l'opérationnalisation de son système de suivi-évaluation afin qu'il soit en mesure de générer des données crédibles, en temps opportun, à des fins programmatiques ; et le développement d'une stratégie et d'une plateforme de partage des connaissances sur les leçons apprises et bonnes pratiques découlant des diverses interventions.

² USAID (2015). *Incitatifs offerts aux agents de santé communautaire à Madagascar : enseignement retenu.*
http://www.africanstrategies4health.org/uploads/1/3/5/3/13538666/technicalbrief_chw_madagascar_fr.pdf

- 8) Le bureau pays devrait renforcer sa collaboration avec les organisations de la société civile et impliquer plus systématiquement les représentants des communautés et des districts dans les régions cibles lors de l'élaboration du prochain programme pays afin de s'assurer que les stratégies d'intervention soient bien adaptées aux besoins et priorités exprimés par les populations et ancrées dans les réalités du terrain.
- 9) Le bureau pays devrait continuer à renforcer les connaissances et compétences de son personnel en matière d'égalité des sexes afin d'assurer la pleine intégration de ces questions dans toutes ses interventions.

Executive Summary

DESCRIPTION OF THE COUNTRY PROGRAMME AND OF ITS CONTEXT

Endorsed by the Government of Madagascar and approved by the UNICEF Executive Board in February 2015, the Country Programme Document (CPD) and the Country Programme Action Plan (CPAP) cover the period 2015-2020 with a total budget of USD 198 million. The main objective of the programme is to contribute to the "achievement of equitable results for the poorest and hardest-to-reach children and families."

Ranked 162 out of 189 on the HDI (2019), Madagascar is one of the poorest countries in the world, with 75% of its population living on less than USD 1.90 per day. The political instability of recent decades and the suspension of international aid between 2009 and 2014 have further weakened Madagascar's already precarious economy. Development indicators are low in many sectors, most notably in the health, nutrition, WASH, education, and protection sectors. While gender inequalities vary from one region to another, they remain generally widespread across all sectors. Natural disasters and epidemics are also common in the country, especially in the southern regions, and increase the inequalities and vulnerabilities of a population that is already highly dependent on external aid. Malagasy children are among the first victims of this situation. Madagascar is on the list of 58 Fragile States compiled by the OECD for 2018.

Faced with these many challenges, UNICEF and its partners at the national, regional and community levels are focusing their interventions around six key sectors: health, nutrition, water, sanitation and hygiene (WASH), education, child protection, social policy and protection. The programme also integrates cross-cutting strategies focusing on communication for development (C4D) and emergency response. The UNICEF country office did not develop its programme around a theory of change, but the logical framework of the CPD presents seven main results corresponding to each sector of intervention (the six key sectors and one cross-cutting result), through four to five outputs per sector. This framework was slightly revised following the mid-term review (MTR) of the country programme carried out in 2017-2018. The underlying logic of this programme is that the achievement of all these outputs will converge towards sectoral outcomes (one outcome per sector) during programme implementation. It is expected that, in turn, the combined outcomes will contribute to the realization of the multiple rights of children.

OBJECTIVES, USERS AND SCOPE OF THE EVALUATION

Conducted between August 2019 and February 2020, the main objective of this formative evaluation of the country programme between the Government of Madagascar and UNICEF (2015-2020) was to inform and support the country office's efforts to design the next country programme document (2021-2023), whose planning started at the end of 2019. The main donors and implementing partners (governmental and non-governmental actors) of the programme are also among the users of the evaluation. In addition to assessing the degree of achievement of expected results and to identifying factors that have contributed and hampered the achievement of its expected results, this evaluation also assessed, through an analysis of its organizational structure and of its strategic positioning, whether the country office is fit for purpose.

The scope of the evaluation covered the UNICEF country programme, as approved by the Executive Board in February 2015, as well as all modifications and revisions to the original programme that occurred during the period under review (2015 to 2019), such as adjustments following the MTR in 2017. Although the work carried out by UNICEF in all regions of the country was assessed, the evaluation team visited three regions in particular, namely: Androy, Boeny and Analamanga. Given the magnitude of the scope of the country programme to evaluate and the limited time available for the evaluation results to inform the development of the next country programme, the evaluators and UNICEF agreed to focus more specifically on the analysis of the two largest sectors of the country programme, health and WASH.

EVALUATION APPROACH, METHODOLOGY AND LIMITATIONS

The evaluation team developed a conceptual framework to facilitate conducting a multisectoral analysis of the country programme. It reflects the fact that, according to the logical framework of the programme, all UNICEF sectoral interventions at the institutional level as well as at the level of communities, families

and children should in theory converge, in a complementary and coherent manner, towards the full realization of children's rights. The evaluation is structured around four of the five standard OECD-DAC evaluation criteria: relevance, effectiveness, efficiency and sustainability. The human rights, gender and equity dimensions are mainstreamed throughout the report. The entire process and methodology are structured around the United Nations Evaluation Group (UNEG) Norms and Standards for Evaluation and the revised UNICEF Evaluation Policy (2018).

The various data collection activities took place between September and mid-October 2019. The evaluation combined quantitative and qualitative data collection methods to ensure triangulation, validation of the data collected and reliability of findings: document review, semi-structured interviews, focus group discussions, field visit, non-participant and unstructured observation, and sample survey.

The main limitation of the evaluation was time constraints, particularly during the field visit which led the evaluation team to highlight a number of data gaps that required additional rounds of virtual consultations with country and regional office's staff. Given the scale of the programme and the significant number of stakeholders to be interviewed, the evaluators opted for group interviews to compensate for the lack of time to conduct individual interviews. An online survey, with a high participation rate, also increased the involvement of UNICEF staff in the evaluation process. Finally, despite the many constraints imposed by the country's geography and infrastructure, the evaluation team managed to visit three different regions, including the Far South region, one of the most remote regions with the weakest transportation infrastructure. Finally, the evaluation team was able to use the results of the MICS survey conducted in 2018 to corroborate the degree of progress in the sectors and regions where UNICEF operated.

FINDINGS AND CONCLUSIONS

RELEVANCE

The main findings on the relevance of the country programme confirm the alignment of the CPD with the priorities of the Government of Madagascar, UNICEF's global priorities and with the needs of the population identified in the SitAn that preceded the CPD development. However, the CPD pays little attention to ECD and adolescent programming. The country office demonstrated its flexibility by adapting its programmes to a constantly evolving context characterized by numerous emergencies including droughts, cyclones and plagues that significantly affected the implementation of the country programme. On the other hand, this flexibility led the office to somewhat deviate from its initial programming, aligning itself more often than not with the shifting priorities of the government, but also those of its donors. Notwithstanding these shifts, UNICEF has a clear comparative advantage in various areas, notably in the WASH, education and child protection sectors. Its ability to operate at sub-national level with these sectors is another key strength of the country office.

Gender equality has not been mainstreamed in the planning and implementation phases of the country programme. The CPD was not based on a gender analysis and does not describe the differentiated effects of the programme on women, men, girls and boys. In addition, the annual and programme monitoring reports do not include indicators or gender-disaggregated data. The recent addition of a gender specialist to the country office team should significantly contribute to strengthening gender mainstreaming in the next CPD. Also, there has not been a systematic and coherent approach to addressing the concerns of rights holders in programme design and implementation.

EFFECTIVENESS

UNICEF has achieved its goal of providing high-quality technical support to the design and adoption of policies, frameworks and strategies across all sectors of the country programme, although mixed results have been noted in terms of improvements to the living conditions, well-being and rights of communities, families and children. The implementation of these policies, frameworks and strategies has been hampered by many external factors such as frequent changes in government personnel, lack of coordination among government departments and ministries, a slow decentralization process, population growth, climate change, as well as local attitudes, customs, traditions and behaviours that harm children. This is reflected by the fact 40% of the targets in terms of expected results have been reached.

Humanitarian and development initiatives directly targeting populations have nonetheless contributed to the achievement of tangible results in terms of maternal and newborn care, child immunization,

WASH, nutrition, education and child protection, although not all the targets of the expected results and outputs have been achieved.

Some examples of tangible results for children, families and communities include:

- **Health:** Improved access to health care through the opening of all 73 basic health centres (CSBs) previously closed due to lack of staff in the nine intervention regions of the PASSOBA-Santé Programme and, at the end of the programme, integrating almost all of these staff (537) into the civil service, 70% of whom are women health workers; maintaining a good immunization coverage, notably in DTP3 in particular.
- **C4D:** In order to improve knowledge and acceptance of child immunization among the population, awareness raising campaigns complemented the action of the central government and NGOs in promoting continuous communication and social mobilization through radio, television and other media.
- **WASH:** In 2019 alone, UNICEF estimates that it has contributed to providing sustainable access to safe drinking water to more than 63,000 people through boreholes (30 new boreholes and the rehabilitation of eight others) and through the rehabilitation of a major pipeline in the south. A total of 721,000 people has obtained sustainable access to safe drinking water since 2015.

However, innovations implemented around the rehabilitation of the pipeline do not equitably benefit the most vulnerable populations living in remote areas as they do not have direct access to it and the prices for water trucking services are not within their reach.

Coordination between UNICEF and the multiple national emergency management bodies, whose capacity remains weak, is complex but well organized and, as lead of the nutrition, education, WASH and social protection clusters and co-lead of the health cluster, UNICEF has generally been effective in emergency preparedness and response.

EFFICIENCY

UNICEF Madagascar has mobilized a significant amount of financial and human resources to implement the various sectoral interventions and respond to recurrent humanitarian crises throughout the programming process. Despite these successful efforts, only 40% of the targets at the outcome level were achieved. The majority of the financial contributions UNICEF allocated to the government was utilized at sub-national level by regional directorates in line with the needs of the population (i.e., nearly 75% of resources disbursed to all government partners was utilized at sub-national level). However, the majority of UNICEF staff (nearly 75% of its staff) is based in Antananarivo. This suggests that the country office structure is not fully aligned with its operations and may not be well adapted to respond to the needs of more remote or vulnerable communities in a timely manner.

An analysis of the country office's expenditures shows the magnitude of the efforts that the country office has had to make to respond to emergencies. In the WASH sector, most of the sector's financial (but also human) resources have been devoted to increasing access to water, an intervention characterized by the costly rehabilitation of a major pipeline in the southern region.

With regard to UNICEF staff, they are qualified and generally motivated, but the level of seniority of management positions in the country office is not commensurate with the ambitions and requirements of the programme. At the decentralized level, the fact that community health workers (ASC) contributing to the implementation of the programme at the community level are unpaid volunteers increases the efficiency of the programme. On the other hand, Regional Technical Assistants (ATR) at the sub-national level are positioned in the offices of decentralized government structures, which, while it reduces operational costs, tends to result in their performing tasks that should be the responsibility of government officials, possibly due to unclear or poorly understood terms of reference .

Regarding its partnership approach, UNICEF was perceived as a key actor playing a leading role in a number of sectoral clusters. While its role in these structures promotes communication and concertation, it does not guarantee an increased level of programmatic or operational coordination at central and decentralized (or sub-national) levels.

The lack of theories of change or sectoral results chains hampered the efficiency of the UNICEF country programme. The evaluation team did not find evidence that, at the time of the midterm review or other annual planning exercises, sufficient efforts were deployed to assess the effectiveness and efficiency of the strategies used to achieve the intended outcomes. Also, while the monitoring and evaluation

system used to measure the progress of programme results provided some useful data for decision-making, the validity and reliability of several targets and indicators at output and outcome levels can be questioned. In general, indicators did not allow for disaggregating data by region or gender.

SUSTAINABILITY

Efforts to build the capacity of national and regional institutions and to make sure they take ownership of the development processes promoted by UNICEF are effective strategies to ensure the sustainability of the results achieved under this country programme. However, this sustainability is threatened by the low absorption capacity of external assistance by UNICEF's government partners and by the absence of a number of enabling factors such as: stability and continuous capacity-building of government staff; the existence of clear mechanisms to ensure the continuity and monitoring of interventions; an increased level of transparency; and reliable, high-quality suppliers of goods and services (private and public).

A number of bottlenecks affecting the sustainability of sectoral interventions were identified at the sectoral level, for example:

- Lack of capacity of schools and of community health centers (CSB) to build and maintain infrastructure and lack of integration of WASH in schools and CSB activities into the monitoring systems of the Ministries of National Education and Ministries of Health.
- The insufficiency of quality interventions targeting districts, communities and families relying on sound communication for development strategies, on dialogue and on knowledge transfer about human rights, children's rights, on how to claim their rights, and, above all, on the benefits of adopting essential family practices.

During the current programme cycle, UNICEF substantially invested in the construction and rehabilitation of basic infrastructure and in supplying its partners with much-needed equipment and material, thus relieving the Malagasy State from its responsibility, as a duty-bearer, to ensure the well-being of its population. At the same time, it seems UNICEF's investments in building the capacity of rights holders to take ownership of development initiatives was insufficient.

KEY LESSONS LEARNED

- Development interventions that solely focus on increasing the capacities of government entities does not guarantee that they will be sustainable in the context of a fragile state such as Madagascar. It is important to also involve civil society (communities - Fokontany) and their networks of influential people such as traditional and religious leaders, women leaders, professional associations) from the programme design phase to ensure effective ownership of interventions by the populations and to ensure that interventions remain aligned to their needs and priorities.
- A country programme that seeks to generate systemic changes to meet the multidimensional needs of children, families and communities and that seeks to promote equity through the elimination of bottlenecks requires an integrated intersectoral approach with multifaceted and continuous C4D interventions to ensure that the desired changes take root across the country.
- Interventions that are scattered across all regions of the country and that are not supported by clear plans and commitments by the government to ensure their continuity beyond the country programme cycle are not sustainable in the long run. On the contrary, accurate and integrated targeting of population behaviour change interventions, as used in the ONE WASH strategy, increases the prospects for rapid and sustainable impact.
- The dependence of UNICEF, globally and in Madagascar, on "other" resources to fund at least 2/3 of its country programme, combined with the reality that donors pursue their own priorities, poses a risk that UNICEF may not be able to ensure external funding that is aligned with the expected results of the country programme. However, this situation can also become an opportunity if UNICEF has a long-term vision of the priority issues to be targeted that are relevant to the Malagasy context and that could ensure the well-being of children. UNICEF has the required expertise at country, regional and global level to achieve impact-level results at the systemic level. Thus, UNICEF Madagascar is well positioned to implement the management approaches tested with the PASSOBA-Santé project and with the Nutritional Outcomes Improvement Project (PARN), based on the technical assistance agreement it signed with the World Bank and the Government of Madagascar in March 2019.

- The encouraging results reached with the treatment of diarrhoea and pneumonia confirm the relevance of a community health workers' capacity-building approach in UNICEF's target regions. It is therefore important to capitalize on the lessons learned by UNICEF and by other technical and financial partners working in Madagascar who have used different financial and non-financial incentives to increase the effectiveness of community health workers.
- The country office's partnership strategy with the private sector for the period 2017-2019 creates new opportunities for supporting sectoral interventions to contribute to the realization of children's rights and has a strong potential for impact if it is expanded beyond the boundaries of the clusters.

MAIN RECOMMENDATIONS

The following recommendations derive from the findings and conclusions of this evaluation and were developed in a participatory manner with the Evaluation Reference Group and with country office staff. They are both strategic and operational and are presented in order of priority.

- 1) The country office should design the next country programme, of a duration of only three years, as a transition programme to develop a long-term vision, results and realistic targets that it will be able to achieve in partnership with the Government and through upstream integration of its proven cross-cutting strategies, including gender.
- 2) The next country programme should maintain the multi-level approach by working with the Government at national and regional levels while consolidating its regional interventions where the needs of women and children are greatest.
- 3) The country office should capitalize on its current comparative advantage through its presence in the regions by gradually strengthening its presence at the decentralized level.
- 4) The country office should conceptualize and operationalize an approach to strengthen internal intersectoral collaboration and address in a holistic and multisectoral manner the challenges children face from birth, especially the first 1,000 days of life, through adolescence.
- 5) UNICEF should capitalize on its role as leader of the numerous sectoral clusters in order to improve coordination among its technical and cooperation partners to respond in a concerted manner to the country's development challenges.
- 6) The next country programme should include a more comprehensive analysis of risks, such as those related to the capacity of government partners to absorb external aid, mapping out the opportunities and costs required to implement sustainability and/or scaling up plans for all its interventions.
- 7) The country office's results-based management approach should include: strengthening the operationalization of its monitoring and evaluation system so that it is able to generate credible and timely data for programmatic purposes; and developing a strategy and knowledge-sharing platform on lessons learned and good practices from various interventions.
- 8) The country office should strengthen its collaboration with civil society organizations and more systematically involve community and district representatives in the target regions in the preparation of the next country programme in order to ensure that intervention strategies are well adapted to the needs and priorities expressed by the populations and rooted in the realities on the ground.
- 9) The country office should continue to strengthen the knowledge and skills of its staff on gender issues to ensure gender is fully mainstreamed in all its interventions.

Introduction

Le cabinet-conseil Groupe administratif Universalia limitée (ci-après désigné sous le nom « Universalia ») a le plaisir de présenter le rapport final de *l'Évaluation Formative du Programme de Pays entre le Gouvernement de Madagascar et l'UNICEF (2015-2020)*.

L'évaluation s'est déroulée entre août 2019 et février 2020, en trois phases (phases de démarrage, de collecte de données, d'analyse et écriture).

Le présent rapport est divisé en deux volumes. Le premier volume (ci-après) compose le corps du rapport d'évaluation. Le second volume contient les annexes du présent rapport.

Le premier volume est structuré en cinq parties distinctes. La première partie introduit le contexte et l'objet d'évaluation, suivie d'une section sur les objectifs et la portée de ce mandat d'évaluation. La troisième section synthétise l'approche et la méthodologie développées lors de la phase de démarrage et mises en œuvre pour mener à bien l'évaluation. Les résultats et les constats de l'évaluation sont présentés dans la section 4. Enfin, les cinquième et sixième sections du rapport présentent les conclusions, les leçons apprises et les recommandations de l'évaluation.

Le second volume contient les annexes suivantes :

- Annexe 1 – Termes de référence
- Annexe 2 – Cadre logique révisé
- Annexe 3 – Composition de l'équipe d'évaluation
- Annexe 4 – Stratégie d'échantillonnage
- Annexe 5 – Matrice d'évaluation
- Annexe 6 – Liste des documents consultés
- Annexe 7 – Liste des personnes consultées
- Annexe 8 – Protocole d'entrevue générique
- Annexe 9 – Questionnaire pour sondage auprès du personnel de l'UNICEF Madagascar
- Annexe 10 – Résultats du sondage par catégorie
- Annexe 11 – Gestion des risques
- Annexe 12 – Matrice de performance par secteur d'intervention
- Annexe 13 – Dépenses de l'UNICEF Madagascar par secteur d'intervention
- Annexe 14 – Distribution des ATR et des dépenses au niveau des régions
- Annexe 15 – Gestion axée sur les résultats
- Annexe 16 – Comparaison ENSOMD (2012) et MICS (2018) : DTC3, SRO-zinc chez les enfants

1. Contexte et objet de l'évaluation

1.1 Analyse de la situation et du contexte

CONTEXTE GÉOGRAPHIQUE

Madagascar est un état insulaire d'Afrique australe situé dans l'Océan Indien à l'est du canal du Mozambique. C'est la 5^{ème} plus grande île du monde avec une superficie de 587 000 km². L'île s'étend sur plus de 1 500 km du nord au sud, et jusqu'à 580 km d'est en ouest. Sa flore et sa faune exceptionnelles offrent une biodiversité reconnue qui attire de nombreux touristes, botanistes, et chercheurs du monde entier.

Cet environnement unique est cependant très menacé et considéré comme l'une des priorités écologiques de la planète en raison notamment des espèces endémiques qu'il contient et qui sont menacées de disparaître. La région nord-ouest du pays est sujette à de fortes pluies tout au long de l'année, particulièrement durant la mousson entre décembre et avril. L'est de Madagascar est sous la menace récurrente de puissants cyclones entre janvier et mars. La région ouest est moins exposée aux pluies mais les températures peuvent descendre jusqu'à 5 degrés. Le sud de l'île offre quant à lui un climat de type subdésertique très sec. Les pluies y sont rares et l'amplitude thermique y est très élevée, pouvant aller de - 5 à 40 degrés.

Le pays est exposé chaque année aux différents aléas hydrométéorologiques extrêmes comme les cyclones, les inondations, les sécheresses, et les invasions de criquets récurrentes. Madagascar se classe au septième rang des pays les plus menacés par les cyclones au monde avec 16 régions à risque sur 22³.

CONTEXTE SOCIO-ÉCONOMIQUE

Classé au 162^{ème} rang sur 189⁴, Madagascar reste l'un des pays les plus pauvres au monde et 75 % de sa population vit avec moins de 1,90 dollar américain (USD) par jour⁵. La croissance du PIB a constamment augmenté depuis 2013 atteignant 5,1 % en 2018 tiré par les secteurs axés sur l'exportation. Le taux de croissance du PIB par habitant demeure néanmoins faible, s'établissant à 2,4 % en 2018 et dépassant pour la première fois les 2 % depuis 2008.⁶ La lenteur de l'exécution des dépenses publiques est faible et s'est accrue en 2019 avec l'entrée en fonction du nouveau gouvernement.⁷

La population totale de Madagascar est estimée à 25,6 millions en 2018⁸ et devrait atteindre 35,6 millions en 2030⁹. Le pays se caractérise par une grande diversité ethnique et culturelle, ainsi que par d'importantes disparités socio-économiques entre régions, zones rurales et urbaines et entre les familles les plus riches et les plus pauvres. On estime que 80,5 % de la population totale vit en milieu

³ David Eckstein, Marie-Lena Hufils et Mail Wings (2019). *Global Climate Risk Index 2019*.

https://germanwatch.org/sites/germanwatch.org/files/Global%20Climate%20Risk%20Index%202019_2.pdf

⁴ UNDP (2019). *Rapport sur le développement humain 2019*, p.26.

http://hdr.undp.org/sites/default/files/hdr_2019_overview_-_french.pdf

⁵ Le PIB PPA par habitant estimé à 1,580 USD en 2018· Banque Mondiale (2018). Banque de Données. *Données sur Madagascar*. Consulté le 31 août 2019.

<https://databank.banquemondiale.org/reports.aspx?source=2&country=MDG>

⁶ Banque Mondiale (2019). Madagascar: Note de conjoncture économique. Un Nouveau Départ?

⁷ Ibid.

⁸ Résultats provisoires du troisième *Recensement Général de la Population et de l'Habitation* (RGPH-3).

⁹ Le RGPH-3 calcule le taux de croissance annuelle de la population Malgache entre 1993 (le RGPH-2) et 2018 à 3,1%. La projection jusqu'en 2030 est faite par la Division de la Population des Nations Unie utilisant un taux de croissance annuel de 2,67% pour la période de 2015 à 2020 et 2,45% entre 2025 et 2030. Nations Unies, Département des Affaires Économiques et Sociales, Division de la Population (2019). *World Population Prospects 2019*, données personnalisées téléchargées du site Web.

rural mais l'urbanisation est en forte croissance.¹⁰ D'ici 2030, la population urbaine pourrait représenter 45,2 % de la population totale.¹¹

La population de Madagascar est jeune : en 2015, il y avait 12,7 millions d'enfants de 0 à 19 ans (55 % de la population totale)¹² et il est estimé que celle-ci atteindrait 17 millions en 2030 (48 % de la population totale)¹³.

L'agriculture est la principale source de revenus des Malgaches vivant en milieu rural mais les infrastructures agro-alimentaires sont pour la plupart vétustes et ne résistent plus aux menaces climatiques de plus en plus intenses. Les communautés rurales subissent donc des pertes importantes et leurs conditions de vie s'en voient affectées. L'invasion acridienne de 2013, suivie du passage du cyclone Fundi durant la saison 2014, puis du phénomène El Niño en 2015, ont eu un impact dévastateur sur les populations du Grand Sud de Madagascar. L'Organisation des Nations unies pour l'alimentation et l'agriculture (*Food and Agriculture Organization of the United Nations*: FAO) estime que près d'un million de personnes vivant dans le sud était classé en phase 3 d'insécurité alimentaire en 2017¹⁴.

La place de la femme est très inégale d'une région à l'autre car tributaire de son appartenance ethnique. Ainsi, dans le sud du pays, les femmes n'ont souvent pas le droit d'accéder aux ressources ni aux biens des ménages, même si ce sont elles qui les génèrent. Leur inclusion et pouvoir de décision quant aux projets de développement communautaires est limitée. Dans le centre et le nord du pays, leurs conditions sont meilleures car elles occupent une place socio-économique au même titre que celle des hommes. Cependant, le nombre de femmes occupant des postes hiérarchiques de haut niveau dans l'État est encore faible.

CONTEXTE POLITIQUE

La République de Madagascar a connu quatre crises socio-politiques (1972, 1991, 2001-2002 et 2008-2009) depuis son indépendance le 26 mars 1960. Avec un changement de pouvoir considéré comme étant anticonstitutionnel, la crise de 2008-2009 a généré la suspension de l'aide octroyée jusque-là par les principaux bailleurs de fonds, à l'exception de l'aide d'urgence. Après de nombreux échecs, les acteurs politiques malgaches ont finalement signé le 17 septembre 2011 une feuille de route vers de nouvelles élections qui ont eu lieu fin 2013. À l'issue de ces élections, Madagascar a connu un retour à la constitutionalité démocratique. Malgré cela, le pays figurait encore sur la liste des 58 États Fragiles compilée par l'OCDE de 2018.¹⁵

La corruption est un des freins majeurs au développement socio-économique et politique du pays. Avec le retour à la constitutionalité démocratique, le gouvernement a néanmoins élaboré plusieurs cadres institutionnels et juridiques (réformes des institutions, modernisation de l'administration publique, et régulation du système de gestion des finances publiques). Cependant, l'absence de décrets d'application fait que leur application n'est pas effective. De plus, les organes manquent de ressources, les entités ne sont pas coordonnées, et l'on ressent un manque de volonté des autorités de l'État d'appliquer effectivement ces cadres institutionnels et légaux. L'une des causes sous-jacentes de cette situation est liée à l'absence de sens de l'intérêt général à différents niveaux de l'administration publique et de l'État, et au climat d'impunité dû à l'absence de sanctions et à l'allocation insuffisante de ressources pour garantir que les services d'audit et de contrôle puissent assumer pleinement leur mandat.

Outre l'insuffisance des capacités et des capabilités, Madagascar fait aussi face, au niveau national, à une faible redevabilité sociale, une participation citoyenne également faible, et à la duplication des responsabilités des autorités compétentes. Au niveau local, les partenaires techniques et financiers sont confrontés à la non-effectivité de la décentralisation. Bien que d'importants efforts aient été

¹⁰ RGP-3.

¹¹ Nations Unies, Département des Affaires Économiques et Sociales, Division de la Population (2019). *Perspectives d'urbanisation au niveau mondial*. Révision de 2018.

¹² Institut National de la Statistique (INSTAT) Madagascar, UNICEF (2018). *Résumé de l'enquête par grappes à indicateurs multiples (MICS)*.

¹³ Nations Unies, Département des Affaires Économiques et Sociales, Division de la Population (2019). *World Population Prospects 2019*, données personnalisées téléchargé du site Web le 30 août.

¹⁴ FSIN (2017). *Rapport Mondial sur les crises alimentaires 2017*. <http://www.fao.org/3/a-br324f.pdf>

¹⁵ OECD (2018). *States of Fragility 2018*, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/9789264302075-en>.

déployés au renforcement de capacités des institutions publiques, leurs besoins demeurent énormes et la volonté politique de l'État afin de rendre effective la décentralisation est insuffisante.

PRINCIPAUX ENJEUX DE DÉVELOPPEMENT

Madagascar est signataire de la Convention relative aux droits de l'enfant (1989) depuis le 19 avril 1990¹⁶, pourtant la situation des enfants malgaches reste préoccupante à plusieurs niveaux.

Santé

Historiquement, la mortalité des enfants de moins de 5 ans a régulièrement diminué, mais à un rythme plus lent au cours des années 2000. En 2008, la mortalité s'élevait à 72 pour 1 000 naissances vivantes, diminuant à 62 pour 1 000 naissances vivantes en 2012.¹⁷ Selon l'enquête nationale sur la situation socio-démographique des ménages (*Multiple Indicator Cluster Survey - MICS*) mené en 2018, la mortalité s'élevait à 59 pour 1 000 naissances vivantes, alors que les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) visaient à réduire la mortalité des moins de 5 ans à 53 pour 1 000 naissances vivantes en 2016.

Le taux de mortalité des moins de 5 ans varie fortement selon le milieu de résidence (rural ou urbain), l'indice de bien-être économique et le niveau d'instruction de la mère. Ainsi, la mortalité est substantiellement plus élevée chez les enfants en zones rurales et parmi les foyers les plus pauvres. Les régions d'Atsimo Atsinanana, de Betsiboka et de Vatovavy Fitovinany connaissent les taux de mortalité les plus élevés au pays (entre 85 et 88 pour 1 000 naissances vivantes) alors que les régions d'Analamanga et de Sava connaissent les taux les moins élevés au pays (respectivement 39 et 38 pour 1 000 naissances vivantes)¹⁸.

De même, le taux de mortalité maternelle a diminué de plus de moitié entre 1990 et 2015 – de 778 morts pour 100 000 naissances vivantes à 353, mais cette diminution fut plus lente vers la fin des années 1990¹⁹. Il est estimé qu'un tiers de ces décès est lié à une grossesse à l'adolescence.

Il est également inquiétant de noter que le pourcentage d'enfants âgés de 12 à 23 mois ayant reçu tous les vaccins nécessaires a baissé de 61,6 % en 2008 à 33 % en 2018 avec de fortes disparités surtout selon le niveau de bien-être économique²⁰.

La prévalence du VIH reste faible, à 0,45 % chez les jeunes âgés de 15 à 24 ans et 0,41 % chez les 15-49 ans, la prévalence chez les hommes étant plus du double que chez les femmes (2017)²¹.

En règle générale, la qualité et l'accès au système de soins et de santé primaire demeure très en deçà des normes et des besoins de la population. Cela est dû notamment à une pénurie généralisée de ressources humaines et financières, à une répartition inadéquate du personnel de santé, à un manque de matériel médical important, ainsi qu'à l'éloignement et au coût élevé des services²².

Eau, assainissement et hygiène (EAH)

Madagascar est toujours classé parmi les derniers pays en termes d'indicateurs d'accès à l'eau, à l'assainissement et à l'hygiène (EAH). Seule 41 % de la population totale a ainsi accès à un service

¹⁶ Nations Unies Collection des Traités (1989). 11. *Convention relative aux droits de l'enfant*.

https://treaties.un.org/Pages/ViewDetails.aspx?src=TREATY&mtdsg_no=IV-11&chapter=4&lang=fr

¹⁷ PNUD, INSTAT (2014). Enquête nationale 2012-2013 sur le suivi des OMD à Madagascar

¹⁸ INSTAT et UNICEF (2018). MICS.

¹⁹ Nombre de morts par 100 000 naissances vivantes. « Tendances de la mortalité maternelle: 1990 à 2015, estimations de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), du Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF), du Fonds des Nations Unies pour la population (UNFPA), de la Banque Mondiale et la Division de la Population des Nations Unies ».

²⁰ PNUD, INSTAT (2014). Enquête nationale 2012-2013 sur le suivi des OMD à Madagascar; INSTAT et UNICEF (2018). MICS.

²¹ ONUSIDA (2017). Programme commun des Nations Unies sur le VIH et le sida.

²² PNUD, INSTAT (2014). Enquête nationale 2012-2013 sur le suivi des OMD à Madagascar.

d'eau potable de base²³ et les iniquités entre milieux urbain et ruraux sont flagrantes, puisque 69 % de la population urbaine a accès aux services de base pour seulement 32 % en milieu rural²⁴.

À ceci s'ajoutent les mauvaises pratiques d'hygiène et d'assainissement qui ont des répercussions dramatiques sur la malnutrition chronique. En réalité, seuls 17 % des Malgaches ont accès à des services sanitaires de base. Encore aujourd'hui, 45 % de la population rurale pratique la défécation en plein air²⁵.

La dernière analyse sur l'EAH dans les écoles démontre que 81 % des écoles ne disposent pas d'accès à l'eau salubre, tandis que 31 % ne disposent pas de latrines²⁶. La situation est encore pire dans les établissements de santé parmi lesquels 95 % ne disposent pas d'installations d'EAH²⁷. La demande en provenance des parents et des étudiants en faveur de l'installation de latrines dans les écoles est généralement faible et la présence de telles infrastructures ne se traduit pas nécessairement par leur utilisation. L'accès à de l'eau salubre dans les écoles est également faible²⁸.

Nutrition

42 % des enfants de moins de 5 ans souffrent d'un retard de croissance et l'on constate des écarts entre les régions géographiques. Dans certaines régions des Hauts-Plateaux (*Vakinankaratra*), le retard de croissance atteint 60 %. Au niveau national, la prévalence de l'insuffisance pondérale est de 26 % et celle de l'émaciation est de 6 %²⁹. En matière de développement de la petite enfance (DPE), 3 % des pères et 12 % des mères contribuent à la stimulation précoce et aux soins attentifs de leur jeune enfant.³⁰

La dénutrition (ou sous-nutrition) est associée à plusieurs facteurs, à commencer par les maladies et un apport alimentaire insuffisant comme causes immédiates puis, à l'insécurité alimentaire du ménage, aux pratiques de soins et d'alimentation inadéquates et à un environnement malsain (non-hygiénique/non-assaini) au niveau du ménage couplé à un accès inadéquat aux services de santé comme causes sous-jacentes. À cela s'ajoutent des causes profondes telles que l'accès du ménage à des ressources de qualité et en quantité suffisante (terre, éducation, emploi, revenu, technologie), le capital financier, humain, physique et social inadéquat en plus de l'influence du contexte socio-culturel, économique et politique. Les conséquences à court terme (mortalité, morbidité et handicap) et à long terme (réduction de la taille adulte de la capacité cognitive, économique, productive, reproductive ainsi que maladies métaboliques et cardio-vasculaires) de la dénutrition sont dans une relation constante et dynamique, pouvant faciliter transmission intergénérationnelle de la dénutrition, de la pauvreté et des iniquités³¹.

Éducation

Le plan sectoriel de l'éducation 2018-2022 définit la vision globale de Madagascar en matière d'éducation, conformément au Plan National de Développement (PND) et aux ODD et plus spécifiquement l'ODD 4. Le pays est également partenaire depuis 2005 du Partenariat Mondial pour

²³ Les services d'eau potable de base font référence à une source d'eau améliorée, avec un temps de collecte de l'eau ne dépassant pas 30 minutes pour un aller-retour, y compris le temps d'attente. Les sources d'eau potable améliorées comprennent l'eau du robinet, les forages ou les pompes, les puits et sources protégés, les eaux pluviales et les eaux conditionnées ou livrées. INSTAT et UNICEF (2018). MICS.

²⁴ Ibid.

²⁵ Les services d'assainissement de base font référence à l'utilisation d'installations sanitaires améliorées qui ne sont pas partagées avec d'autres ménages. Ces installations sont conçues pour séparer les excréments du contact humain de manière hygiénique. Elles comprennent des installations avec chasse d'eau ou chasse d'eau reliée à un système d'égout, des fosses septiques ou des latrines à fosse avec dalles lavables, des latrines à fosse ventilées, et des toilettes de compostage. Ibid.

²⁶ UNICEF et OMS (2018). *The Joint Monitoring Programme (JMP) for Water Supply and Sanitation 2018 for WASH in Schools*.

²⁷ UNICEF (2019). *Developing Efficient and Effective Climate Resilient Water and Sanitation Services in Madagascar*.

²⁸ Ibid.

²⁹ INSTAT et UNICEF (2018). MICS.

³⁰ Ibid.

³¹ UNICEF (2013). *Improving Child Nutrition. The achievable imperative for global progress*.

l'Éducation.³² Cependant en 2015, Madagascar n'avait pas atteint l'Objectif du Millénaire pour le Développement (OMD) 2 (assurer l'éducation primaire pour tous).

Selon le MICS 2018, le taux net de scolarisation primaire actuel est de 76 % avec un taux d'achèvement officiel de 56 %. Seuls 27 % des enfants sont enrôlés dans le premier cycle du secondaire, et 13 % dans le second cycle du secondaire. Leur taux d'achèvement respectif n'est que de 26% et 15 %. Dans la perspective d'assurer un capital humain de qualité pour impulser la croissance économique, il est inquiétant de noter que si le taux de fréquentation primaire est de 76 %, celui-ci décline à 27 % au premier cycle du secondaire et à 13 % au second cycle du secondaire. Ces chiffres varient fortement selon le milieu de résidence et le bien-être économique.³³

La qualité de l'éducation laisse généralement à désirer et ceci s'explique notamment par le fait que la majorité des professeurs n'ont pas les compétences académiques et pédagogiques nécessaires à l'enseignement. Ces derniers ont par exemple obtenu en moyenne, des notes de 38 % en mathématiques et en français alors que seulement 0,1 % d'entre eux obtenaient un score moyen combiné d'au moins 80 % sur des tests de connaissances dans le cadre de l'enquête d'Indicateurs de Prestation de Services (IDS) organisée par la Banque mondiale.³⁴ Malgré la faible qualité de l'enseignement, du matériel et des infrastructures à la disposition des élèves, le personnel enseignant se montre généralement résilient et obtient des moyennes académiques souvent supérieures aux autres pays d'Afrique sondés dans le cadre de l'initiative des IDS.³⁵

Concernant le DPE, l'Institut de Statistique de l'UNESCO indique que le taux net de scolarisation pré-primaire est passé de 12 % en 2014 à 37 % en 2018. Le MICS (2018) révèle pour sa part que seuls 15 % des enfants de 3 à 5 ans participent aux programmes d'éducation de la petite enfance, avec d'importantes disparités entre les quintils les plus riches et les plus pauvres de la population et selon le milieu de résidence (urbain/rural). L'Indice de développement de la petite enfance (IDPE/ECDI) est de 67 %, dont 11 % en lecture-calcul et 85 % en apprentissage. S'agissant de l'IDPE, on observe une grande disparité entre les enfants les plus riches et les plus pauvres (81 % contre 64 % respectivement).³⁶

Parmi les principaux obstacles à l'éducation figurent l'obsolescence des programmes, la formation inadéquate des enseignants, la mauvaise qualité de l'enseignement, le nombre limité d'établissements scolaires et le coût croissant de l'éducation.³⁷

Protection de l'enfance

Le système de protection de l'enfance à Madagascar demeure faible : 47 % des enfants de 5 à 17 ans sont impliqués dans le travail des enfants, presque autant les filles que les garçons, fréquentant l'école ou non. Par contre, il y a de fortes disparités entre la proportion des enfants les plus riches et les plus pauvres qui travaillent (21 % et 57 % respectivement).³⁸

37 % des enfants sont mariés avant l'âge de 18 ans avec des disparités substantielles selon les régions. Examinant les tendances du mariage des enfants, on note que la pratique est plus fréquente aujourd'hui qu'en 1989 et que pendant la décennie 2000 à 2010, la pratique du mariage des enfants avant 15 ans a connu une accélération pour ensuite baisser légèrement.³⁹ Cette période a vu deux crises politiques (2001-2002 et 2008-2009) accompagnées de soudaines chutes du PIB par habitant.⁴⁰

³² Partenariat Mondial pour l'Éducation (2019). *Madagascar*. <https://www.globalpartnership.org/fr/country/madagascar>

³³ INSTAT et UNICEF (2018). MICS.

³⁴ Banque mondiale (2017). *Service Delivery Indicators – Education Service delivery in Madagascar. Results of 2016 Service Delivery Indicator Survey*, p.8. 2 310 professeurs ont passé un test d'une heure et dix minutes pour évaluer leurs connaissances en français, mathématiques et leurs compétences pédagogiques.

³⁵ Madagascar, Tanzanie, Kenya, Nigeria, Sénégal, Togo, Ouganda, Mozambique.

³⁶ INSTAT et UNICEF (2018). MICS. *Développement de la petite enfance*. Le IDPE mesure le pourcentage d'enfants âgés de 3 à 4 ans en bonne voie de développement dans les domaines de la lecture et du calcul, physique, socio-émotionnel et de l'apprentissage.

³⁷ Atakhodjayeva, R.; Wane, W. (2017). *Service Delivery Indicators – Education Service delivery in Madagascar. Results of 2016 Service Delivery Indicator Survey*.

³⁸ Ibid.

³⁹ Ibid.

⁴⁰ Banque mondiale (2015). *Diagnostic Systématique de pays* et [Banque Mondiale \(2019\)](#), consulté le 31 août 2019.

62 % des mères et gardiennes pensent que les châtiments physiques sont nécessaires pour éduquer ou élever leur enfant avec des différences minimales selon leurs caractéristiques sociodémographiques. Il en résulte que 63 % des enfants âgés de 1 à 14 ans ont déjà subi un châtiment physique.⁴¹ Peu de cas sont signalés aux autorités et la poursuite des auteurs de violence contre les enfants est insuffisante, de même que la prévention de la violence, la prise en charge et le traitement des victimes. Finalement, environ 63 % des enfants ont un acte de naissance⁴².

En ce qui concerne le DPE, on constate que 34 % des enfants de moins de 5 ans ne bénéficient pas d'une garde adéquate et sont laissés seuls ou sous la garde d'un autre enfant pendant plusieurs heures.⁴³ La prévalence de la violence à l'encontre des enfants de moins de 5 ans serait également élevée.

Politique / protection sociale

En termes de politique sociale, les défis sont multiples : tels qu'évoqués précédemment les institutions publiques de santé et d'éducation sont insuffisantes, tant en quantité qu'en qualité. Les ressources financières, matérielles et humaines allouées aux services sociaux sont faibles et ne permettent pas de couvrir l'ensemble des besoins de la population malgache. Ainsi, en 2017, le budget alloué au Ministère de la Santé Publique (MSANP) ne représentait que 6 % du budget national, tandis que le budget du Ministère de l'Éducation était de 18 %.⁴⁴ En termes de protection sociale⁴⁵, l'appui aux ménages malgaches pauvres est minime. 23 % des ménages dans les deux quintiles inférieurs du bien-être économique ont reçu des transferts sociaux trois mois avant l'enquête MICS 2018. La principale aide sociale est liée à l'accès à l'école des enfants de 5 à 24 ans : 19 % des ménages pauvres ont reçu cette aide. 3 % des ménages ont reçu des vivres gratuites, 2 % des transferts monétaires et 2 % participaient au programme à haute intensité de main d'œuvre (HIMO).⁴⁶

Urgences pendant la période 2015-2019

Liées aux défis économiques, sociaux et politiques, mais aussi écologiques, les situations d'urgence humanitaires sont courantes à Madagascar et ralentissent les faibles progrès de développement.

En matière de changements climatiques, la situation économique catastrophique a significativement réduit les niveaux de résilience des populations en les obligeant à recourir à des stratégies d'adaptation qui portent préjudice à la protection et à la conservation de l'environnement. Ainsi, la couverture forestière à Madagascar est passée de 137 000 km² en 1990 à 12 000 km² en 2016.⁴⁷ La perte estimée de couverture forestière se situe entre 40 % à 90 %, et a des conséquences fâcheuses sur la qualité des sols et l'érosion, qui à leur tour aggravent la sévérité et la récurrence des événements liés au changement climatique. La fréquence des sécheresses s'est d'ailleurs accrue au cours des dernières années.

Les trois régions du sud (Anosy, Androy and Atsimo Andrefana) sont les plus affectées par les sécheresses, qui se voient exacerbées de façon cyclique par le phénomène El Niño. La majorité de la population de cette région est constituée d'agriculteurs, qui dépendent presque exclusivement des précipitations pour l'agriculture. L'assèchement des rivières, le niveau croissant de salinité, l'épuisement des nappes phréatiques et la dégradation des écosystèmes affectent de plus en plus l'accès par la population à une eau potable et salubre de façon durable. La malnutrition, l'insécurité alimentaire et la disponibilité en eau ont des conséquences négatives graves sur la population du sud

⁴¹ INSTAT et UNICEF (2018). MICS.

⁴² Ibid.

⁴³ Ibid.

⁴⁴ UNICEF (2019). *Politique et protection sociale, évaluation, secteur privé*. Consulté le 28 août 2019.

<https://www.unicef.org/madagascar/programme/pse>

⁴⁵ La protection sociale est l'ensemble des politiques et programmes publics et privés visant à prévenir, réduire et éliminer les vulnérabilités économiques et sociales liées à la pauvreté et aux privations. S'agissant de la protection sociale, les transferts sociaux peuvent inclure les transferts monétaires périodiques, les programmes de haute intensité de main-d'œuvre (HIMO), la distribution gratuite de vivres, d'animaux de ferme, de semences ou d'eau, la pension de retraite, des aides pour les frais de scolarité, des aides matérielles pour l'éducation ou tout autre type de soutien ad hoc, à l'exclusion des transferts ou de l'aide de membres de la famille, de parents ou de voisins. INSTAT et UNICEF (2018). MICS.

⁴⁶ Ibid.

⁴⁷ World Bank (2016). *World Development Indicators*.

et sur la capacité des enfants à survivre et à s'épanouir. La population du sud fait partie des groupes les plus vulnérables du pays.

Aux conditions météorologiques défavorables, s'ajoutent le phénomène récurrent d'invasion de criquets qui détruit les récoltes. Ces éléments combinés entraînent des pertes importantes sur les productions agricoles, surtout dans le sud du pays (maïs et manioc principalement⁴⁸), et une augmentation du prix de l'eau (en 2016, 50 litres d'eau achetés à un camion-citerne coûtaient en moyenne 0,65 USD aux Malgaches, ce qui représente en moyenne 45 % d'un bas salaire journalier type⁴⁹).

Conséquence principale de ces aléas climatiques : la dénutrition (ou sous-nutrition) telle que déjà évoquée, touche de nombreux Malgaches. Ainsi l'analyse IPC (*Integrated Food Security Phase Classification*⁵⁰) de juillet 2019, révèle que dans les régions du sud et du sud-est, plus de 730 000 personnes sont en situation d'insécurité alimentaire sévère (phase 3 de l'IPC, « Crise »), et 1 134 595 à la phase 4 « Urgence »⁵¹. Parmi les premières victimes, les enfants : 188 550 âgés de 6 à 59 mois seraient en situation de malnutrition grave dans ces mêmes régions⁵².

Par ailleurs, la piètre qualité des infrastructures routières, aggravée par les intempéries, rend difficile l'accès au Grand Sud en général, et en particulier à la région de l'Androy. L'acheminement des produits pour assurer l'approvisionnement des marchés et pour les interventions humanitaires reste donc un défi.

Madagascar est l'un des pays les plus à risque d'être frappés par des cyclones parmi les pays africains. De plus, le nombre de cyclones de haute intensité a augmenté, ce qui met énormément de pressions sur les institutions devant assurer la préparation et la réponse aux désastres. En effet, chaque année, le pays est touché par au moins un cyclone et, depuis 2015, par au moins une épidémie (voir graphique 1.4 ci-dessous).

Les épidémies sanitaires sont sources d'urgence humanitaire à Madagascar. Ainsi, bien que récemment déclarée « Pays libre de la polio », l'île a encore connu une grave épidémie de poliomyélite en 2014-2015⁵³. La peste, quant à elle, est une maladie endémique dans le pays qui représente à lui seul 75 % des cas mondiaux signalés à l'Organisation mondiale de la santé (OMS)⁵⁴. Chaque année entre septembre et avril, la maladie connaît une recrudescence inquiétante, notamment de sa version la plus foudroyante, la peste pulmonaire. L'épidémie de 2017 par exemple a fait 202 victimes parmi les

⁴⁸ En 2016, à cause des sécheresses dans le sud de l'île, les productions de maïs et de manioc étaient respectivement en baisse de 19 et de 16% par rapport à la moyenne des cinq années précédentes. FAO (2016). *Madagascar : Les pertes agricoles dans le sud du pays font craindre une grave crise alimentaire susceptible de persister jusqu'en 2017*. Consulté le 25 janvier 2020. <http://www.fao.org/news/story/fr/item/449485/icode/>

⁴⁹ WaterAid (2016). Note d'information. *L'eau : à quel prix ? L'état de l'eau dans le monde 2016*, p.4. « Un bas salaire journalier type » était en moyenne de 1,43 USD pour un ouvrier en 2016.

⁵⁰ IPC: *Integrated Food Security Phase Classification*. Chaque phase cartographiée représente le plus haut degré de sévérité affectant au moins 20 % de la population. Cinq niveaux sont possibles : Minimum (niveau 1), Stressé (niveau 2), Crise (niveau 3), Urgence (Niveau 4), et Famine (Niveau 5). « L'utilisation du cadre intégré de classification de la sécurité alimentaire (Integrated Phase Classification, ci-après « l'IPC ») constitue une référence dans la lutte contre l'insécurité alimentaire. Largement accepté par la communauté internationale, l'IPC permet de décrire la gravité des situations d'urgence alimentaire. Il repose sur une classification en cinq phases fondée sur des normes et un langage commun. Son objectif : aider les gouvernements et les acteurs de l'humanitaire à cerner rapidement les tenants et les aboutissants d'une crise (avérée ou potentielle) pour prendre les mesures qui s'imposent. » FEWS NET. Consulté le 25 janvier 2020.

<https://fews.net/fr/sectores-t%C3%B3picas/abordagem/classifica%C3%A7%C3%A3o-integrada-de-fases>

⁵¹ IPC Madagascar (2019). *IPC Analysis of Food Insecurity and Acute Malnutrition – South and South East*. Les régions concernées par l'analyse sont : Androy, Anosy, Atsimo Andrefana, Atsima Atsinanana et Vatovavy Fitovinany.

⁵² Ibid.

⁵³ Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique (2018). *Madagascar déclaré « Pays libre de la polio »*, consulté le 25 janvier 2020.

<https://www.afro.who.int/fr/news/madagascar-declare-pays-libre-de-la-polio>

⁵⁴ Institut Pasteur (2019). *L'épidémie de peste pulmonaire de 2017 à Madagascar caractérisée par les chercheurs*. Consulté le 25 janvier 2020. <https://www.pasteur.fr/fr/institut-pasteur/institut-pasteur-monde/actualites/epidemie-peste-pulmonaire-2017-madagascar-caracterisee-chercheurs>

2 348 cas confirmés, et a notamment touché la capitale et les zones urbaines⁵⁵. Cependant, l'épidémie semble sous contrôle et le nombre de cas rapportés en 2019 est resté inférieur à la moyenne de ces cinq dernières années⁵⁶. Enfin, malgré l'épidémie déclarée en septembre 2018, le nombre de cas de rougeole est à la baisse depuis mi-février 2019 (environ 139 550 cas dont 1 242 décès, principalement des enfants, sont à déplorer). De plus, le nombre de cas n'est pas nécessairement réaliste car beaucoup ne sont pas déclarés au niveau des communes. Depuis 2015, le taux de vaccination contre la rougeole a subi un déclin significatif, notamment dans les districts de Tsihombe et de Beloha qui ont connu une réduction de 40 %, passant de 100 % à 60 %. Les maladies liées aux mauvaises conditions sanitaires (diarrhées entre autres) constituent quant à elles les premières causes de mortalité infantile.

L'absence de stratégie nationale, le manque de données et le manque de financement du gouvernement malgache et des bailleurs de fonds représentent les principaux obstacles à l'amélioration de la situation.⁵⁷

Graphique 1.1 Chronologie des principales urgences à Madagascar entre 2015 et 2019 ⁵⁸



⁵⁵ OMS (2017). *Peste – Madagascar*. Consulté le 25 janvier 2020. <https://www.who.int/csr/don/27-november-2017-plague-madagascar/fr/>

⁵⁶ OCHA (2019). *Madagascar – Humanitarian Snapshot*. Consulté le 25 janvier 2019.

⁵⁷ Ibid.

⁵⁸ (a) OCHA (2016). *Madagascar – Tempête tropicale Chedza – Rapport de mise à jour*.

(b) OMS (2015). *Poliovirus à Madagascar*. Bulletin d'information sur les flambées épidémiques. Consulté le 26 janvier 2019. <https://www.who.int/csr/don/24-july-2015-polio/fr/>

(c) FAO (2016). *Madagascar: Les pertes agricoles dans le sud du pays font craindre une grave crise alimentaire susceptible de persister jusqu'en 2017*. Consulté le 26 janvier 2019. <http://www.fao.org/news/story/fr/item/449485/icode/>

(d) UNICEF (2017). *Appel Éclair. Madagascar*.

(e) OMS (2017). *Peste – Madagascar*. Consulté le 25 janvier 2020.

<https://www.who.int/csr/don/27-november-2017-plague-madagascar/fr/>

CONSIDÉRATIONS SUR LE GENRE

De par le contexte socio-économique de Madagascar, et de par la diversité culturelle qui y règne, la situation des femmes et jeunes filles est, comme évoquée précédemment, très variable d'une région à l'autre. Cependant, une constante existe : les indicateurs de développement démontrent que les femmes restent défavorisées et plus vulnérables que les hommes dans plusieurs domaines. L'Indice de Développement de Genre (IDG)⁵⁹, bien que plus élevé à Madagascar que dans la moyenne des pays d'Afrique subsaharienne, demeure relativement faible (0,946 en 2018)⁶⁰. Les progrès réalisés sur la période 2010-2016 sont principalement liés à la réduction des inégalités face à l'éducation. On constate par exemple que le taux de fréquentation scolaire est généralement plus élevé chez les filles que chez les garçons du primaire jusqu'au 2^e cycle du secondaire. Néanmoins, le taux d'achèvement ne reflète cette tendance qu'au primaire, où 60 % des filles achèvent l'enseignement primaire versus 52 % des garçons. En revanche, le taux d'achèvement du 1^{er} cycle du secondaire se situe à 28 % pour les filles et les garçons et finit par s'inverser au 2^e cycle du secondaire où 18 % des garçons achèvent ce niveau d'étude versus 15 % des filles⁶¹. S'agissant des écarts entre les sexes, ils sont cependant encore plus marqués entre les femmes et les hommes sous les composantes « santé » et « revenu »⁶².

RÉPONSE NATIONALE AUX DÉFIS DE DÉVELOPPEMENT

En réponse à ces nombreux défis, et afin de permettre au pays une sortie de crise vers un développement durable, le gouvernement a élaboré le *Plan national de développement* (PND) 2015-2019⁶³ qui s'appuie sur trois piliers : i) améliorer la gouvernance ; ii) favoriser la relance économique et ; iii) élargir l'accès aux services sociaux de base.

Le soutien des partenaires techniques et financiers s'est manifesté par un engagement de 6,4 milliards de dollars (USD) afin d'appuyer les projets de développement (alignés sur le PND pour la période de 2017 à 2020). En plus de cette somme, le secteur privé a investi 3,3 milliards de dollars (USD). Ces promesses ont été émises lors de la Conférence des bailleurs et des investisseurs, organisée par le gouvernement malgache à Paris en décembre 2016, avec l'appui de la Banque africaine de développement (BAD), du groupe de la Banque Mondiale et du Programme des Nations Unies pour le Développement (PNUD).

Le plan définit la lutte contre la pauvreté, la vulnérabilité et l'insécurité, ainsi que la promotion du dialogue et de la réconciliation entre les principales parties prenantes, comme étant les principaux objectifs de développement. Parmi les priorités du PND sont la santé et la nutrition, l'éducation, l'eau et l'assainissement, la bonne gouvernance, l'État de droit et la protection sociale.

La levée des sanctions et des restrictions sur l'aide étrangère imposées lors de la crise a ouvert la voie à un réengagement des donateurs et à une reprise de l'aide et de l'investissement. De plus, suite à l'élection du Président Rajoelina en janvier 2019 et à la mise en place de l'Initiative Émergence Madagascar, le PND est en cours de révision depuis son expiration en juin 2019 et est en voie d'être remplacé par le « Plan d'Émergence Madagascar »⁶⁴.

(f) OCHA (2018). Madagascar. Consulté le 26 janvier 2019.

<https://www.unocha.org/southern-and-eastern-africa-rosea/madagascar>

(g) FAO (2019). Madagascar. Consulté le 26 janvier 2019.

<http://www.fao.org/emergencies/pays/detail/fr/c/1190810/>

(h) OCHA (2018). Madagascar. Consulté le 26 janvier 2019.

<https://www.unocha.org/southern-and-eastern-africa-rosea/madagascar>

(i) et (j) OCHA (2019). Madagascar. Aperçu de la situation humanitaire.

(k) IPC Madagascar (2019). *IPC Analysis of Food Insecurity and Acute Malnutrition – South and South East*.

⁵⁹ L'Indice de Développement de Genre (IDG) mesure sous forme de ratio l'inégalité du développement humain entre celui des femmes et celui des hommes.

⁶⁰ PNUD (2018). *Gender Development Index (GDI)*.

⁶¹ INSTAT et UNICEF (2018). MICS.

⁶² PNUD et République de Madagascar (2018). Rapport National sur le Développement Humain – Madagascar 2018, p.14-15.

⁶³ République de Madagascar, Ministère de l'économie et de la planification. (2015). *PND 2015-2019*.

⁶⁴ UNICEF (2015). *Descriptif de Programme de pays. Madagascar*.

1.2 Aperçu du Programme de Coopération UNICEF Madagascar

Face aux enjeux de développement et humanitaires auxquels sont soumis les enfants et les familles malgaches, le Gouvernement de Madagascar et l'UNICEF ont signé en février 2015 un accord de coopération, le plan d'action du programme pays (CPAP) pour la mise en œuvre Programme de Pays couvrant la période 2015-2020⁶⁵.

Guidé par le Document de Programme Pays (CPD), l'objectif global du programme est de contribuer à la « réalisation des résultats équitables pour les enfants et les familles les plus pauvres et les plus difficiles à atteindre »⁶⁶. La priorité doit être donnée « aux groupes vulnérables et à l'égalité de genre »⁶⁷. Pour atteindre cet objectif, l'UNICEF s'est engagé à travailler avec des partenaires à l'échelle nationale, régionale et communautaire pour mettre en œuvre des interventions autour de six secteurs clés : santé; eau, hygiène et assainissement (EAH); nutrition; éducation; protection de l'enfant; politique/protection sociale. Le programme adopte également une stratégie transversale avec l'intégration de sept « produits transversaux »⁶⁸. Les principales interventions transversales, en communication pour le développement (C4D) et urgences, sont abordées dans ce rapport. Le CPD mentionne aussi que « l'UNICEF adoptera une stratégie de croisement des programmes pour répondre aux défis qui concernent l'ensemble des domaines d'action de l'UNICEF »⁶⁹.

Pour la mise en œuvre du programme pays, le Conseil d'Administration de l'UNICEF a approuvé un budget total de 197 815 000 USD, dont 28,7 % devaient être financés avec les ressources ordinaires de l'UNICEF et 71,3 % avec d'autres ressources. Le tableau 1.1 ci-dessous présente les budgets approuvés en 2015 ainsi que les sommes utilisées en date de juillet 2019.

Tableau 1.1 Montants approuvés et dépensés pour le Programme Pays UNICEF 2015-2019 (en USD)⁷⁰

| Composante du CPD | Ressources régulières | Autres Ressources | Total | |
|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| | Planifié | Planifié | Planifié | Utilisé |
| Santé | \$ 11 250 000 | \$ 40 000 000 | \$ 51 250 000 | \$ 50 205 997 |
| EAH | \$ 6 250 000 | \$ 17 000 000 | \$ 23 250 000 | \$ 35 403 286 |
| Nutrition | \$ 6 250 000 | \$ 12 000 000 | \$ 18 250 000 | \$ 21 400 058 |
| Éducation | \$ 6 250 000 | \$ 50 000 000 | \$ 56 250 000 | \$ 34 431 966 |
| Protection de l'enfance | \$ 5 000 000 | \$ 8 000 000 | \$ 13 000 000 | \$ 9 657 166 |
| Politique et protection sociale | \$ 4 900 000 | \$ 1 900 000 | \$ 6 800 000 | \$ 9 258 291 |
| Intersectoriel | \$ 9 415 000 | \$ 5 100 000 | \$ 14 515 000 | \$ 24 635 589 |
| TOTAL | \$ 49 315 000 | \$ 134 000 000 | \$ 183 315 000 | \$ 184 882 353 |

1.2.1 Logique d'intervention

Les interventions dans chacun des secteurs clés du programme pays reposent sur les quatre stratégies complémentaires suivantes :

⁶⁵ Le programme couvrait initialement la période 2015-2019 mais a été prolongé jusqu'en décembre 2020.

⁶⁶ UNICEF (2015). CPAP 2015-2019, p.8.

⁶⁷ Ibid, p.8.

⁶⁸ Ibid, p.14-15. Les sept produits transversaux mentionnés dans le CPAP sont : médias et relations extérieures; planification, coordination, suivi et évaluation des interventions C4D; mobilisation communautaire; C4D Urgences; planification et suivi du programme pays; appui à la programmation décentralisée et basée sur l'équité; et urgence et réduction des risques de catastrophes.

⁶⁹ UNICEF (2015). CPAP 2015-2019, p.16.

⁷⁰ UNICEF (2015). *Descriptif de programme de pays – Madagascar*, p. 9; pour les fonds utilisés, les données utilisées sont celles fournies par le bureau pays de l'UNICEF en juillet 2019.

- Plaidoyer et appui technique au niveau de l'élaboration de politiques et plans nationaux;
- Renforcement des capacités des autorités décentralisées;
- Coordination des interventions sectorielles;
- Création de partenariats innovants avec les organisations de la société civile pour promouvoir l'adoption de bonnes pratiques au sein des communautés.

COMPOSANTES SECTORIELLES

Décrites en détail dans le rapport de démarrage de l'évaluation, les composantes sectorielles du programme pays sont présentées sommairement ci-après. Le texte résume les objectifs et activités principales de chacun des six secteurs d'intervention. Les effets et produits attendus en lien avec chaque composante sont identifiés au début des constats sur l'efficacité des interventions par secteur dans le chapitre 4. Les indicateurs de mesure du rendement en lien avec chaque composante, effet et produit sont présentés à l'Annexe 12.

Santé

Tenant compte de la piètre qualité du système de soins de santé primaire et des contraintes à l'accessibilité aux services de santé pour les populations, notamment celles vivant dans les zones éloignées, la composante santé du programme vise à renforcer les politiques et systèmes de santé pour accroître l'accessibilité – et plus largement l'utilisation – de services de santé maternelle, néonatale, infantile (SMNI) et adolescente de qualité, et pour l'augmentation de la couverture vaccinale. Le programme vise aussi à réduire le taux de morbidité et de mortalité des filles et garçons en situation d'urgence. Le programme pays contribue ainsi aux objectifs nationaux définis par le *Plan de développement du secteur santé (PDSS) 2015-2019*⁷¹ et à l'effet 3 du *Plan-cadre des Nations Unies pour l'aide au développement 2015-2019*⁷².

Eau, Hygiène et Assainissement (EAH)

Pour combler les failles du système malgache en matière d'EAH et pour faire face aux contraintes importantes liées à l'accessibilité à des installations EAH adéquates, la composante EAH du programme pays a plusieurs objectifs : renforcer les politiques et développer les capacités en EAH de l'État malgache en vue d'améliorer le statut EAH dans les centres de santé et de nutrition ainsi que dans les écoles; assurer un accès durable à des sources d'eau améliorées; éradiquer la défécation à l'air libre (DAL) par une amélioration de l'hygiène et de l'assainissement; et assurer un accès EAH aux populations affectées par des urgences. Ces interventions s'alignent avec la *Stratégie nationale de l'EAH 2013-2018*⁷³ du gouvernement malgache, ainsi qu'à l'effet 3 du *Plan-cadre des Nations Unies*⁷⁴.

Nutrition

Afin de répondre aux importants retards de croissance des enfants de moins de cinq ans et à l'insécurité alimentaire au sein des familles et communautés malgache, le secteur nutrition vise à contribuer aux objectifs du *Plan National d'Action pour la Nutrition (PNN) 2012-2015*⁷⁵, de l'initiative *Renforcement de la nutrition (Scaling up Nutrition - SUN)*⁷⁶ et à l'effet 3 du *Plan-cadre des Nations Unies*⁷⁷. Cette composante du programme pays a pour but d'aider les autorités nationales et régionales à améliorer la

⁷¹ République de Madagascar, Ministère de la Santé Publique (2015). *PDSS 2015-2019*.

⁷² Effet 3 : « Les populations des zones d'intervention, particulièrement les groupes vulnérables, accèdent et utilisent des services sociaux de base pérennes et de qualité ». SNU et République de Madagascar (2015). *Plan-cadre des Nations Unies pour l'aide au développement - UNDAF 2015-2019 – Madagascar*, p.41-42.

⁷³ République de Madagascar, Ministère de l'Eau (2013). *Stratégie Nationale de l'EAH, période 2013-2018*.

⁷⁴ SNU et République de Madagascar (2015). *Plan-cadre des Nations Unies pour l'aide au développement - UNDAF 2015-2019 – Madagascar*, p.41-42.

⁷⁵ République de Madagascar. (2012). *PNN 2012-2015*.

⁷⁶ SUN (2012). *Renforcement de la Nutrition – Note d'information*.

⁷⁷ Effet 3 et concernant la nutrition en particulier, « le SNU contribuera à améliorer l'accès des populations vulnérables à une alimentation de qualité nutritionnelle suffisante et au développement de pratiques alimentaires favorables à la prévention et au traitement de la malnutrition ». SNU et République de Madagascar (2015). *Plan-cadre des Nations Unies pour l'aide au développement - UNDAF 2015-2019 – Madagascar*, p.41-42.

nutrition et réduire les retards de croissance par le biais de services et pratiques de soins nutritionnels améliorés et équitables.

La composante nutrition a été mise en œuvre au niveau national et pour certains indicateurs dans les six régions cibles de Anosy, Atsimo Andrefana, (une partie du Grand Sud), Menabe, Analamanga, Vakinankaratra et Analanjirofo. La région d'Androy était également couverte par le programme de « préparation aux urgences et renforcement des capacités de résilience ». C'est également la composante nutrition qui est responsable de coordonner les interventions relatives au développement de la petite enfance.

Éducation

En réponse aux faibles taux de scolarisation aux niveaux primaire et secondaire à Madagascar, le programme pays vise à contribuer aux objectifs plus larges d'*Éducation pour tous* (EPT)⁷⁸, du *Plan Intérimaire pour l'Éducation (PIE) 2013-2015*⁷⁹ et à l'effet 3 du *Plan-cadre des Nations Unies 2015-2019*⁸⁰. Dans le cadre du programme pays, l'UNICEF veille à soutenir la coordination et le processus de planification du secteur de l'éducation avec la coopération de la société civile, en particulier en ce qui concerne la politique de développement de la petite enfance et la lutte contre la violence à l'école. La composante éducation vise l'augmentation du nombre d'inscriptions à l'école des enfants les plus vulnérables, ainsi que l'amélioration des résultats d'apprentissage et des taux de rétention scolaire au niveau primaire. L'accent est également mis sur la qualité de l'éducation et le renforcement des capacités du système d'enseignement primaire public dans les régions cibles, de sorte à mieux planifier et gérer les ressources, tout en inscrivant et en retenant les enfants vulnérables à l'école.

Les activités de l'UNICEF incluent l'appui à l'élaboration de plans d'action pour les écoles, le développement professionnel des enseignants et le renforcement des capacités des autorités infranationales de l'éducation en suivi et gestion financière, la mise à l'échelle d'initiatives d'inscription ou réinscription des enfants qui ne vont pas à l'école, et l'appui à la mise en place d'une politique de développement de la petite enfance.

Protection de l'enfance

Compte tenu des fortes disparités régionales en matière de protection de l'enfant, de la prévalence du travail des enfants, du mariage précoce et des violences faites aux enfants, cette composante du programme pays vise à contribuer à l'effet 2 du *Plan-cadre des Nations Unies 2015-2019*⁸¹ et à l'axe 1 du *Plan National de Développement (PND) 2015-2019*⁸². Le programme met l'accent sur l'amélioration de la prévention et de la lutte contre la violence, sur la lutte contre l'exploitation (y compris sexuelle) des enfants, plus particulièrement dans le contexte du tourisme et des industries extractives, et sur la lutte contre le mariage des enfants.

Les principales activités incluent : le développement et la mise en œuvre d'un cadre national de protection de l'enfance et d'une stratégie de plaidoyer en vue de contrer la violence et l'exploitation des enfants ; le renforcement des capacités des autorités infranationales de protection de l'enfance en gestion des services de protection ; et la mise à l'échelle des programmes de communication pour le changement des comportements et la sensibilisation des populations sur les questions de violence envers les enfants.

Politique et protection sociale

Afin de pallier l'insuffisance des institutions publiques, notamment en matière de santé et d'éducation, la composante politique et protection sociale appuie les programmes opérationnels de manière

⁷⁸ UNICEF (2011). *Éducation pour tous*. Consulté le 25 janvier 2019.

https://www.unicef.org/french/education/index_44870.html

⁷⁹ République de Madagascar, Ministère de l'Éducation Nationale (2012). *PIE 2013-2015*.

⁸⁰ SNU et République de Madagascar (2015). *Plan-cadre des Nations Unies pour l'aide au développement - UNDAF 2015-2019 – Madagascar*, p.41-42

⁸¹ Effet 2 : « Les institutions publiques, la société civile et les médias, aux niveaux central et décentralisé, exercent efficacement leurs rôles et sont redevables pour une gouvernance apaisée et protectrice des droits humains ». SNU et République de Madagascar (2015). *Plan-cadre des Nations Unies pour l'aide au développement - UNDAF 2015-2019 – Madagascar*, p.39.

⁸² Axe 1 : « Gouvernance, État de droit, Sécurité, Décentralisation, Démocratie, Solidarité nationale ». République de Madagascar, Ministère de l'économie et de la planification. (2015). *PND 2015-2019*.

transversale et développe des activités spécifiques en matière de protection sociale et de responsabilité sociale des entreprises. Elle vise à contribuer aux axes 3.4.1 « développer le secteur privé et les secteurs relais » et 4.8 « Protection sociale, Expression des droits humains et de l'Équité sociale » du PND⁸³, et au résultat 6 du plan stratégique 2014-2017 de l'UNICEF : « meilleur engagement, responsabilité et capacité du pays à légiférer, planifier et budgétiser des politiques sociales inclusives, et intégrer progressivement des mesures de protection sociale dans les secteurs de programme pertinents ».

Les activités appuient la création de données et d'analyses, le plaidoyer pour mobiliser des fonds publics vers les secteurs sociaux, l'appui à la mise en place d'une stratégie nationale et des partenariats public-privé en matière de sensibilisation aux droits des enfants.

COMPOSANTES TRANSVERSALES

Quatre composantes transversales visent à assurer une cohérence entre les différentes interventions du programme pays voire à contribuer à la durabilité des initiatives de développement du pays.

La dimension **genre, équité et droits humains** est au cœur des priorités de l'UNICEF et doit être renforcée par des activités de **communication pour le développement (C4D)** visant la sensibilisation et le changement des comportements des populations, ainsi que le plaidoyer en faveur de pratiques et comportements éthiques du secteur privé vis-à-vis des enfants.

De plus, le développement durable dans les secteurs sociaux doit tenir compte de l'environnement fragile de Madagascar qui donne lieu à de fréquentes crises humanitaires. Le programme pays intègre ainsi des activités de renforcement de la résilience des populations et des institutions pour se préparer et répondre efficacement aux **urgences**.

Enfin, le suivi et la bonne gestion des interventions passent par la **gestion axée sur les résultats (GAR)** qui fournit des informations claires et en temps opportun sur le degré d'atteinte des résultats escomptés du programme, afin d'en tirer des leçons et d'adapter les interventions et/ou les modalités de gestion du programme au besoin au cours de la mise en œuvre.

CADRE LOGIQUE

Le bureau pays UNICEF n'a pas élaboré le programme autour d'une théorie du changement (TdC)⁸⁴ car cet élément n'était pas une exigence de programmation en 2014.⁸⁵ La logique d'intervention du programme pays est illustrée plutôt dans le cadre logique présenté en annexe du CPD. Ce cadre a été légèrement révisé suite à une revue à mi-parcours (RMP) du programme pays réalisée en 2017-2018⁸⁶. Le cadre logique initial du programme ainsi que les changements qui y ont été apportés aux niveaux des effets et des produits lors de la RMP sont présentés à l'Annexe 2.

Tel qu'illustré dans le cadre logique ci-après qui intègre les changements apportés lors de la RMP, quatre à cinq produits sont attendus pour chacun des secteurs clés d'intervention. Le cadre inclut les composantes du programme pays, notamment les stratégies de mise en œuvre et la chaîne des résultats escomptés. La logique veut que la réalisation de tous ces produits converge vers des effets sectoriels (un effet par secteur) au cours de la mise en œuvre du programme. Il est attendu qu'à leur tour les effets combinés contribueront à la réalisation des droits multiples de l'enfant.

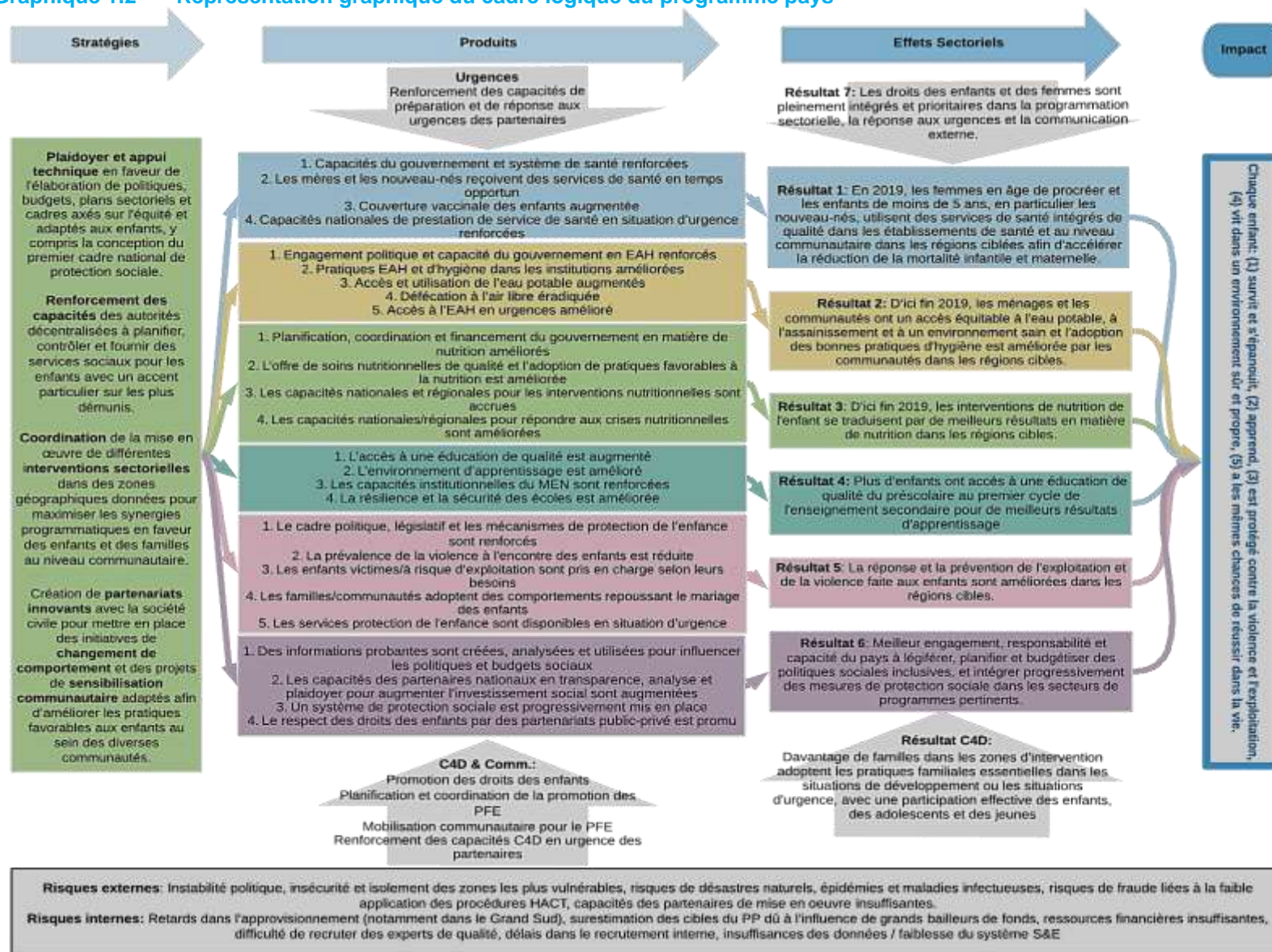
⁸³ République de Madagascar, Ministère de l'économie et de la planification. (2015). *PND 2015-2019*.

⁸⁴ Représentation graphique qui fournit des détails concernant les différents niveaux de changement, les différents acteurs et les différents liens de causalité, qui identifie les facteurs contextuels et des hypothèses sur lesquelles le programme repose. Rogers.P. n/a. Notes méthodologiques – Évaluation d'impact No 2 – Théorie du Changement. UNICEF Office of Research-Innocenti.

⁸⁵ La situation changea au niveau de l'UNICEF globalement avec la publication d'un guide GAR en 2017 et la formation obligatoire en ligne et face à face de tout le personnel⁸⁵.

⁸⁶ UNICEF Madagascar. (2018). UNICEF Madagascar Country Programme 2015-2019, *Mid Term Review (MTR)*.

Graphique 1.2 Représentation graphique du cadre logique du programme pays



1.2.2 Principales parties prenantes

PARTENAIRES DE MISE EN ŒUVRE

Le programme pays s'articule autour d'une multitude de partenaires de mise en œuvre tant au niveau central que régional. Ces partenaires peuvent être regroupés en deux catégories principales, soit les partenaires gouvernementaux (qui sont largement majoritaires) et les partenaires non étatiques. Le tableau 1.2 ci-dessous identifie les principaux partenaires gouvernementaux de l'UNICEF par secteur d'intervention.

Tableau 1.2 Principaux partenaires gouvernementaux par secteur

| Secteur | Niveau central | Niveau Régional |
|--|---|---|
| Santé | Ministère de la Santé Publique (MSP) | Directions Régionales de Santé Publique (DRSP) Service de District de la Santé Publique (SDSP) Service de Santé des Districts (SSD) |
| EAH | Ministère de l'Énergie, de l'Eau et des Hydrocarbures (MEEH) | Directions Régionales de de l'Énergie, de l'Eau et des Hydrocarbures (DREEH) |
| Nutrition | Office National de Nutrition (ONN) | Offices Régionaux de Nutrition (ORN) Service de District de la Santé Publique (SDSP) |
| Éducation | Ministère de l'Éducation Nationale et de l'Enseignement Technique et Professionnel (MENETP) | Directions Régionales de l'Éducation Nationale et de l'Enseignement Technique et Professionnel (DRENETP) |
| Protection de l'enfance | Ministère de la Population, de la Protection Sociale et de la Promotion de la Femme (MPPSPF) Direction Générale de la Jeunesse (DGJ) | Directions Régionales de la Population, de la Protection Sociale et de la Promotion de la Femme (DRPPSPF) Directions Régionales de la Jeunesse (DRJ) |
| Politique et protection sociale | MPPSPF; Direction Générale du Budget; Ministère de l'Intérieur et de la Décentralisation (MID); Ministère de l'Économie et des Finances; Ministère des Transports, du Tourisme et de la Météorologie; Ministère des Mines et des Ressources Stratégiques; Ministère de l'Industrie, du Commerce et de l'Artisanat | DRPPSPF |

L'UNICEF s'est associé avec un nombre plus restreint de partenaires non étatiques, la majorité étant des organisation non gouvernementales (ONG) internationales et, dans une moindre mesure, des ONG nationales.

- ONG internationales principales: Médecins du Monde, Action Contre la Faim, Catholic Relief Services, Search for Common Ground, Handicap International, WaterAid, Wildlife Conservation Society, Croix Rouge, Practica Foundation, SOS Villages d'Enfants, Grandir Dignement, Youth First, Population Services International.
- ONG nationales principales: Fonds d'Intervention pour le Développement, Andry Lalana Tohana Alt, Association Miarintsoa, Université Catholique de Madagascar, Institut Pasteur de Madagascar, Cercle de Réflexions des Économistes de Madagascar, Association MadaoDE.

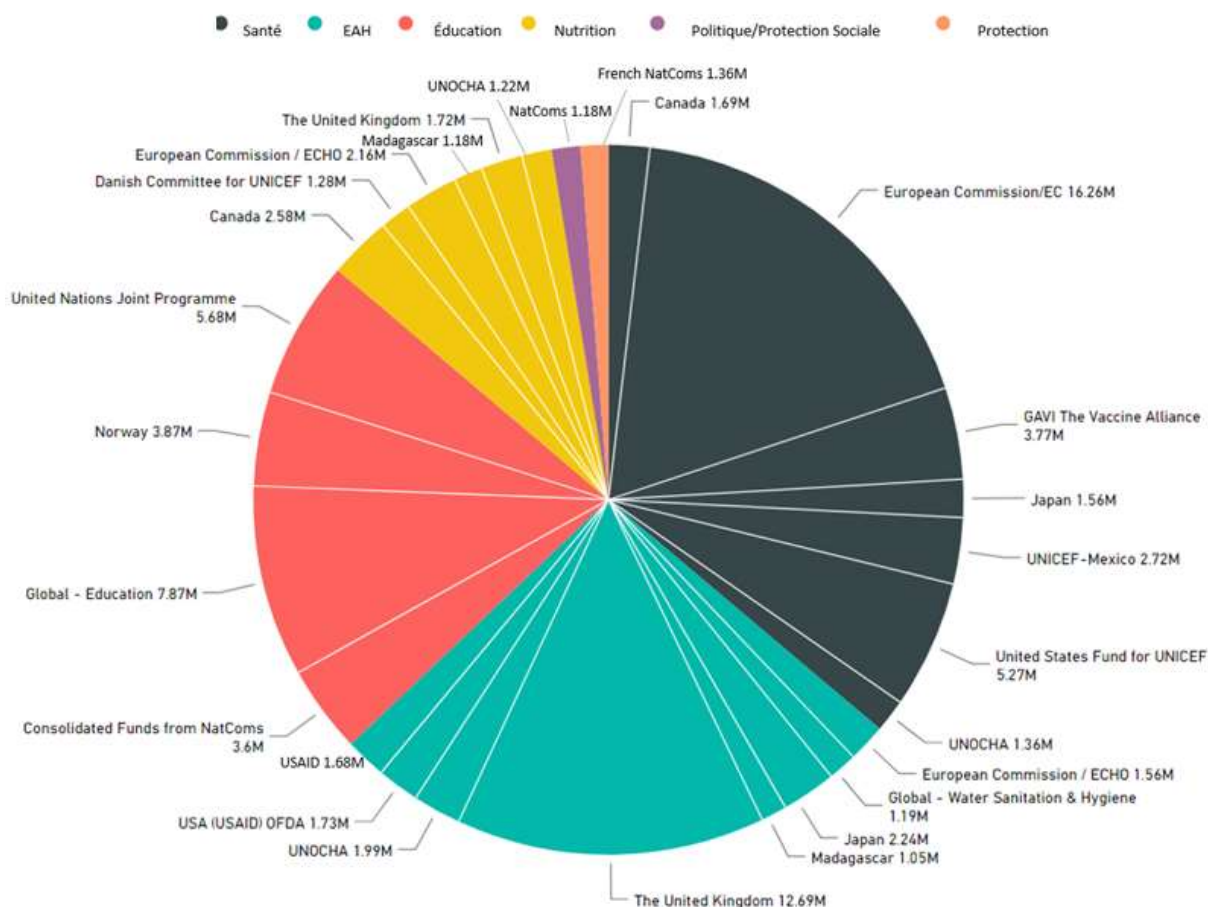
PRINCIPAUX BAILLEURS DE FONDS

UNICEF a mobilisé 126,4 millions USD pour le programme pays au cours de la période 2015-2019. Le graphique ci-dessous donne un aperçu des principaux bailleurs de fonds du programme pays, soit ceux

qui ont fait des contributions de plus d'un million USD, ainsi que de leurs contributions financières par secteur d'intervention.⁸⁷

Les principaux bailleurs de fonds pour le programme sont : le Royaume-Uni et la Commission Européenne, avec des contributions s'élevant à plus de 16 millions USD chacun ; le Fonds UNICEF des États-Unis et du Partenariat Mondial pour l'Éducation avec des contributions de 8,2 millions USD chacun ; Le Programme Conjoint des Nations Unies avec 6,5 millions USD; la Direction générale pour la protection civile et les opérations d'aide humanitaire européennes de la Commission européenne (ECHO), OCHA, le Canada, le Japon, divers Comités nationales pour l'UNICEF. Le gouvernement malgache a également contribué à hauteur de 4,12 millions USD. Au sein des agences des Nations Unies ayant un programme pays à Madagascar, l'UNICEF compte le budget le plus important.

Graphique 1.3 Principales contributions des bailleurs de fonds par secteur d'intervention



STRUCTURE ORGANISATIONNELLE DE L'UNICEF MADAGASCAR

La mise en œuvre du programme pays est assurée, du côté programmatique, par sept unités distinctes : cinq unités, chacune dédiée à un secteur clé d'intervention (excluant politique sociale et évaluation qui se retrouve directement sous le Représentant de l'UNICEF); une unité est dédiée au C4D et une autre au suivi et à la planification. En octobre 2019, le bureau pays comptait près de 200 employés dont la majorité du personnel (près de 75 %) était centralisée dans les bureaux de l'UNICEF à Antananarivo, à l'exception des Assistants Techniques Régionaux (ATR) qui opéraient, selon leur secteur d'appartenance, dans les bureaux des directions régionales des ministères présents dans 14 régions d'intervention de l'UNICEF. De plus, 15 % de l'équipe pays était du personnel international.

⁸⁷ Ces données étant tirées des données budgétaires (fonds utilisés) de l'UNICEF fournies par le bureau pays en juillet 2019, tous les bailleurs ne sont pas nécessairement représentés. Ce graphique est présenté à titre illustratif seulement.

Le rôle des ATR est d'appuyer les autorités déconcentrées dans chaque secteur clé pour renforcer leur capacité à planifier, mettre en œuvre et suivre les activités d'éducation avec un engagement pour l'amélioration de l'équité et du travail d'équipe sensible à l'égalité des sexes. Les ATR ont aussi pour rôle de contribuer techniquement à la conception, à la planification, à l'administration, au suivi et à l'évaluation des activités sectorielles ainsi qu'au rapportage des partenaires sectoriels au niveau régional.

2. Objectifs et portée de l'évaluation

2.1 But, objectifs et utilisateurs de l'évaluation

2.1.1 But et objectifs

En août 2019, le bureau régional de l'UNICEF pour l'Afrique de l'Est et l'Afrique australe a mandaté Universalia, une firme canadienne spécialisée en suivi-évaluation, pour mener l'évaluation formative du programme de pays entre le Gouvernement de Madagascar et l'UNICEF (2015-2020). Tel que mentionné dans les termes de référence (TDR) de l'évaluation (présentés en Annexe 1), chaque programme pays de l'UNICEF doit être évalué au moins une fois tous les deux cycles de programmation, et ce en accord avec la version révisée de la *Politique d'Évaluation de l'UNICEF* (2018).⁸⁸

Tenant compte de cette obligation et afin d'informer et d'appuyer la préparation du futur Programme de Coopération Pays dont la planification a débuté fin 2019, le **but** de l'évaluation du programme se décline en plusieurs éléments :

- Opérationnaliser les engagements de transparence et reddition de comptes du bureau pays;
- S'assurer que le bureau pays travaille efficacement et en alignement avec les principes de programmation de l'UNICEF, afin d'atteindre les résultats espérés du programme pays;
- Vérifier de façon indépendante les résultats atteints, tout en évaluant les stratégies et interventions mises en œuvre;
- Faire ressortir les connaissances acquises dans le cadre de la mise en œuvre du programme pays en mettant en évidence, par exemple, ce qui fonctionne, ce qui fonctionne moins bien, ainsi que les raisons sous-jacentes à ces résultats;
- Mettre en exergue la valeur ajoutée de l'UNICEF ainsi que sa capacité à s'adapter à un environnement en constante évolution et à des acteurs émergents;

En lien avec ces éléments, les **objectifs spécifiques** de cette évaluation sont les suivants :

- Évaluer la pertinence, l'efficacité, l'efficience et la durabilité du programme pays à Madagascar ;
- Porter une attention particulière à l'adéquation (« fit for purpose ») de la structure du bureau de pays à Madagascar au niveau central et sous-national tel qu'il se décline au travers des ATR ;
- Identifier et documenter les leçons apprises, les bonnes pratiques et les innovations qui émaneraient de la mise en œuvre du programme pays ;
- Formuler des recommandations concrètes en vue d'améliorer les stratégies et les interventions programmatiques du prochain programme pays à Madagascar, en tenant compte des priorités de développement nationales et des 17 Objectifs de Développement Durable (ODD).

Les données, les conclusions, les leçons et les recommandations de cette évaluation serviront donc à alimenter la réflexion de toutes les parties prenantes impliquées dans l'élaboration du prochain programme pays à Madagascar couvrant la période 2021 à 2023. Les résultats préliminaires de cette évaluation ont d'ailleurs déjà servi à alimenter la réflexion des principales parties prenantes de l'UNICEF qui ont participé au moment stratégique de réflexion en vue de la planification du prochain programme pays, ainsi qu'à la retraite du personnel qui a eu lieu au mois de novembre 2019. En somme, cette évaluation porte une attention particulière sur les processus internes à l'UNICEF (et qui

⁸⁸ UNICEF (2018). Conseil Exécutif, Session annuelle 2018, *Revised Evaluation Policy of UNICEF*, p.10.

sous-tendent la mise en œuvre du programme pays), sur le degré d'atteinte des résultats escomptés ainsi que sur les facteurs qui ont favorisé ou limité l'atteinte des résultats.

2.1.2 Utilisateurs et utilisation prévue de l'évaluation

Les principaux utilisateurs, ainsi que l'utilisation prévue ou possible des résultats de cette évaluation par chaque groupe d'utilisateurs, sont présentés dans le tableau 2.1 ci-dessous. La composition de l'équipe d'évaluation est présentée à l'Annexe 3.

Tableau 2.1 Utilisateurs et utilisations possibles des résultats de l'évaluation

| Utilisateurs | | Utilisation prévue ou possible |
|--------------|--|--|
| Primaires | Bureau pays de l'UNICEF à Madagascar | <ul style="list-style-type: none"> Développement du programme pays 2021-2023 Identification des forces et faiblesses du programme pays Reddition de comptes à l'endroit des bailleurs, du gouvernement malgache, du bureau régional et du Conseil d'Administration de l'UNICEF |
| | Gouvernement du Madagascar | <ul style="list-style-type: none"> Identification des contributions de l'UNICEF aux objectifs de développement du pays Développement du programme pays 2021-2023 |
| Secondaires | Bailleurs de fonds | <ul style="list-style-type: none"> Identification des contributions de l'UNICEF dans les secteurs appuyés par les bailleurs Identification des stratégies les plus porteuses à appuyer dans le cadre de futures collaborations |
| | Bureau régional de l'UNICEF pour l'Afrique de l'Est et l'Afrique australe | <ul style="list-style-type: none"> Identification, compilation et dissémination des leçons apprises Compréhension des besoins futurs du bureau pays |
| | L'Équipe pays des Nations Unies (UNCT) | <ul style="list-style-type: none"> Préparation du prochain UNDAF Identification des opportunités de collaboration inter-agences et intersectorielles |
| | Conseil d'Administration de l'UNICEF | <ul style="list-style-type: none"> Identification des contributions de l'UNICEF aux objectifs de développement du pays Appréciation de la performance de l'UNICEF au niveau pays Approbation du prochain programme pays entre l'UNICEF et le Gouvernement de Madagascar 2021-2023 |

2.2 Portée de l'évaluation

Telle que décrite dans les TDR et confirmée lors de la mission de démarrage en août 2019, la portée de l'évaluation est définie comme suit :

- **Critères d'évaluation** : L'évaluation aborde les critères d'évaluation liés à la pertinence, à l'efficacité, à l'efficience et à la durabilité tout en excluant, conformément aux TdR, l'évaluation du critère d'impact. De plus amples explications sont fournies à la section 3.2.
- **Portée programmatique** : L'évaluation met l'accent sur le programme pays de l'UNICEF, tel qu'approuvé par le Conseil d'Administration en février 2015. Ont également été considérées toutes les modifications et révisions du programme initial survenues au cours de la période examinée, tels que les ajustements suite à la revue à mi-parcours du programme pays effectuée en 2017.
- **Période examinée** : L'évaluation couvre avant tout le présent cycle du Programme de Coopération Pays, de 2015 à 2019 (prolongé jusqu'en 2020). Elle prend également en compte les initiatives commencées lors du précédent programme pays (2008-2011, avec des extensions jusqu'en 2014 pour certaines activités) et toujours en cours de mise en œuvre.
- **Couverture géographique** : Les activités menées dans le cadre du programme pays sont réparties sur l'ensemble du territoire malgache. Bien que le travail réalisé dans l'ensemble des régions ait été évalué, des visites dans trois régions d'intervention de l'UNICEF, soit Androy, Boeny et Analamanga,

ont permis aux évaluateurs de mieux connaître les parties prenantes, processus et dynamiques de mise en œuvre du programme sur le terrain.

- **Secteurs** : Alors que l'équipe d'évaluation a analysé les progrès réalisés dans tous les secteurs d'intervention du programme pays, en raison de l'envergure d'une évaluation de programme pays et du peu de temps imparti pour que les résultats de l'évaluation puissent informer l'élaboration du prochain programme pays, l'équipe d'Universalis et l'UNICEF se sont mis d'accord pour focaliser l'analyse détaillée sur deux des plus grands secteurs du programme pays, soit Santé et EAH. Cette analyse sectorielle approfondie servirait d'exemple des dynamiques internes et externes à l'UNICEF qui ont influencé la mise en œuvre globale du programme.

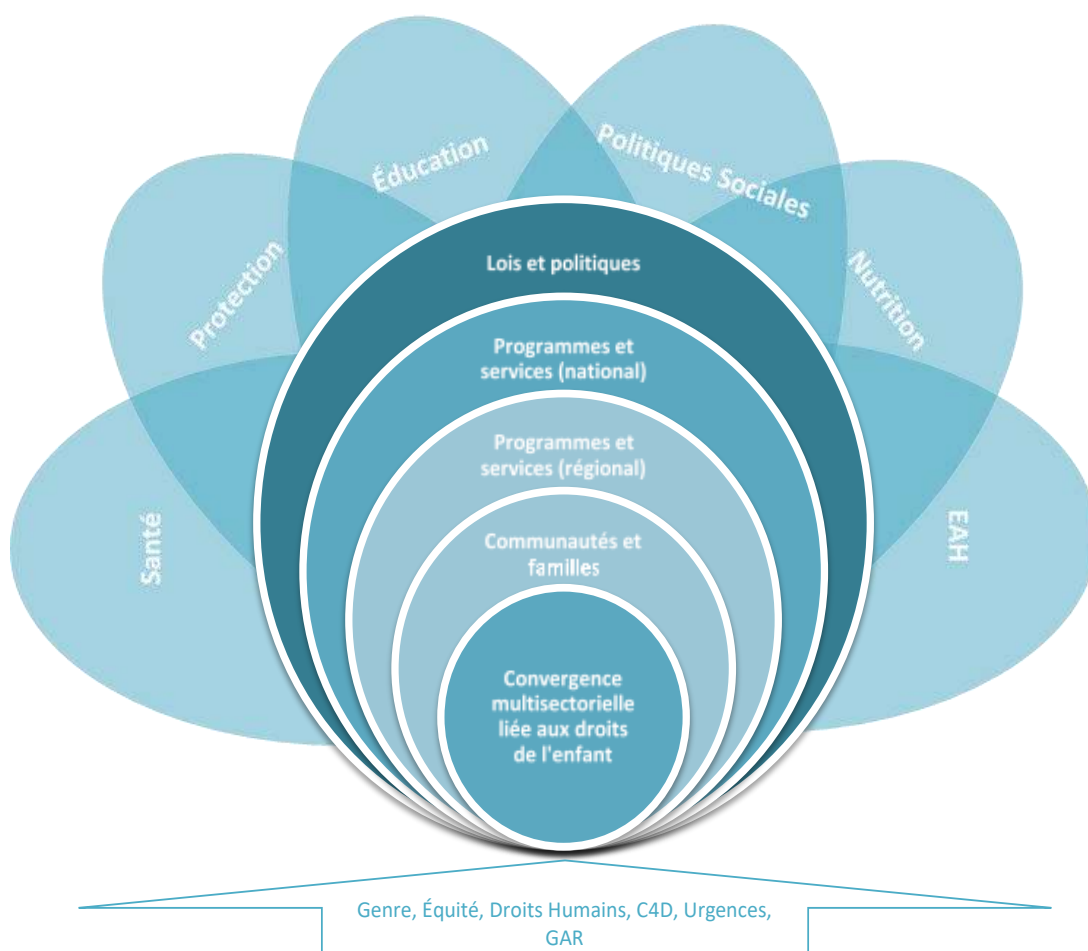
Étant donné l'ampleur du Programme de Coopération Pays, l'équipe d'évaluation a établi une stratégie d'échantillonnage restreint lors de la phase démarrage. Cet échantillon a permis de mettre l'emphase sur un nombre réduit d'interventions et sur quelques régions en particulier. Les critères d'échantillonnage utilisés sont présentés à l'Annexe 4.

3. Approche et méthodologie

3.1 Cadre conceptuel

Étant donné que le programme pays de l'UNICEF à Madagascar est multisectoriel et implique de nombreux partenaires gouvernementaux, de la société civile, ainsi que d'autres organisations internationales, l'adoption d'une approche sensible à la complexité du réel et d'une approche basée sur les droits de l'enfant s'imposait. Tel que présenté dans le graphique 3.1 ci-dessous, l'équipe d'évaluation a conceptualisé le programme pays et ses secteurs d'intervention comme faisant partie d'un ensemble intégré dans lequel interagissent cinq différents niveaux (ou strates) d'obligataires et détenteurs de droits, qui font l'objet d'une analyse individuelle ou conjointe. Conformément au cadre logique du programme, toutes les interventions sectorielles de l'UNICEF devraient en théorie converger, de façon complémentaire et cohérente, vers la réalisation pleine et entière des droits de l'enfant. Ces droits s'accomplissent lorsque l'enfant bénéficie des services intersectoriels mis à la disposition par sa famille, sa communauté, et l'État qui est le détenteur d'obligations principal. Les approches et thématiques transversales liées au genre, à l'équité, aux droits humains, ainsi que la communication pour le développement (C4D), la préparation et la réponse aux urgences et la gestion axée sur les résultats devraient, pour leur part, être intégrées de manière transversale aux secteurs clés d'intervention.

Graphique 3.1 Cadre conceptuel pour l'analyse multisectorielle du programme pays



3.2 Critères et questions d'évaluation

CRITÈRES D'ÉVALUATION

L'évaluation est structurée autour de quatre des cinq critères standards d'évaluation de l'OCDE-CAD⁸⁹ comme suit:

- **Pertinence** : Mesure selon laquelle les objectifs de l'action de développement correspondent aux attentes des groupes cibles, aux besoins du pays, aux priorités globales, aux politiques des partenaires et des bailleurs de fonds.
- **Efficacité** : Mesure selon laquelle les objectifs de l'action de développement ont été atteints, ou sont en voie de l'être, compte tenu de leur importance relative.
- **Effizienz** : Mesure selon laquelle les ressources (fonds, expertise, temps, etc.) sont converties en résultats de façon économique.
- **Durabilité** : Continuation des bénéfices résultant d'une action de développement après la fin de l'intervention. Probabilité d'obtenir des bénéfices sur le long terme. Situation par laquelle les avantages nets sont susceptibles d'être durables en dépit des risques identifiés.

Étant donné la portée stratégique de cette évaluation, et l'importance accordée au processus de mise en œuvre du programme pays et aux questions d'efficience, il a été convenu avec UNICEF ESARO de ne pas aborder le critère d'impact. De plus, puisque l'analyse d'impact implique l'analyse de l'attribution des effets à long terme d'une intervention alors que la mise en œuvre du programme évalué n'est pas complétée, l'analyse de ce critère ne s'avère pas possible.

Enfin, il est important de noter que les dimensions des droits humains, du genre et de l'équité sont intégrées de manière transversale dans le rapport. Aussi, compte tenu de l'importance de la question des droits de l'enfant, qui est au cœur du programme pays, la dimension des droits humains fait l'objet d'une section distincte dans le chapitre des constats.

MATRICE D'ÉVALUATION

La matrice d'évaluation à l'Annexe 5 présente toutes les questions d'évaluation ainsi que les sous-questions, indicateurs et sources et méthodes de collecte de données qui ont guidé cette évaluation.

3.3 Méthodes et sources pour la collecte de données

Les différentes activités de collecte de données ont eu lieu de septembre à la mi-octobre 2019. En conformité avec les approches méthodologiques décrites dans le rapport de démarrage, cette évaluation a combiné des méthodes quantitatives et qualitatives de collecte de données.

3.3.1 Sources des données

Les sources de données primaires ont été les parties prenantes impliquées dans l'élaboration, la mise en œuvre et le suivi du programme pays, ainsi que les documents produits par l'UNICEF. Les données secondaires ont été les documents et publications externes à l'UNICEF.

3.3.2 Méthodes de collecte des données

Cette évaluation a adopté des méthodes qualitatives et quantitatives de collecte et d'analyse de données provenant de sources diverses afin d'assurer la triangulation et la validation des données recueillies et la fiabilité des constats en découlant. Plus spécifiquement :

- **Revue de la documentation** : Les évaluateurs ont passé en revue près de 150 documents dont la liste est présentée à l'Annexe 6.
- **Entrevues semi-structurées et discussions de groupe** : Les évaluateurs ont consulté un total de 211 personnes dont 57 lors de la phase de démarrage, y compris la mission de démarrage dans la capitale Antananarivo et 164 lors de la phase de collecte de données, dont 42 % dans la région

⁸⁹ OCDE-CAD (2017). *Évaluer la coopération pour le développement : Récapitulatifs des normes et standards de référence*. 2^e édition.

d'Androy, 38 % dans la région d'Analamanga, 19 % dans la région de Boeny. Quelques autres parties prenantes ont été rencontrées en dehors de Madagascar, incluant trois experts du bureau régional de l'UNICEF à Nairobi. Toutes ces consultations ont été réalisées entre août et octobre 2019. 48 % des personnes consultées dans le cadre de cette évaluation sont des femmes et 52 % des hommes. La liste des personnes consultées lors des deux visites à Madagascar est présentée à l'Annexe 7. Les protocoles d'entrevue utilisés sont fournis à l'Annexe 8.

- **Visites terrain et observation non-participante et non-structurée** : Les évaluateurs ont réalisé des visites terrain dans les régions d'Analamanga, d'Androy et de Boeny entre le 16 et le 27 septembre 2019.
- **Enquête par sondage** : Un sondage en ligne a été mené auprès de l'ensemble du personnel de l'UNICEF entre le 15 et le 28 octobre 2019. Sur 168 personnes invitées à participer au sondage, 141 ont répondu à l'appel et 116 ont répondu à l'ensemble des questions, ce qui correspond à un taux de participation de 84 %. Le nombre de répondants est représentatif de l'ensemble du personnel du bureau pays même si le taux de participation des G6-7 (*General Service Staff*) et des P (*Professional Staff*) est légèrement en deçà du taux de participation espéré.⁹⁰

Le pourcentage d'hommes et de femmes qui ont répondu au sondage – 58 % et 35 % respectivement – est proportionnel au pourcentage d'hommes et de femmes contactés – 59 % et 41 % respectivement –, proportions représentatives de la répartition homme/femme du personnel au sein du bureau pays.⁹¹ Les perceptions des hommes et des femmes ont donc été proportionnellement et équitablement recueillies.

Le questionnaire administré est présenté à l'Annexe 9 et un résumé des réponses aux questions quantitatives est présenté à l'Annexe 10.

3.3.3 Stratégie d'échantillonnage

Compte tenu du caractère qualitatif des activités de collecte de données lors des visites terrain, l'équipe d'évaluation a préconisé des approches d'échantillonnage non-probabiliste et par choix raisonné. Ces stratégies ont favorisé la prise en compte des attentes exprimées par les diverses parties prenantes consultées lors de la phase de démarrage (approche participative) et ont permis de sélectionner les secteurs et régions à prioriser pour la phase de collecte de données terrain. Étant donnée la technique d'échantillonnage retenue, l'échantillon de personnes consultées par le moyen d'entrevues ne visait pas à être quantitativement représentatif. Cette stratégie est présentée en détail à l'Annexe 4.

3.4 Analyse des données

L'analyse des données s'est faite par le biais de techniques qualitatives (descriptive, d'analyse de contenu et comparative) et quantitatives (statistiques descriptives). L'équipe a mis en œuvre une approche exploratoire séquentielle de triangulation telle que définie par Creswell en 2003.⁹² L'équipe a, dans un premier temps, collecté et analysé des données essentiellement qualitatives (entrevues et discussions de groupe). Elle a ensuite effectué une collecte quantitative (sondage en ligne auprès du personnel) qui a permis d'approfondir certaines questions d'évaluation et de tester des hypothèses qui ont émergées lors de la mission de démarrage et des visites terrain. L'équipe a aussi fait une analyse des données quantitatives collectées par le bureau pays dans le cadre du suivi semestriel des résultats escomptés tout au long de la mise en œuvre du programme pays.

Les techniques de triangulation et d'analyse suivantes ont été utilisées :

- **Croisement des données émanant des différentes méthodes de collecte de données** : entrevues, discussions de groupe, revue documentaire, sondage, observation, présentation de constats préliminaires aux gestionnaires du bureau pays.

⁹⁰ Les *non-fixed term* n'ont pas été inclus.

⁹¹ 7 % des répondants ont choisi de ne pas identifier leur genre.

⁹² Creswell, J. W. (2003). *Research design: Qualitative, quantitative, and mixed methods approaches* (2nd ed.). Thousand Oaks, CA: Sage.

- **Croisement des données obtenues de différentes sources:** UNICEF, gouvernement, partenaires de mise en œuvre, partenaires techniques et financiers (PTF), communautés, partenaires des Nations Unies, experts externes au programme pays.
- **Croisement des différents types de données obtenues :** qualitatives et quantitatives.
- **Séquence de la mise en œuvre des activités de collecte de données :** collecte de données mixtes préliminaires (phase de démarrage) suivie de la collecte et l'analyse des données qualitatives (visites terrain) et validation des constats préliminaires (sondage).

L'analyse qualitative s'est faite en compilant les données d'entrevue dans un fichier Excel en lien avec les questions et sous questions de la matrice d'évaluation et aux secteurs afférents.

3.5 Considérations éthiques

L'ensemble du processus et de la méthodologie d'évaluation s'articule autour des Normes et règles d'évaluation du Groupe d'Évaluation des Nations Unies (UNEG)⁹³ et de la Politique révisée d'évaluation de l'UNICEF, telle qu'adoptée en juin 2018 par le Conseil d'Administration de l'UNICEF⁹⁴.

L'équipe d'évaluation s'est aussi appuyée sur les lignes directrices établies par les Normes de Qualité pour l'Évaluation du Développement du Comité d'aide au développement de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OECD-CAD)⁹⁵, le Guide de l'OCDE-CAD pour l'évaluation de l'assistance humanitaire dans les situations complexes d'urgence⁹⁶, le Guide d'Évaluation de l'Action Humanitaire de l'ALNAP⁹⁷, le manuel Sphère pour le suivi et l'évaluation⁹⁸, le Guide pour la recherche éthique impliquant des enfants⁹⁹, ainsi que la procédure de l'UNICEF relative aux normes éthiques dans la recherche, l'évaluation, la collecte et l'analyse de données.¹⁰⁰

Pour cette évaluation, la participation d'enfants et d'adolescents n'a pas été requise. La décision de les exclure, prise conjointement avec l'UNICEF, s'est basée sur la prise en compte des principes de : a) risques et bénéfiques; b) consentement libre et éclairé; et de c) respect de la vie privée et de la confidentialité. Ces principes ont guidé l'ensemble du processus de consultation des parties prenantes.

3.6 Limites de l'évaluation

La principale limite d'évaluation est la contrainte de temps qui a pesé sur le processus d'évaluation, plus particulièrement le court laps de temps entre la finalisation du rapport de démarrage/plan de travail, la revue documentaire et la date de la visite terrain (la finalisation du rapport de démarrage a chevauché le début de la mission). Ainsi, le croisement des opinions des informateurs avec la documentation n'a pas pu être complété sur place lors des visites terrain. Ceci a mené à des questionnements additionnels post-mission pour l'équipe d'évaluation, un certain nombre desquels n'ont pas pu être traités faute de temps et de disponibilité des parties prenantes. Pour pallier cette limite, l'équipe a réalisé des entrevues additionnelles, à distance, avec des membres du personnel du bureau pays.

Étant donné l'envergure du programme pays mis en œuvre par l'UNICEF à Madagascar, ainsi que le nombre important d'employés, les évaluateurs n'ont pas pu consulter individuellement tout le personnel de tous les secteurs. Pour pallier cette limite, les évaluateurs ont plutôt opté pour la réalisation d'entrevues de groupe en tentant autant que possible de travailler avec des groupes relativement homogènes. De plus, la mission de démarrage a permis de conclure à la faisabilité d'un sondage auprès

⁹³ UNEG (2017). *Normes et règles d'évaluation*. <http://www.uneval.org/document/detail/1914>

⁹⁴ UNICEF (2018). *Revised evaluation policy of UNICEF*. <https://undocs.org/E/ICEF/2018/14>

⁹⁵ OECD-CAD (2010). *Normes de qualité pour l'évaluation du développement*, Lignes directrices et ouvrage de référence du CAD. <https://www.oecd.org/dac/evaluation/dcdndep/44920384.pdf>

⁹⁶ OECD-CAD (1999). *Guidance for Evaluating Humanitarian Assistance in Complex Emergencies*. <https://www.oecd.org/dac/evaluation/2667294.pdf>

⁹⁷ ALNAP (2016). *Evaluation of Humanitarian Action Guide*. <http://www.alnap.org/resource/23592.aspx>

⁹⁸ SPHÈRE (2015). *Sphère pour le suivi et l'évaluation*. <https://www.spherestandards.org/fr/resources/sphere-pour-le-suivi-et-levaluation/>

⁹⁹ Ethical Research Involving Children (2019). *Ethical Guidance*. <https://childethics.com/ethical-guidance/>

¹⁰⁰ UNICEF (2015). *UNICEF procedure for ethical standards in research, evaluation, data collection and analysis*.

du personnel qui permettrait à tous de participer au processus tout en garantissant un haut niveau de confidentialité. Le taux relativement élevé de participation au sondage (84 %) confirme qu'un nombre important de membres du personnel d'UNICEF à Madagascar a eu l'occasion de s'exprimer dans le cadre de l'évaluation.

Des informations stratégiques remontant aux premières années du programme pays n'ont pas pu être collectées lors des visites terrain en raison du roulement important du personnel international au sein du bureau pays. Pour pallier cette limite, l'équipe a réalisé des entrevues additionnelles à distance avec des anciens du bureau pays, ainsi qu'avec des informateurs au niveau régional.

Pendant la collecte et l'analyse des données, il est devenu apparent que certaines questions ou sous-questions de la matrice d'évaluation ne revêtaient finalement pas la même importance que d'autres. Étant donné le besoin de limiter la longueur de l'analyse, la question EI.4 sur la mise en œuvre des services communs au sein de l'architecture « Unis dans l'action », n'a pas été abordée. Aussi, la question d'évaluation EI.5 sur le renforcement des connaissances et compétences du personnel de l'UNICEF n'a été que partiellement traitée faute de temps.

4. Constats

4.1 Pertinence

L'évaluation a examiné dans quelle mesure¹⁰¹ : 1) la conception du programme pays de l'UNICEF à Madagascar a pris en compte le contexte du pays ainsi que les besoins des enfants marginalisés et vulnérables ; 2) le programme pays est parvenu à demeurer aligné aux priorités de développement du gouvernement malgache ainsi qu'aux priorités de l'UNICEF ; 4) l'UNICEF Madagascar a su adapter sa programmation aux changements de contexte y compris aux situations d'urgence ; 5) la conception et les modalités de mise en œuvre du programme pays étaient alignées sur les stratégies de l'UNICEF de promotion de l'égalité des sexes et de l'autonomisation des femmes.

PERTINENCE PAR RAPPORT AU CONTEXTE DU PAYS ET AUX BESOINS DES ENFANTS

Constat 1: Bien que les représentants des communautés n'aient pas participé d'une manière significative au processus, l'élaboration du programme pays s'appuie sur une analyse approfondie et pertinente du contexte de développement de Madagascar.

Le développement du programme pays s'appuie sur l'analyse de la situation (SitAn) menée par le bureau pays en 2013¹⁰² qui a permis d'identifier les principaux obstacles à la réalisation des droits de la mère et de l'enfant à Madagascar. Une analyse MODA (*Multiple Overlapping Deprivation Analysis*) a également été menée afin d'identifier les enfants les plus pauvres, au-delà des indicateurs de pauvreté monétaire, bien qu'elle n'ait pas été considérée dans la planification ni la revue à mi-parcours.

Les analyses pour le secteur EAH se sont basées sur les données du *Joint Monitoring Programme* (OMS/UNICEF) qui fournit des données comparables depuis 1990, sur le MICS de 2013 et sur l'Enquête Nationale sur le Suivi des Objectifs du Millénaire pour le Développement (ENSOMD) 2012-2013.

Les analyses pour le secteur de la santé de la mère et de l'enfant se sont également basées sur l'ENSOMD, ainsi que sur les enquêtes démographiques de santé (EDS) et les enquêtes périodiques auprès des ménages (EPM). Des études plus ponctuelles telles que des études CAP ont également été menées et exploitées.

On note cependant que les consultations pour la conceptualisation du programme pays ont eu lieu principalement entre UNICEF Antananarivo et les partenaires étatiques. Une source représentant une partie prenante clé a confirmé que le programme pays a été conçu comme un « programme conjoint » entre l'UNICEF et le gouvernement malgache. Le choix des composantes du programme pays a donc été principalement influencé par des décideurs venant du pouvoir central.

À cet effet, étant donné que le CPD et le CPAP sont le fruit d'un accord de l'UNICEF avec le gouvernement, plusieurs composantes du programme pays telles que les zones d'interventions, les cibles liées à des produits ou à des résultats spécifiques, sont également le résultat d'une entente négociée avec le gouvernement.

PERTINENCE DU CHOIX DES RÉGIONS D'INTERVENTION

Constat 2: Alors que le CPD établit des critères de ciblage pour la sélection des régions d'intervention, UNICEF s'est quelque peu éparpillé en intervenant sur tout le

¹⁰¹ À noter qu'un élément identifié en lien avec le critère de pertinence dans la matrice d'évaluation, à savoir le programme pays s'appuie sur les interventions des autres partenaires techniques et financiers (PTF) dans le pays pour un impact plus significatif sur le bien-être des enfants, est traité sous l'angle du critère d'efficacité des stratégies de mise en œuvre dans ce rapport.

¹⁰² UNICEF (2013). *L'enfance à Madagascar : une promesse d'avenir. Analyse de la situation de la mère et de l'enfant.*

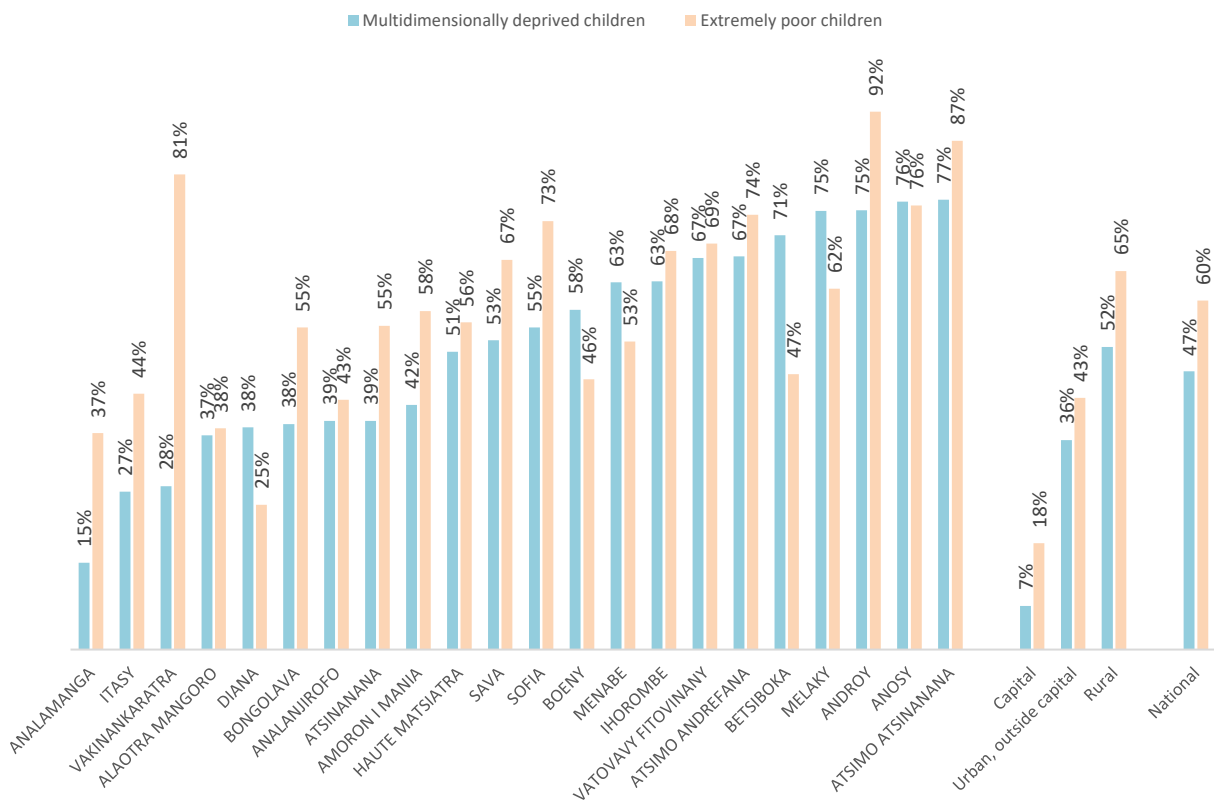
territoire malgache, priorisant néanmoins les régions où sévissent de hauts niveaux de pauvreté et où les besoins des enfants sont les plus importants.

Le CPD indique que le bureau devait se concentrer sur quatre régions (Atsimo Andrefana, Anosy, Analanjirofo et Boeny). De plus, chaque secteur s'est vu octroyer la possibilité d'intervenir dans deux régions additionnelles en tenant compte des critères suivants :

- Que les régions soient désignées comme étant prioritaires par l'UNDAF (Atsimo Andrefana, Androy, Vatovavy Fitovinany);
- Qu'il y ait une présence d'autres PTF afin d'assurer la coordination des interventions.

Le graphique 4.1 ci-dessous présente les régions où sévissent les plus hauts taux de pauvreté extrême et de privation multidimensionnelle chez les enfants, confirmant, *a posteriori*, que les régions d'intervention correspondent généralement aux régions les plus pauvres et où il y a de fortes inégalités.

Graphique 4.1 Taux de pauvreté extrême et de privation multidimensionnelle chez les enfants de moins de 18 ans¹⁰³



Bien que l'UNICEF soit intervenu dans les 22 régions du pays, les quatre régions de base priorisées par le CPD ont reçu 44,5 % de l'ensemble des ressources dépensées par l'UNICEF (voir section 4.3 sur l'efficacité). La décision de répartir sa programmation sur l'ensemble du territoire malgache a tenu compte de la situation de pauvreté généralisée à Madagascar (estimée à 74,1 % de la population malgache en 2019¹⁰⁴).

Les entretiens avec les parties prenantes confirment que la décision de l'UNICEF d'intervenir en priorité dans les régions présentant les plus hauts taux de vulnérabilité, notamment les régions du Grand Sud, était bien fondée. En effet, ces régions sont parmi les plus touchées par les urgences et les changements climatiques, les moins dotées en infrastructures, et celles qui attirent le moins l'attention des programmes de développement du gouvernement central. Les régions du Grand Sud ont fait l'objet d'un plus grand nombre d'interventions multisectorielles de l'UNICEF que les autres régions.

¹⁰³ UNICEF Office of Research (2015). *Child Poverty and Multidimensional Deprivation in Madagascar*, p. 45-49.

¹⁰⁴ Banque mondiale (2020). *Madagascar, vue d'ensemble*.

Il importe malgré tout de mettre ceci en perspective avec les avis du personnel de l'UNICEF puisque seulement 67 % de ceux-ci sont d'accord ou fortement en accord avec l'idée que le bureau pays a su prioriser les régions d'interventions de façon judicieuse. Le personnel de niveau P (*Professional Staff*) est particulièrement critique étant donné que seuls 55 % d'entre eux sont d'accord avec cette affirmation (incluant 10 % qui sont fortement en accord). Ce sont néanmoins 72 % des NO (*National Professional Officers*) qui sont d'accord avec cette affirmation bien que seuls 18 % des NO sont fortement convaincus que les régions prioritaires sont les bonnes. D'autre part, seulement 59 % du personnel sondé estime que le bureau a su maintenir une couverture géographique suffisante et adéquate. C'est d'ailleurs le personnel de niveau P qui est le plus critique à cet égard puisqu'ils sont près de 40 % à être en désaccord et fortement en désaccord avec cette affirmation (versus 30 % en désaccord pour les NO). Les entretiens et le sondage tendent à indiquer que la portée géographique du programme pays était quelque peu irréaliste en raison de son étendue, ce qui aurait résulté en un « saupoudrage » des ressources à l'échelle nationale. Cette perception est amplifiée par le fait que les secteurs ne sont pas tous intervenus simultanément dans les mêmes régions et qu'ils n'ont pas tous compté sur la présence continue des ATR.

Au niveau sectoriel, les données collectées notamment dans le Grand Sud confirment que les interventions en matière de EAH, de santé, de nutrition et d'éducation, mais également en termes de protection, sont éminemment pertinentes étant donné les besoins criants de la population dans ces domaines.

PERTINENCE ET ÉQUITÉ

Depuis 2011, l'UNICEF s'est fixé un objectif global d'assurer que tous ses programmes priorisent l'élimination des goulots d'étranglement qui entravent la possibilité des enfants les plus vulnérables de jouir de leurs droits. Le cadre conceptuel proposé aux gestionnaires de programme est le « *Monitoring Results for Equity System (MoRES)* ». Une brève analyse de la mesure dans laquelle le bureau pays a appliqué ce cadre est proposée ci-dessous. Bien que le personnel consulté n'ait pu confirmer ou informer avoir eu recours au cadre du MoRES pour le développement et la mise en œuvre du programme pays, le tableau ci-dessous résume dans quelle mesure le programme pays s'aligne sur ce cadre.

Tableau 4.1 Conformité du programme avec le MORES

| Niveaux d'action selon le MoRES ¹⁰⁵ | Conformité du Programme Pays de l'UNICEF à Madagascar |
|---|---|
| Niveau 1 : SitAn, Planification stratégique et programmation | <p>Le processus de planification, qui inclut la réalisation du SitAn, a permis au programme pays de cibler les principaux goulots d'étranglement entravant la réalisation des droits des enfants les plus vulnérables en :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Travaillant à créer un environnement favorable par le biais de lois, politiques et stratégies sensibles à la protection et promotion des droits de l'enfant ; • Appuyant le renforcement des capacités nationales institutionnelles à offrir des services sociaux visant les régions les plus vulnérables ; • Promouvant la demande de services sociaux ; • Offrant une assistance technique permettant d'améliorer la qualité des services offerts à la population. |
| Niveau 2 : Suivi de la mise en œuvre | <p>Le contrôle au niveau de l'UNICEF et des partenaires pour assurer l'utilisation des ressources financières, humaines et matérielles pour les activités prévues en réponse aux goulots d'étranglement a été renforcé tout au long du programme pays par des procédures tels : l'alignement systématique des plans de travail sur les indicateurs du cadre logique du programme (vers 2017/2018) ; le suivi des dépenses par résultats par le biais du RAM; l'exécution du système HACT (<i>Harmonized Approach to Cash Transfers</i>) de suivi et audit des contrôles internes des partenaires à haut risque ; l'analyse des goulots d'étranglement EAH ; deux revues du financement basées sur les performances des AC Santé; audits des audits des PhaGDIS et PhaGeCom (Programme d'Appui aux Services Sociaux de Base : PASSOBA-Santé 2016-2017); Inspection de sites de Stockage Décentralisés (2019), etc.</p> |

¹⁰⁵ UNICEF (2013). *Briefing Note: Enhanced Programming and Results through Monitoring Results for Equity Systems (MoRES)*.

| Niveaux d'action selon le MoRES ¹⁰⁵ | Conformité du Programme Pays de l'UNICEF à Madagascar |
|---|--|
| Niveau 3 : Suivi décentralisé des goulots d'étranglement | Quant au suivi décentralisé des réalisations du programme et des goulots y afférents, le bureau pays a appuyé des systèmes nationaux décentralisés à cet effet telle que la planification ascendante dans le secteur santé, et a mis en place un système de gestion axée sur les résultats pour l'UNICEF Madagascar, renforcé à partir de 2017. Cependant, il y a lieu d'améliorer ce système et le partage des connaissances découlant des activités évaluatives (voir aussi Annexe 15 sur la GAR). |
| Niveau 4 : Suivi final des effets et impacts | Enfin, la réalisation du ENSOMD 2012, le MICS 2018 et le Recensement Général de la Population 2018 permettront à l'UNICEF d'analyser dans quelle mesure ses interventions ont contribué, ou non, à réduire les goulots d'étranglement entravant la réalisation des droits des enfants les plus vulnérables. |

La question de l'équité a également été posée lors de l'évaluation de la pertinence des zones d'intervention. D'une part, plusieurs partenaires gouvernementaux ont fait valoir qu'au regard de la pauvreté généralisée qui existe dans le pays, l'UNICEF aurait dû intervenir équitablement dans toutes les régions sans prioriser certaines régions. Du point de vue de l'UNICEF, il est tout aussi juste de vouloir circonscrire son champ d'action (autour par exemple de projets, d'institutions ou de communautés pilotes) afin d'être certain de mettre en œuvre des interventions ciblées mais de haute qualité, ne créant pas d'attentes irréalistes, et ayant un fort potentiel d'impact et de répliquabilité.

D'autres questionnements similaires ont également émergé quant à la pertinence et à l'efficacité potentielles de maintenir ou de renforcer les interventions de l'UNICEF dans des zones reculées et donc plus difficiles d'accès mais où les coûts d'opérations sont forcément plus élevés et la capacité d'absorption pour la durabilité plus faible. Néanmoins, au sein de l'UNICEF, certains ont considéré, justement, que l'équité s'opérationnalisait par les efforts déployés pour ne laisser personne pour compte, même si le coût unitaire (par personne) s'avère plus élevé que si l'intervention se déroulait, par exemple, dans une agglomération plus dense.

PERTINENCE ET ALIGNEMENT SUR LES PRIORITÉS NATIONALES ET DE L'UNICEF

Constat 3: Le programme pays est généralement aligné sur la majorité des priorités régionales et globales de l'UNICEF et de l'UNDAF ainsi que sur les politiques et stratégies du gouvernement malgache.

Alignement sur les priorités de l'UNICEF

Le programme pays vise à atteindre cinq résultats liés aux sept résultats énoncés du plan stratégique de l'UNICEF 2014-2017 et du plan stratégique 2018-2021. Le programme pays est également aligné sur quatre des cinq priorités régionales (voir le graphique 4.2).

Graphique 4.2 Alignement du programme pays avec les priorités globales et régionales

| Plan Stratégique 2014-17 | Plan Stratégique 2018-21 | Priorités régionales |
|--|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Résultat 3 : EAH • Résultat 4 : Nutrition • Résultat 5 : Éducation • Résultat 6 : Protection de l'enfance • Résultat 7 : Inclusion sociale | <ul style="list-style-type: none"> • Chaque enfant survit et s'épanouit • Chaque enfant apprend • Chaque enfant est protégé contre la violence et l'exploitation • Chaque enfant vit dans un environnement sûr et propre • Chaque enfant a les mêmes chances de réussir dans la vie | <ul style="list-style-type: none"> • Survie et prospérité • Réduire le retard de croissance • Éducation et apprentissage de qualité • Protection sociale |

Toutefois, alors que le Plan Stratégique global 2014-17 met l'emphase sur le DPE dans les secteurs de la nutrition et de l'éducation, ce volet est absent du CPD et du cadre logique, notamment sous l'angle de la stimulation précoce durant les 1 000 premiers jours de la vie d'un enfant. Il en va de même pour une programmation axée sur les adolescents, également absente du CPD et ce, malgré le fait que

l'Examen à mi-parcours du plan stratégique insiste à nouveau sur l'importance d'aborder de front les questions de DPE et des adolescents¹⁰⁶.

Alignement avec l'UNDAF

Les interventions de l'UNICEF sont alignées sur trois résultats attendus de l'UNDAF 2015-2019¹⁰⁷, soit :

- **Effet 1** : Les populations vulnérables, dans les zones d'intervention, accèdent aux opportunités de revenus et d'emplois, améliorent leurs capacités de résilience et contribuent à une croissance inclusive et équitable pour un développement durable ;
- **Effet 2** : Les institutions publiques, la société civile et les médias au niveau central et décentralisé exercent efficacement leurs rôles et sont redevables pour une gouvernance apaisée, protectrice des droits humains ;
- **Effet 3** : Les populations des zones d'intervention, particulièrement les groupes vulnérables, accèdent et utilisent des services sociaux de base pérennes et de qualité.

L'évaluation finale de l'UNDAF 2015-2019 confirme d'ailleurs la pertinence de ces trois effets tout comme leur alignement sur les principales politiques et programmes gouvernementaux. Elle confirme également la pertinence d'intervenir dans le Grand Sud ainsi qu'à travailler au renforcement des structures décentralisées et déconcentrées tout en constatant une tendance à l'éparpillement géographique des interventions du SNU.¹⁰⁸

Alors que le SNU a mis en œuvre pas moins de 11 programmes conjoints (dont cinq dans le cadre du Fonds de Consolidation de la Paix) durant la période de mise en œuvre de l'UNDAF, l'UNICEF a pris part à cinq d'entre eux.¹⁰⁹ En termes financiers, les ressources cumulées de ces 11 programmes conjoints ont atteint une valeur de 69,7 millions USD alors que l'UNICEF a participé à des programmes conjoints totalisant 30,08 millions USD. Cela signifie que l'UNICEF était impliqué dans plus de 50 % des programmes conjoints si on aborde ces derniers en termes financiers.

Alignement sur les priorités nationales

La conception du programme pays était alignée sur six des objectifs du millénaire pour le développement (OMD) auxquels l'État malgache a adhéré. Le programme pays en lui-même concorde avec six des objectifs de développement durable (ODD)¹¹⁰. Ceci confirme l'alignement du programme pays et du CPD avec les priorités nationales.

Qui plus est, lors de sa conception, le programme pays a suivi les objectifs définis dans le Plan National de Développement (PND) 2015-2019 ainsi qu'un certain nombre de plans sectoriels, tel que présenté dans le tableau 4.2 ci-dessous. On constate par contre que le PND, qui a expiré en juin 2019, tarde à être remplacé et mis à jour, ce qui accroît l'incertitude sur les orientations que l'UNICEF devrait prendre pour demeurer aligner aux priorités émergentes du gouvernement.

Tableau 4.2 Alignement du programme pays sur les priorités nationales

| Secteur | Plans et politiques sectoriels |
|--------------|--|
| Santé | Axe 4.2 « Santé aux normes de qualité et accessible à tous » du PND Plan de développement du secteur santé (PDSS) 2015-2019 |

¹⁰⁶ UNICEF (2017). Examen à mi-parcours du plan stratégique 2014-2017 : Enseignements tirés.

¹⁰⁷ SNU et République de Madagascar (2015). *Plan-cadre des Nations Unies pour l'aide au développement - UNDAF 2015-2019 – Madagascar*.

¹⁰⁸ Raholison, V. Ramanarivo-Raharisoa. L & Naumann, C. (2019). *Évaluation Finale UNDAF 2015-2019 Madagascar*, pg. 22.

¹⁰⁹ *Education for All in Madagascar* (2015-2018). Programme d'appui conjoint du SNU à la réponse nationale au sida (2015-2019); Projet d'appui à la réponse humanitaire et en relèvement précoce à la sécheresse dans le Grand Sud (Mars 2017-Mars 2018); Appui à la RSS à Madagascar (ARSSAM) (2016-2018); Radio SIFAKA - Tracer la voie de la Paix à travers la voix des Jeunes (Janv 2018-Juin 2019).

¹¹⁰ 2 : lutte contre la faim; 3 : accès à la santé; 4 : accès à une éducation de qualité; 6 : accès à l'eau salubre et assainissement; 10 : réduire les inégalités ; 15 : paix, justice et institutions efficaces.

| | |
|--|--|
| EAH | Axe 4.5 « Eau, hygiène et assainissement garants de la santé publique » du PND Stratégie nationale EAH (et au document de planification EAH) |
| Nutrition | Axe 4.1.3 « Lutter contre la malnutrition » du PND Axe 4.8.1 « renforcement de la protection sociale » dans son volet « Améliorer la sécurité alimentaire et la nutrition » du PND Plan national d'action pour nutrition II 2012-2015 ¹¹¹ |
| Éducation | Axe 4.2 « Éducation universelle et aux normes de l'excellence » du PND Objectifs du Programme Éducation pour tous (EPT), Plan Intérimaire de l'Éducation (PIE) 2013-2015 Plan Sectoriel d'Éducation (PSE) 2018-2022 |
| Protection de l'enfance | Axe 1 du PND « Gouvernance, État de droit, Sécurité, Décentralisation, Démocratie, Solidarité nationale » |
| Politique et protection sociale | Axe 3.4.1 « développer le secteur privé et les secteurs relais » du PND Axe 4.8 « Protection sociale, Expression des droits humains et de l'Équité sociale » du PND |

Par ailleurs, les consultations avec les équipes sectorielles ont confirmé que le programme pays a été structuré de façon à ce que chaque secteur ait au moins un partenaire ou interlocuteur gouvernemental privilégié, afin de garantir l'alignement des interventions de l'UNICEF avec les priorités gouvernementales. Cet alignement sectoriel a permis à l'UNICEF de maintenir le dialogue avec les ministres en place et de s'adapter, dans la mesure du possible, aux priorités émergentes.

PERTINENCE DU POSITIONNEMENT STRATÉGIQUE

Constat 4: Grâce à sa présence multisectorielle au niveau des régions, l'UNICEF bénéficie d'un positionnement stratégique favorable par rapport aux autres PTF dans le pays, notamment dans les secteurs de l'éducation, de la protection de l'enfance et de l'EAH.

Plus de 80 % du personnel sondé considère que l'UNICEF dispose d'un avantage comparatif dans tous les secteurs d'intervention mais surtout dans les secteurs de l'éducation, de la protection de l'enfance et de l'EAH. Par ailleurs, ce sont dans les secteurs de la politique/protection sociale, de la santé et la nutrition que l'UNICEF est perçu comme étant le moins bien positionné.

Tableau 4.3 Avantage comparatif de l'UNICEF au niveau sectoriel

| | Fortement en désaccord | En désaccord | En accord | Fortement en accord |
|------------------------------|------------------------|--------------|-----------|---------------------|
| EAH | 0.00% | 3.05% | 39.69% | 46.56% |
| Éducation | 0.00% | 0.76% | 38.17% | 56.49% |
| Nutrition | 0.76% | 4.58% | 46.56% | 39.69% |
| Politique/protection sociale | 0.00% | 9.16% | 54.96% | 24.43% |
| Protection de l'enfance | 0.00% | 3.82% | 36.64% | 52.67% |
| Santé | 0.00% | 7.63% | 43.51% | 41.22% |

C'est au niveau des régions que l'UNICEF est le plus avantagé et ce, indépendamment de ses secteurs d'intervention. Cela signifie que c'est la présence de l'UNICEF dans les régions à travers ses ATR qui est considérée par la plupart du personnel comme étant la clé de l'avantage comparatif de l'UNICEF dans le pays. La principale exception est dans le secteur de la politique/protection sociale où l'UNICEF apparaît comme étant le moins bien positionné aux niveaux régional et sous-régional.

Toujours de l'avis du personnel sondé, les secteurs où l'UNICEF se démarque le plus favorablement en ce qui concerne sa présence sous-régionale sont ceux de la santé et de l'éducation. La santé obtient un score assez favorable (au-dessus de 60 %) au plan national et des districts et relativement favorable aux niveaux des communes et des familles. L'éducation obtient pour sa part un score assez favorable

¹¹¹ Plan National d'action pour la nutrition-III 2017-2021 a été utilisé pour la revue mi-parcours

aux niveaux central et régional des districts et un score relativement favorable au niveau des communes. En particulier, le personnel de niveau P et NO perçoit très favorablement l'éducation et la protection de l'enfant.

Tableau 4.4 Avantage comparatif de l'UNICEF au niveau géographique

| | Central | Régions | Districts | Communes | Familles |
|------------------------------|---------|---------|-----------|----------|----------|
| EAH | 50.41% | 66.67% | 47.15% | 47.15% | 43.09% |
| Éducation | 67.21% | 72.13% | 67.21% | 50.00% | 29.51% |
| Nutrition | 48.78% | 62.60% | 53.66% | 43.90% | 43.90% |
| Politique/protection sociale | 53.39% | 43.22% | 29.66% | 18.64% | 22.03% |
| Protection de l'enfant | 53.23% | 66.94% | 50.00% | 35.48% | 31.45% |
| Santé | 62.60% | 73.98% | 67.48% | 53.66% | 52.85% |

Les entretiens avec les informateurs clés corroborent les avis du personnel sondé quant à l'avantage comparatif significatif de l'UNICEF dans le secteur de l'éducation pour plusieurs raisons. D'une part, les ressources humaines et financières déployées par l'UNICEF sont adéquates et de qualité. De plus, le fait que le travail de ce secteur s'étende au niveau de régions entières (plutôt que seulement dans des districts ou communes spécifiques) à travers ses ATR lui confère un avantage comparatif clair. Malgré les limites certaines de ce système, il est apparent que les ATR apportent à l'UNICEF une connaissance privilégiée du terrain et permettent d'établir une relation de confiance privilégiée avec les Directions Régionales. En effet, cette présence régionale combinée au fait que l'UNICEF est *lead* du *cluster* de l'éducation, que c'est un partenaire clé dans le cadre du programme conjoint Éducation pour Tous, et que c'est l'agence de coordination du groupe local des partenaires de l'éducation dans le cadre du Partenariat Mondial pour l'Éducation, le positionne avantageusement parmi les PTF. On note néanmoins quelques faiblesses stratégiques de l'UNICEF dans ce secteur aux dires du personnel, notamment le fait que ses actions aient été quelque peu « éparpillées » et le fait que peu de place ait été donnée à la créativité et à l'innovation ainsi que l'insuffisance du travail de plaidoyer et de lobbying.

En ce qui concerne le secteur de la santé, l'une de ses forces apparentes (voir tableau 4.4) est le fait qu'il a eu une forte capacité opérationnelle aux niveaux des districts, des communes et des familles à travers ses ATR mais aussi ses 220 Assistants Techniques du District (ATD).¹¹² Le secteur a également démontré une bonne capacité de mobilisation des ressources. Le sondage et les entretiens laissent toutefois transparaître une crainte que d'autres PTF, tels que l'OMS (politiques sanitaires) et USAID, soient présentement mieux positionnés que l'UNICEF dans le secteur de la santé. Ce sentiment s'explique notamment par le fait que la programmation actuelle manque de clarté (fin du PASSOBA), que le secteur se focalise sur des actions trop ponctuelles et pas assez structurelles et se manifeste aussi par le fait que l'UNICEF n'est pas le *lead* du *cluster* santé.

Le positionnement de l'UNICEF demeure plus faible dans le secteur de la politique et de la protection sociale. Alors que le plaidoyer, le dialogue politique ainsi que l'appui au développement de politiques sectorielles devraient faire partie intégrante des interventions de chaque secteur, le travail à ce niveau semble être fait par chaque secteur sans trop de coordination.

PERTINENCE ET ADAPTATION AUX CHANGEMENTS CONTEXTUELS

Constat 5: Globalement, l'UNICEF a su adapter adéquatement sa programmation à l'évolution du contexte, y compris aux urgences qui sont survenues durant le cycle du programme pays.

35 % des fonds programmatiques dépensés jusqu'en juillet 2019 avaient une visée humanitaire (30 % des dépenses dans le secteur EAH; 47 % des dépenses du secteur santé et 43 % des dépenses du secteur nutrition surtout visant à prendre en charge les enfants frappés par la malnutrition aiguë sévère).¹¹³ De plus, l'UNICEF est parvenu à mobiliser rapidement une quantité importante de ressources financières pour répondre aux urgences. Ceci confirme que l'UNICEF a su mobiliser une

¹¹² Les ATD ont existé dans le cadre de la mise en œuvre du programme PASSOBA-Santé qui a pris fin en 2018.

¹¹³ UNICEF Madagascar (2019). *Funds Utilisation - Programme Structure (juillet 2019)*.

quantité significative de ressources financières additionnelles (« autres ressources ») afin de faire face aux urgences qui ont affecté la mise en œuvre du programme pays.

Les entrevues auprès des informateurs clés confirment de plus que cet appui a été très pertinent. Ceci est d'ailleurs corroboré par une forte majorité du personnel de l'UNICEF sondé puisqu'ils sont près de 86 % à croire que les interventions d'urgence ont permis aux populations affectées de se relever rapidement d'un choc ou d'une catastrophe.

En dépit de la capacité démontrée du bureau pays à mobiliser des ressources pour les interventions d'urgence, les témoignages internes de l'UNICEF indiquent que les ressources financières régulières mais également humaines (normalement dédiées à la mise en œuvre de la programmation régulière) ont dû être mobilisées pour mettre en œuvre ces interventions, affectant par le fait même la mise en œuvre de la programmation régulière.

Une analyse de la façon dont le bureau a géré les risques est présentée à l'Annexe 11. Celle-ci démontre que tous les risques anticipés se sont matérialisés, démontrant ainsi que Madagascar demeure un pays fragile où le contexte a sérieusement mis à mal la mise en œuvre du programme pays.

PERTINENCE ET PROMOTION DE L'ÉGALITÉ DES SEXES

Constat 6: Bien que l'égalité des sexes et le genre soient au cœur des préoccupations de l'UNICEF à Madagascar, ces considérations n'ont pas été suffisamment mises en valeur dans le document de programme pays et dans les stratégies sectorielles.

Le document d'analyse de situation aborde de façon adéquate plusieurs dimensions relatives au genre et aux droits fondamentaux des femmes et des filles, notamment en matière de santé et de protection contre les abus. Le rapport identifie par exemple le fait que l'inégalité des sexes constitue, dans tous les secteurs, une des principales causes sous-jacentes entravant la pleine réalisation des droits des enfants. On note néanmoins que l'analyse des rôles des acteurs aux niveaux communautaire et familial qui y est présentée, ne distingue pas les rôles propres aux hommes et aux femmes et n'aborde pas les dynamiques hommes-femmes, identifiant les parents comme la principale unité d'analyse. Une analyse plus nuancée des rôles différenciés au sein de la famille aurait permis de proposer des interventions mieux adaptées aux réalités spécifiques des femmes et des hommes, des filles et des garçons dans les régions cibles.¹¹⁴

En ce qui concerne le programme pays, on constate que les questions de genre n'ont pas été suffisamment intégrées dans son cadre de résultats. En effet, même si le résultat 7 énonce l'importance d'intégrer les droits des enfants et des femmes dans la programmation sectorielle, d'urgence et de la communication, on retrouve très peu d'indicateurs à cet effet dans le cadre logique. On ne retrouve par exemple aucune référence au genre, aux mères ou aux femmes dans les produits et indicateurs relatifs à l'EAH et à l'éducation voire pour le résultat 7 qui aborde spécifiquement la question du genre. En ce qui concerne les autres secteurs, on ne retrouve pas systématiquement de produits et d'indicateurs relatifs au genre. Néanmoins, en comparant le cadre de résultats au plan d'action relatif au genre 2018-2021 de l'UNICEF,¹¹⁵ on constate qu'un certain nombre d'indicateurs de résultats s'alignent effectivement sur les indicateurs globaux.

Un certain nombre de critères pour l'analyse du genre ont été élaborés par le bureau pays en 2018 et sont présentés dans un document intitulé *Guide Pratique sur l'approche Genre et Équité dans les programmes de l'UNICEF à Madagascar*.¹¹⁶ L'analyse du document de programme pays et des stratégies des secteurs santé, EAH et nutrition, ne permet pas de conclure que ces critères aient été pris en compte pour intégrer de façon transversale les questions de genre au moment de la conception des programmes.

¹¹⁴ Par exemple, l'homme prend les décisions au sein du ménage et gère le budget familial, limitant ainsi l'autonomie financière et les prises de décision de la femme en ce qui lui concerne ainsi que ses enfants dont elle a la responsabilité première ; l'existence de mariages précoces/forcés, des violences et exploitations sexuelles à l'égard des jeunes filles, dans le secteur touristique notamment.

¹¹⁵ UNICEF (2017). *UNICEF Gender Action Plan 2018-2021*. Indicator Matrix.

¹¹⁶ Eva Dalak (2018). *Guide Pratique sur l'approche Genre et Équité dans les programmes de l'UNICEF à Madagascar*.

Le document du programme pays et des stratégies sectorielles ne présentent pas une analyse des questions de genre, ni une explication pertinente de la manière dont les différents secteurs d'intervention (santé, nutrition, EAH, éducation et protection de l'enfant) vont aborder les questions de genre.

Par ailleurs, un rapport produit par le bureau pays en 2018 et analysant l'intégration de la perspective genre dans les programmes de l'UNICEF à Madagascar conclut que « les causes profondes des inégalités de genre ne sont pas assez articulées ni dans les plans de travail, ni dans les programmes d'actions ».¹¹⁷

Le document note que certaines interventions ciblent spécifiquement les filles et les femmes alors que d'autres désagrègent les données par sexe bien que cela reste très insuffisant pour assurer une pleine intégration du genre. Par exemple, le ciblage des filles et des femmes ne permet pas de travailler la dynamique garçon/homme-fille/femme ni la contribution des garçons/hommes à l'atteinte d'un objectif d'équité, d'égalité et d'autonomisation des filles et des femmes.

On note cependant que le bureau pays a déjà pris des mesures importantes afin de pallier les faiblesses en matière de genre, notamment en intégrant à son équipe une spécialiste en genre (P4) en 2019 et en réalisant des études et des formations liées aux questions de genre.

4.2 Efficacité

L'évaluation a examiné dans quelle mesure : 1) les résultats escomptés du programme pays ont été atteints ; 2) les facteurs externes à l'UNICEF ont affecté l'atteinte des résultats du programme, de manière positive ou négative ; 3) l'UNICEF a su répondre rapidement et efficacement aux situations d'urgence; 4) l'UNICEF est parvenu à intégrer efficacement les approches transversales qu'elle promeut dans le cadre de ses interventions d'urgence et de développement¹¹⁸. Les constats sur l'efficacité du programme pays portent également sur les stratégies clés utilisées, les goulots d'étranglement externes et les réponses de l'UNICEF à ceux-ci, ainsi que sur les facteurs facilitant ou entravant l'atteinte des résultats. L'Annexe 12 (Matrices de Performance pour tous les secteurs d'intervention) présente un résumé du degré d'atteinte des cibles établies annuellement en lien avec les indicateurs de résultats et de produits, tel que rapporté par UNICEF Madagascar. Les secteurs santé et EAH ont fait l'objet d'analyses plus détaillées afin d'illustrer les dynamiques qui ont façonné la mise en œuvre et les résultats du programme conformément à la portée de l'évaluation. Des encadrés résumant le degré d'atteinte des cibles liées aux indicateurs de produits sont également présentés pour ces deux secteurs.

4.2.1 Degré d'atteinte des résultats escomptés

Les constats en lien avec le degré d'atteinte des résultats attendus et de leurs produits, suivent le cadre des ressources et résultats du CPD modifié après la revue à mi-parcours (voir Annexe 2), ainsi que le cadre conceptuel de la présente évaluation. Cependant, les produits relatifs aux urgences des secteurs santé et EAH, ont été traités séparément.

RÉSULTAT 1: SANTÉ

Tableau 4.5 Santé : Résultat et produits attendus

Résultat escompté : En 2019, les femmes en âge de procréer et les enfants de moins de 5 ans, en particulier les nouveau-nés, utilisent des services de santé intégrés de qualité dans les établissements de santé et au niveau communautaire dans les régions ciblées afin d'accélérer la réduction de la mortalité infantile et maternelle.

¹¹⁷ Dalak, E. (2018). *Stratégie Genre Bureau UNICEF Madagascar*.

¹¹⁸ À noter que les questions 3, 6 et 7 identifiées en lien avec le critère d'efficacité dans la matrice d'évaluation sont examinées sous l'angle de l'efficacité dans le présent rapport. Ces questions sont respectivement « les stratégies mises en œuvre par UNICEF, tels que le plaidoyer, le renforcement des capacités des détenteurs d'obligations, la collaboration intersectorielle à l'intérieur de l'UNICEF et son approche partenariale, étaient adéquates pour l'atteinte des résultats escomptés », « l'application des théories du changement claires et pertinentes ont guidé la mise en œuvre du programme (global et ses composantes) » et « Dans quelle mesure le système de suivi fournit-il des informations en temps opportun, crédible et utile à la prise de décision par rapport aux objectifs du programme pays? ».

| | |
|------------------|--|
| Produit 1 | Politique et système de santé. La capacité du gouvernement à élaborer/mettre à jour/ réviser les politiques, stratégies et protocoles pour la programmation en santé améliorée et le système de santé renforcé. |
| Produit 2 | Santé maternelle, néonatale et infantile. Les mères et les nouveau-nés dans les régions ciblées bénéficient d'interventions clés au cours des heures et des jours où le risque est le plus élevé. Les enfants de moins de cinq ans sont desservis dans les établissements de santé et les communautés par des interventions de qualité en matière de prévention, de diagnostic et de traitement des trois principales causes de mortalité (paludisme, pneumonie et diarrhée). |
| Produit 3 | Vaccination. Au moins 80 % des enfants dans tous les districts des 6 régions ciblées sont couvertes avec le DTC3 et une couverture nationale de 90 % avec un accent sur les zones les plus difficiles à atteindre et les communautés marginalisées. |

Constat 7: L'appui de l'UNICEF à l'élaboration des politiques et au renforcement du système de santé, ainsi qu'au programme élargi de vaccination (PEV), a permis au gouvernement de Madagascar d'établir le cadre institutionnel nécessaire pour prévenir l'effondrement des services de santé, alors en crise, et de maintenir une bonne couverture vaccinale du DTP (diphtérie - tétanos – coqueluche).

Politiques et système de santé

Suite à la crise socio-politique de 2009 et la suspension de l'aide extérieure, et en réponse à l'importante réduction par le gouvernement malgache du budget dédié au système de santé publique entre 2011 et 2012, l'Union Européenne, appuyée par différents partenaires, a mis en œuvre le Programme d'Appui aux Services Sociaux de Base (PASSOBA) - Santé¹¹⁹. Ce programme avait pour objectif de freiner la dégradation du système de santé malgache, d'assurer une meilleure qualité et d'améliorer l'accessibilité géographique et financière des services de santé de base, particulièrement auprès des populations vulnérables.¹²⁰

Fort des réussites du PASSOBA-Santé, de son expertise technique et de sa position de *co-leadership* des PTF avec l'OMS, l'UNICEF a été ces dernières années un partenaire privilégié du Ministère de la Santé Publique (MINSAP),¹²¹ permettant à celui-ci de:

¹¹⁹ Avec un montant global de 32 millions d'Euros dont 27,1 millions d'Euros alloués à l'UNICEF et sur fonds propres de l'UNICEF, ce programme fût mis en œuvre de 2012 à décembre 2017. [Lien vidéo « PASSOBA-Santé a atteint des millions de bénéficiaires »](#).

¹²⁰ Union Européenne, UNICEF (2018). Rapport final du Programme d'Appui aux Secteurs Sociaux de Base dans le secteur santé – PASSOBA-SANTÉ.

¹²¹ Par exemple, UNICEF assurait le secrétariat du Comité de Pilotage du programme PASSOBA-Santé. Présidé par le Ministère de la Santé, le comité de pilotage était composé des membres suivants : a) le Ministère de la Santé, représenté par ses agents et par les neuf directions régionales couvertes par le programme ; b) la Commission santé de l'Assemblée nationale, représentée par son président ou un de ses membres ; c) la Délégation de l'Union Européenne, représentée par la section opérationnelle No 1 ; d) les principaux bailleurs intervenant dans au moins 3 des 9 régions couvertes par le PASSOBA.

- Développer et mettre à jour des politiques, plans, normes, standards et outils¹²² qui constituaient le cadre de référence pour une bonne gestion des services de santé, en particulier ciblant les mères, les nouveau-nés, les enfants et les adolescents, et qui facilitaient la mobilisation de ressources financières;
- Coordonner les programmes verticaux du secteur santé par la création du comité national de renforcement du système de santé (RSS)¹²³;
- Améliorer l'accès aux soins de santé en permettant l'ouverture de la totalité des 73 centres de santé de base (CSB) préalablement fermés par manque de personnel dans les neuf régions d'intervention¹²⁴ du Programme PASSOBA-Santé et, à la fin du programme, d'intégrer presque la totalité de ce personnel (537) dans la Fonction Publique, dont 70 % de femmes agents de santé¹²⁵;
- Jeter les bases pour l'amélioration de la qualité des services santé par la formation du personnel de santé dans l'utilisation des documents de référence pour la planification et la gestion des services au niveau des régions et districts; le renforcement du plateau technique des CSB ; l'amélioration du cadre de prestation des services¹²⁶, l'octroi de matériel informatique et de bureau, et l'octroi de matériel roulant pour le suivi des activités;
- Améliorer l'accès aux médicaments en renforçant la gestion des intrants en recapitalisant la centrale d'achat des médicaments SALAMA (renforcement de son fonds de roulement, stockage en médicaments des CSB, construction de son nouveau siège). L'appui au système de financement pour l'approvisionnement non-stop en médicaments (FANOME) a également permis de réapprovisionner les coûts opérationnels de 657 PhaGeCom (pharmacies de gros gérées au niveau des districts) et de 50 PhaGeDis (pharmacies à gestion communautaire)¹²⁷;
- Faire coïncider, pour la première fois à partir de 2016, son processus de planification avec le cycle de programmation budgétaire du Ministère des Finances et du Budget (MFB), ce qui a permis au MSANP de faire du plaidoyer auprès du MFB lors des conférences budgétaires annuelles.

L'approche de gestion axée sur les résultats qui a été pilotée dans deux districts sanitaires d'Anosy dans le contexte de ces interventions a fortement augmenté la motivation des Agents de Santé Communautaire (ASC) d'encourager les femmes à accoucher au CSB et de faire des visites de soins

¹²² Notamment, mise à jour de la Politique nationale de santé pour l'aligner sur les ODD, le Plan de développement national et en cohérence avec le Plan National de Développement Sanitaire (PDSS) (2016); la Politique nationale pharmaceutique (2016) et la révision du plan national de gestion des produits pharmaceutiques; le Plan National de Développement des Ressources Humaines (2016) ; la mise à jour de la Politique nationale de Santé Communautaire datant de 2009 (2017) et les guides pour sa mise en œuvre visant l'harmonisation et intégration de la mise en œuvre des programmes de santé, de nutrition, d'hygiène et d'assainissement; le Plan pour accélérer la réduction de la morbidité maternelle et néo-natale; la révision du plan d'élimination de la transmission mère-enfant du VIH / syphilis / hépatite B; Contribution au Programme National de Malaria [assistance technique pour la soumission du ministère de la Santé au Fonds mondial de lutte contre le paludisme, qui a été approuvée par le Conseil pour 80 millions de dollars]; Le plan stratégique national de santé des adolescents et des jeunes (2018); la Politique Nationale de Santé de l'Enfant (2019); préparation du PDSS 2020- 2024 et une nouvelle feuille de route pour la santé maternelle et néonatale (2019).

Le Manuel de planification ascendante et intégrée et de programmation budgétaire mis en place depuis 2015, mis à jour annuellement et utilisé à tous les niveaux du système de santé ; le manuel des indicateurs du secteur santé; les manuels de gestion des équipes de management de la région (EMAR) et du district (EMAD); le manuel de gestion et cahier de charges du Centre de Santé de Base (CSB) et; le guide de la supervision intégrée et des audits de PhaGDis & PhaGeCom; le guide pour le Financement pour l'Approvisionnement Non-Stop en Médicaments (FANOME). Un protocole national de traitement à base communautaire de la pneumonie révisée

¹²³ Membres: (GAVI pour la vaccination; le Fonds mondial contre le paludisme, la tuberculose et le VIH / sida; et PARN pour la santé et la nutrition maternelles et infantiles.) UNICEF (2018). COAR 2017, et UNICEF (2019). COAR 2018.

¹²⁴ Anosy, Atsinanana, Analanjirifo, Menabe, Atsimo Andrefana, Boeny, Sava et Vakinankaratra.

¹²⁵ Union Européenne, UNICEF (2018). Rapport final du Programme d'Appui aux Secteurs Sociaux de Base dans le secteur santé – PASSOBA-SANTÉ.

¹²⁶ Réhabilitation des structures de santé qui comprenait la réhabilitation du bâtiment, le réhabilitation ou construction des toilettes et des douches et la mise en place d'un dispositif d'approvisionnement en eau.

¹²⁷ UNICEF (2018). *Strengthening Health Systems in Madagascar UNICEF's contributions from 2013 to 2017: Lessons learned and best practices.*

au bébé après l'accouchement¹²⁸. L'approche a aussi confirmé le rôle indispensable qu'ont joué les ASC dans le renforcement des capacités des CSB et dans l'augmentation de la couverture des services¹²⁹.

Pour faciliter le travail de plaidoyer et la mobilisation de ressources pour la mise en œuvre de la nouvelle politique de santé communautaire approuvée par le gouvernement en 2017, l'UNICEF a financé une étude cherchant à évaluer l'impact sur les indicateurs de santé des enfants de moins de 5 ans et le rapport coût-efficacité de l'intégration du diagnostic et du traitement de la pneumonie dans la prise en charge du paludisme au niveau communautaire¹³⁰. Cette étude a prouvé que la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant au niveau communautaire (PCIME-C) du paludisme et de la pneumonie améliore les indicateurs de santé et l'utilisation des ressources financières. L'étude a aussi confirmé « qu'investir dans la formation, la disponibilité des outils, l'assistance technique et la supervision des ASC augmente non seulement le nombre d'enfants diagnostiqués et traités, mais est également plus rentable ». ¹³¹ Il existe en effet une synergie dans l'intégration de la prise en charge du paludisme et de la pneumonie, conduisant à une réduction de l'utilisation irrationnelle des antipaludéens et des antibiotiques contrairement à une approche verticale de prise en charge. L'étude démontre également que le renforcement du système de santé communautaire en garantissant la qualité des services et une surveillance étroite des ASC, est essentielle à la réussite durable des services de santé communautaire.

Niveau d'atteinte des cibles liées aux indicateurs de produits

Deux des quatre cibles pour ce produit, soit 50 % des cibles, ont été atteintes en date de juillet 2019. UNICEF a contribué à ce que le PDSS 2015-2019 soit finalisé, budgétisé et mis en œuvre dès 2015 et à ce que la plateforme RSS soit opérationnelle au niveau national depuis 2018. En contrepartie, seul un district a mis en œuvre des outils DRSS pour atteindre la couverture universelle sanitaire alors que la cible était de 12 districts. De même, neuf districts sur une cible de 18 rapportent des activités des ASC.

Vaccination

En ce qui concerne la vaccination des enfants, l'appui de l'UNICEF a permis aux districts d'éviter des ruptures de stock et a permis d'augmenter la proportion de vaccins payés avec les fonds du gouvernement (voir la performance sur les indicateurs en Annexe 12).

Les interventions principales de l'UNICEF ont été : appui technique et financier à l'acquisition et la gestion de la chaîne d'approvisionnement en vaccins (stockage adéquat¹³²; création de fonds de roulement au niveau des CSB et PhaGDis); appui à l'amélioration des conditions de stockage et de transport des intrants aux régions et districts ; acquisition, installation et entretien du matériel de la

¹²⁸ Dr. Monse Renom, Dr. Tiana Razafimanantsoa, Dr. Laurence Ahoua (2017). Projet ABR, Districts de Amboasary et Taolognarro, Région d'Anosy, 2013-2016.

¹²⁹ Une étude sur l'impact des incitatifs sur la performance des Agents de Santé Communautaire de quatre projets à Madagascar. (projets Mikolo et Mahefa de USAID; les interventions de santé maternelle et néonatale de l'UNICEF; et le projet Marie Stopes Madagascar) conclut que les incitatifs financiers et non-financiers (supervision formative individuelle/de groupe, reconnaissance de la communauté et du personnel programme, les ateliers qui améliorent les connaissances des ASC, les possibilités d'avancement professionnel, l'évaluation régulière des compétences et la fourniture de matériels et d'équipement) ont un impact certain sur la performance des ASC donc la disponibilité et la qualité des services au niveau des communautés, particulièrement celles difficiles à atteindre. Cependant, les incitatifs doivent être maintenus dans le long terme pour avoir un impact durable. USAID (2015). *Incitatifs Offerts aux Agents de Santé Communautaire à Madagascar : Enseignement Retenu*.

http://www.africanstrategies4health.org/uploads/1/3/5/3/13538666/chw_incentives_madagascar_brief_final.pdf

¹³⁰ Bill & Melinda Gates Foundation, UNICEF (2017). *Projet de démonstration sur l'intégration du traitement de la pneumonie dans la prise en charge communautaire du paludisme à Madagascar: évaluation économique des coûts et du coût-efficacité du projet*.

¹³¹ Ibid.

¹³² Par exemple, en 2018, UNICEF a acheté 50 % des vaccins traditionnels de routine utilisé à Madagascar et 8,2 millions de doses de vaccin antipoliomyélitique oral pour maintenir Madagascar exempt de poliomyélite. UNICEF (2018). COAR.

chaîne de froid¹³³. Ainsi les districts priorités ont reçu un total de 500 réfrigérateurs à panneaux solaires pour les CSB et 42 congélateurs pour les dépôts de districts¹³⁴.

En raison des faiblesses du système de santé et de l'accès aux services, et pour assurer le maintien de la couverture vaccinale, l'UNICEF a préconisé le renforcement des systèmes de vaccination de routine en appuyant l'organisation de campagnes de vaccination.

L'UNICEF a investi au moins 23 millions USD (45 % des fonds utilisés pour le programme santé) pour assurer l'interruption de la transmission et l'éradication permanente de la polio dans le pays. Cet effort a été couronné de succès en juin 2018 lorsque le Comité de Certification Polio Africain a déclaré Madagascar toujours « libre de polio ».

En ce qui a trait aux campagnes de vaccinations diphtérie-tétanos-coqueluche (DTC3), l'appui de l'UNICEF a permis le maintien d'une bonne couverture nationale (environ 90 %) durant toute la période du programme pays. La cible pour la couverture au niveau des districts d'intervention a presque été atteinte en 2018 et était en bonne voie d'être atteinte à la mi-année 2019.

On constate toutefois (tel que démontré à l'Annexe 16) une augmentation brute du taux de couverture vaccinale DTC3 des enfants de 0 à 11 mois de 7 % à l'échelle nationale entre 2012 et 2018. Dans ce cas-ci, on ne constate toutefois pas de différence dans la couverture vaccinale DTC3 entre les régions où l'UNICEF est intervenu et les autres régions non couvertes par l'UNICEF (mais où les campagnes nationales de vaccination ont été déployées).

Il importe de souligner que l'UNICEF a également atteint sa cible d'augmenter le nombre d'enfants vaccinés et traités contre la diarrhée et la pneumonie dans les régions cibles.

Niveau d'atteinte des cibles liées aux indicateurs de produits

Tel que présenté à l'Annexe 12, l'UNICEF a atteint ses cibles relatives aux produits liés à la vaccination soit zéro polio, d'augmenter la proportion de vaccins traditionnels (BCG, Rougeole et VAT et OPV) payés avec les ressources locales, et de s'assurer que les ruptures de stock ne dépassent pas un mois dans les régions cibles.

Constat 8: Les interventions du programme Santé de l'UNICEF ont permis un accroissement net du nombre de femmes enceintes qui ont bénéficié de soins de prévention de la mortalité et morbidité liés aux accouchements. Elles ont également contribué à un accroissement du nombre d'enfants ayant reçu le traitement aux SRO et au zinc.

Santé maternelle, néonatale et infantile¹³⁵

Dans le contexte du plan stratégique 2018-2021 global de l'UNICEF, la santé des adolescent(e)s et les approches intégrées de C4D, nutrition et EAH visant les 1 000 premiers jours de l'enfant deviennent des domaines d'intervention d'importance croissante. Ainsi, à partir de 2018, l'UNICEF Madagascar a financé de nouvelles interventions focalisant sur les soins obstétricaux d'urgence de base (SONU-B)¹³⁶, et sur la santé infantile (des moins de 5 ans) combinée aux soins de santé primaire de base et à l'approche communautaire.

En ce qui a trait aux interventions visant à réduire la mortalité et morbidité maternelle et des nouveau-nés, l'UNICEF a appuyé la disponibilité de services de consultation prénatale, d'accouchement au niveau des établissements de santé, de soins de la mère et de l'enfant post-accouchement dans un délai maximum de deux jours, et de prévention de la transmission VIH/SIDA de la mère à l'enfant dans 100 % des districts de six régions vulnérables couvertes par le PASSOBA-Santé,¹³⁷ en plus de la région d'Androy¹³⁸. Cette approche a permis de profiter des améliorations de gestion du système et des services de santé aux niveaux des districts et des régions.

¹³³ Ce dernier inclut, pour la période évaluée (2015-2019) 132 réfrigérateurs solaires (épargnant ainsi le coût du combustible), 500 réfrigérateurs supplémentaires et 42 congélateurs à installer en 2019. UNICEF (2018). COAR.

¹³⁴ UNICEF (2018). COAR.

¹³⁵ Il importe de noter qu'il n'existe aucun indicateur propre à ce produit relatif à la santé infantile.

¹³⁶ Analamanga, Menabe, Betsiboka.

¹³⁷ Analanjirofo, Anosy, Atsimo Andrefana, Atsinanana, Boeny, Sava.

¹³⁸ UNICEF (2018). COAR 2017, et Annexe 14, tableau sur la distribution régionale des interventions UNICEF et ATR.

La prise en charge intégrée des maladies de l'enfant au niveau communautaire (PCIME-C) est de plus en plus reconnue comme une stratégie clé pour offrir des soins aux enfants et pour réduire la mortalité infantile, surtout pour ceux ayant un accès géographique ou socio-économique limité aux CSB¹³⁹. Il y a cependant des obstacles importants à la mise en œuvre de qualité et à grande échelle de la PCIME-C. Les principaux défis, communs à la plupart des pays sont l'approvisionnement des commodités, l'utilisation communautaire des services, le financement durable et un suivi adéquat de la qualité des soins. C'était le cas aussi de Madagascar pendant la période du programme pays, où les fournitures pour le diagnostic et le traitement de la pneumonie et de la diarrhée n'étaient pas incluses dans les flux de financement et où les ASC ne font pas officiellement partie des ressources humaines de santé¹⁴⁰.

Cela dit, l'appui de l'UNICEF a jeté les bases pour l'amélioration de la couverture PCIME-C en formant les ASC des régions cibles¹⁴¹ et en assurant le suivi de leur distribution des intrants PCIME-C (à travers le SIS Communautaire). Les indicateurs ne permettent pas pour autant d'évaluer la qualité et le degré atteint des services fournis par les ASC suite à leur formation et à la réception des intrants.

En dépit de la forte croissance démographique (en 2018, la croissance de la population était estimée à 2,7%¹⁴²), toutes les interventions du programme PASSOBA-Santé et du programme pays de l'UNICEF en SMNI ont eu un effet positif sur l'accès aux services de santé de base et sur leur utilisation dans les régions d'intervention. Ces résultats sont d'autant plus positifs lorsqu'on les compare à la situation des régions qui n'ont pas bénéficié d'interventions de renforcement du système de santé, de son accessibilité, et de la qualité des services de référence.

Ces résultats ont été confirmés par l'évaluation finale de l'approche ATD¹⁴³, les rapports annuels de l'UNICEF, les entrevues avec les informateurs clés et par l'analyse de la performance des indicateurs de SMNI¹⁴⁴. Les données qui sous-tendent l'analyse se trouvent à l'Annexe 12.

On note cependant une contradiction entre la mesure des indicateurs sur les soins de la femme enceinte selon les données collectées aux six mois par le bureau pays utilisant comme source le système d'information sanitaire (SIS), et les ENSOMD et MICS. Les indicateurs du SIS indiquent une tendance négative, alors que les résultats comparant l'ENSOMD 2012-2013 et le MICS 2018 indiquant une augmentation en termes d'effectifs nets sur la base du RGHP 2018, sont positifs. Il y a donc lieu d'étudier de plus près la qualité des données SIS.

Quant à l'accouchement dans un établissement de santé, le tableau 4.6 montre que, de 2012 à 2018, sur le plan national, la proportion de femmes enceintes qui y accouchent a augmenté de 35 % à 39 %, représentant 119 040 femmes additionnelles en six ans.

¹³⁹ A Madagascar, 18 % de la mortalité chez les enfants de moins de cinq ans est attribuable à la pneumonie, ce qui en fait la principale cause de mortalité infantile, suivie par la diarrhée (10 %) et le paludisme (6 %). EDS (2008). *Enquête sur les OMD 2013 et de l'OMS / CHERG 2012*. La prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant au Niveau Communautaire (PCIMEC) pour le paludisme, la pneumonie et la diarrhée, a été introduite à Madagascar en 2006.

¹⁴⁰ Bill & Melinda Gates Foundation, UNICEF (2017). *Projet de démonstration sur l'intégration du traitement de la pneumonie dans la prise en charge communautaire du paludisme à Madagascar: évaluation économique des coûts et du coût-efficacité du projet*.

¹⁴¹ La source de l'indicateur 1 est "rapport d'activité" sans indiquer l'auteur et l'univers total de ASC à former n'est pas indiqué donc il n'est pas possible de juger si les chiffres rapportés sont fiables et si l'atteinte de la cible de l'indicateur est adéquate.

¹⁴² Banque mondiale (2020). *Croissance de la population (% annuel) - Madagascar*. Valeur la plus récente de 2018. Consulté le 26 janvier 2020.

<https://donnees.banquemondiale.org/indicateur/SP.POP.GROW?locations=MG>

¹⁴³ Dr Huguette Rabenitany, Dr. Lucie Ranaivoarisoa (2016). *Rapport de l'Évaluation Finale de l'Approche Assistant Technique des Districts Sanitaires du Projet PASSOBA*.

¹⁴⁴ Les sources des tableaux OOO, PPP, LLL sont: INSTAT-Nations Unies (2013). *Enquête Nationale sur le Suivi des Objectif du Millénaire pour le Développement de Madagascar* (ENSOMD) 2012-2013; INSTAT et UNICEF (2018). MICS; Résultats provisoires du troisième Recensement Général de la Population et de l'Habitation (RGPH-3).

Tableau 4.6 Pourcentage et effectifs de femmes enceintes qui accouchent dans une structure sanitaire, évolution entre 2012 et 2018. Régions appuyées et non appuyées par UNICEF

| Régions | 2012 | | 2018 | | 2012-2018 | |
|---|-------------|----------------|-------------|----------------|----------------|-------------------|
| | Moyenne (%) | Nombre (#) | Moyenne (%) | Nombre (#) | Variation (#) | Taux de variation |
| Régions UNICEF PASSOBA uniquement | 35 % | 43 047 | 37 % | 55 720 | 12 673 | 29 % |
| Régions UNICEF SMNI uniquement ¹⁴⁵ | 21 % | 6 816 | 26 % | 16 498 | 9 682 | 142 % |
| Régions UNICEF PASSOBA et SMNI | 26 % | 88 528 | 43 % | 136 601 | 48 073 | 54 % |
| TOTAL UNICEF (moyenne et somme) | 27 % | 138 391 | 35 % | 208 819 | 70 427 | 51 % |
| Régions sans UNICEF PASSOBA NI SMNI | 35 % | 198 589 | 36 % | 247 202 | 48 612 | 24 % |
| NATIONAL | 35 % | 336 981 | 39 % | 456 021 | 119 040 | 35 % |

Les interventions PASSOBA-Santé et en SMNI de l'UNICEF dans 10 des 22 régions de Madagascar ont fortement contribué à ce progrès dans un contexte où l'effectif de femmes enceintes dans le pays a connu un taux de croissance de 21 %, soit une croissance du nombre de femmes enceintes estimée de 956 853 en 2012 à 1 155 615 en 2018.

Dans les régions appuyées par les interventions de l'UNICEF (PASSOBA-Santé et SMNI) et où d'autres interventions similaires n'existaient pas, 70 427 femmes additionnelles ont accouché dans un établissement de santé, soit une augmentation de 51 % entre 2012 et 2018.

Androy et Anosy ont été les deux régions les plus performantes et Boeny, la région la moins performante (une augmentation de 396 femmes enceintes, soit 3 %).

À titre comparatif, dans les régions qui ont bénéficié du programme PASSOBA-Santé sans intervention en SMNI, 12 673 femmes enceintes additionnelles ont accouché dans un établissement de santé en 2018 comparé à 2012, soit une augmentation de 29 % seulement.

Dans les régions qui n'ont pas été appuyées par des interventions UNICEF ou similaires, l'augmentation a été de 24 % en moyenne y compris une diminution des effectifs de femmes enceintes accouchant dans un établissement de santé dans quatre régions (Alaotra Mangoro, Atsimo Atsinanana, Ihorombe et Sava).

Quant aux femmes enceintes qui reçoivent quatre consultations prénatales (CPN), la proportion moyenne a diminué de 49 % à 48 % entre 2012 et 2018 au niveau national (voir le tableau 4.7).

¹⁴⁵ Région d'Androy.

Tableau 4.7 Pourcentage et effectifs de femmes enceintes ayant effectué au moins quatre CPN, évolution entre 2012 et 2018. Régions appuyées versus non appuyées par UNICEF.

| Régions | 2012 | | 2018 | | 2012-2018 | |
|---|-------------|----------------|-------------|----------------|---------------|-------------------|
| | Moyenne (%) | Nombre (#) | Moyenne (%) | Nombre (#) | Variation (#) | Taux de variation |
| Régions UNICEF PASSOBA uniquement | 46 % | 54 709 | 45 % | 69 361 | 14 652 | 27 % |
| Régions UNICEF SMNI uniquement ¹⁴⁶ | 40 % | 12 861 | 57 % | 27 391 | 14 530 | 113 % |
| Régions UNICEF PASSOBA et SMNI | 50 % | 131 893 | 51 % | 164 804 | 32 911 | 25 % |
| TOTAL UNICEF (moyenne et somme) | 45 % | 199 463 | 51 % | 261 556 | 62 093 | 31 % |
| Régions sans UNICEF PASSOBA ni SMNI | 50 % | 292 143 | 48 % | 310 240 | 18 097 | 6 % |
| NATIONAL | 49 % | 491 606 | 48 % | 585 335 | 93 728 | 19 % |

Pour ce service, les interventions de l'UNICEF ont contribué à freiner le déclin puisque, dans les régions bénéficiant des interventions de l'UNICEF, la proportion de femmes enceintes ayant reçu quatre consultations prénatales a augmenté de 31 %, soit un effectif de 62 093 femmes additionnelles, ceci comparé aux régions non appuyées par UNICEF où on constate une réduction du nombre de femmes enceintes recevant ce service dans cinq régions (Sofia, Vatovavy Fitovinany, Diana, Itasy, et Analamanga).

Concernant la proportion de femmes enceintes qui reçoivent des soins postnataux un maximum de deux jours après l'accouchement, l'utilisation de ce service a augmenté de 50 % en 2012 à 74 % en 2018 au niveau national, représentant 334 959 femmes additionnelles qui ont eu ce service en six ans (voir le tableau 4.8).

Tableau 4.8 Pourcentage et effectifs de femmes enceintes qui reçoivent un examen de santé post-natal <2 jours, évolution entre 2012 et 2018. Régions appuyées versus non appuyées par UNICEF

| Régions | 2012 | | 2018 | | 2012-2018 | |
|---|-------------|------------|-------------|------------|---------------|-------------------|
| | Moyenne (%) | Nombre (#) | Moyenne (%) | Nombre (#) | Variation (#) | Taux de variation |
| Régions UNICEF PASSOBA uniquement | 57 % | 64 905 | 74 % | 105 738 | 40 832 | 63 % |
| Régions UNICEF SMNI uniquement ¹⁴⁷ | 29 % | 8 535 | 26 % | 36 309 | 27 774 | 325 % |

¹⁴⁶ Région d'Androy.

¹⁴⁷ Ibid.

| Régions | 2012 | | 2018 | | 2012-2018 | |
|-------------------------------------|-------------|------------|-------------|------------|---------------|-------------------|
| | Moyenne (%) | Nombre (#) | Moyenne (%) | Nombre (#) | Variation (#) | Taux de variation |
| Régions UNICEF PASSOBA et SMNI | 43 % | 116 112 | 66 % | 225 130 | 109 018 | 94 % |
| TOTAL UNICEF (moyenne et somme) | 43 % | 189 552 | 55 % | 367 177 | 177 625 | 94 % |
| Régions sans UNICEF PASSOBA ni SMNI | 51 % | 305 525 | 79 % | 474 073 | 168 548 | 55 % |
| NATIONAL | 50 % | 506 291 | 74 % | 841 250 | 334 959 | 66 % |

On note ainsi que, si en 2012, les services de soins postnatals étaient plus fréquemment utilisés que les accouchements institutionnels et les visites prénatales, ils le sont encore plus en 2018.

Encore dans ce cas, les interventions de l'UNICEF ont fortement contribué puisqu'on note une augmentation de 94 % de femmes recevant des soins postnatals, soit un effectif de 177 625 femmes additionnelles, en 2018.

Alors que le programme pays 2015-2019 inclut dans la composante santé un volet de promotion de l'adoption des pratiques familiales essentielles (PFE) par les communautés et familles, l'envergure de sa mise en œuvre a été limitée (voir paragraphe C4D dans la section 4.2).

En ce qui concerne la santé infantile (tel que démontré à l'Annexe 16) les évaluateurs ont constaté une diminution du nombre d'enfants de 0 à 59 mois qui ont reçu un traitement en sels de réhydratation orale (SRO) et au zinc pour la diarrhée entre 2012 et 2018 au niveau national. En effet, en 2018, 1 015 enfants en moins recevaient ce traitement comparativement au nombre d'enfants traités en 2012.

On constate toutefois une tendance inverse dans les régions où l'UNICEF est intervenu puisqu'à ces endroits, comparativement au nombre d'enfants traités en 2012, ce sont 10 459 enfants de plus qui ont pu bénéficier du traitement SRO-zinc pour la diarrhée. En d'autres termes, alors que la couverture nationale du traitement SRO-zinc a légèrement diminué à l'échelle nationale, elle a plutôt augmenté de 10 % dans les régions d'intervention de l'UNICEF. C'est à Androy et à Atsimo Andrefana que la couverture s'est le plus accrue, augmentant respectivement de 55 % et de 32 % dans ces régions.

Niveau d'atteinte des cibles liées aux indicateurs de produits

Tel que présenté à l'Annexe 12, l'UNICEF a atteint quatre sur six de ses cibles : la création d'un protocole national de traitement à base communautaire de la pneumonie, révisé (Amoxicilline remplace Co-trimoxazole) et validé; la formation d'ASC sur le PCIMEC dans les régions cibles; l'augmentation du nombre d'adolescents qui font une vérification sanitaire dans les CSB; et l'augmentation du nombre d'ASC dispersant des intrants PCIMEC. L'UNICEF n'a pu atteindre sa cible relative à l'augmentation du nombre d'établissements de santé qui fournissent des services SONU-B opérationnels 24/7 à cause de retards dans la réception du financement, retardant à son tour l'acquisition des intrants et des formations de personnel.

RÉSULTAT 2 : EAU, ASSAINISSEMENT ET HYGIÈNE (EAH)

Tableau 4.9 EAH : Résultat et produits attendus

| | |
|---|--|
| Résultat escompté : En 2019, les ménages et les communautés des régions cibles ont accès à l'eau potable de manière équitable, bénéficient d'un système d'assainissement efficace leur permettant de vivre dans un environnement sain, et adoptent les bonnes pratiques hygiéniques améliorées. | |
| Produit 1 | Politique et renforcement des capacités. D'ici fin 2019, le gouvernement montre plus d'engagements politiques et une meilleure capacité à légiférer, planifier, budgétiser, coordonner, mettre en œuvre, suivre et évaluer les interventions EAH mises à l'échelle au niveau national et infranational. |

| | |
|---|--|
| Résultat escompté : En 2019, les ménages et les communautés des régions cibles ont accès à l'eau potable de manière équitable, bénéficient d'un système d'assainissement efficace leur permettant de vivre dans un environnement sain, et adoptent les bonnes pratiques hygiéniques améliorées. | |
| Produit 2 | EAH dans les centres de santé, centres de nutrition et dans les écoles. Les institutions communautaires ont augmenté l'utilisation d'eau potable, de latrines, ainsi que le lavage de mains avec du savon par les enfants et les familles, à travers la promotion des bonnes pratiques d'hygiène et le développement des infrastructures EAH. |
| Produit 3 | Accès durable à l'eau potable. La demande des communautés pour un accès durable à des sources d'eau potable est augmentée et est satisfaite. |
| Produit 4 | Assainissement et hygiène. Toutes les communautés éradiquent la défécation à l'air libre et l'utilisation des installations sanitaires améliorées en combinaison avec des pratiques d'hygiène appropriées est généralisée. |

Constat 9: C'est au niveau du développement des cadres politiques et du renforcement des capacités que l'UNICEF a eu le plus d'impact dans le secteur EAH, permettant au gouvernement de Madagascar d'expérimenter de nouveaux mécanismes de coordination et de gestion des services EAH.

Politique et renforcement des capacités

Les interventions de l'UNICEF visant à renforcer les capacités du gouvernement à légiférer, planifier, budgétiser, coordonner, mettre en œuvre, suivre et évaluer des interventions liées à l'EAH ont connu un certain succès. Quelques documents stratégiques ont par exemple été développés, dont l'Axe 4.5 *Eau, hygiène et assainissement garants de la santé publique* du Plan National de Développement (PND) 2015-19 et dont l'objectif était d'assurer l'accès à l'eau potable, l'hygiène et aux infrastructures d'assainissement. Un autre des principaux objectifs de l'Axe 4.5 comprenait la mise à jour du cadre juridique, légal et réglementaire de l'EAH pour garantir une eau potable salubre et accessible et un assainissement adéquat pour tous, et pour développer la gestion intégrée des ressources en eau. Le Cadre Stratégique d'Investissement pour le Secteur de l'Eau, l'Assainissement et l'Hygiène à Madagascar (2015 – 2030) ainsi que la Stratégie de pérennisation EAH ont également été développés/mis à jour. Le gouvernement montre peu à peu plus d'engagement politique et une meilleure capacité à légiférer, planifier, budgétiser, coordonner, mettre en œuvre, suivre et évaluer les interventions EAH mises à l'échelle aux niveaux national et infranational.

Durant la période évaluée et afin de générer des évidences, l'UNICEF a veillé à développer et mettre en œuvre un certain nombre d'études telles que le WASH BAT ¹⁴⁸ (*Bottleneck Analysis Tool*), visant à identifier les goulots d'étranglement; une étude du secteur EAH pour atteindre les ODD (*Business Case*); une étude de cas d'investissement (*Madagascar WASH Investment Case*); ou encore par la mise en place d'études de durabilité (*Sustainability check*) à deux reprises.

Il faut également souligner la mise en œuvre depuis 2017 des 22 processus « Budget et Programme par Objectifs par Région » (BPOR) dont 12 sont financés par le programme. En effet, les BPOR sont le résultat d'un travail d'inventaire des infrastructures réalisé en 2016-2017 à l'initiative du Gouvernement avec l'appui de plusieurs bailleurs du secteur dont l'UNICEF. À partir de cet inventaire réalisé dans chaque village, les besoins en investissements et en fonctionnement ont pu être identifiés pour chaque commune/district/région et à l'échelle du pays¹⁴⁹.

¹⁴⁸ L'outil d'analyse des goulots d'étranglement (BAT – Bottleneck Analysis Tool) du secteur EAH est un outil de diagnostic des principaux problèmes auxquels le secteur est confronté. Il permet également de fournir des éléments de réponse ou actions correctives réalisables permettant de supprimer ou atténuer les goulots, avec estimation des coûts de mise en œuvre, délai et responsables. Le Ministère de l'Eau, de l'Assainissement et de l'Hygiène (MEAH) a organisé l'exercice WASH BAT en 2018 avec l'objectif, entre autres, d'alimenter les orientations d'un Plan Sectoriel en Eau, Assainissement et Hygiène (PS-EAH) pour aligner le pays à l'Agenda 2030 afin d'atteindre les ODD. L'analyse s'est focalisée sur les goulots d'étranglement rencontrés à l'échelle régionale et communale et a vu la participation des DREAH des 22 régions, de la section WASH de l'UNICEF et des hauts responsables et des directeurs centraux du MEAH au niveau central.

¹⁴⁹ UNICEF (2019). *Rapport de Sustainability Check*.

Les BPOR offrent de nombreux avantages aux communes des régions ciblées tout en s'inscrivant dans une perspective de pérennisation¹⁵⁰. Ils contribuent à l'allègement de la structure au niveau central et à une responsabilisation des Collectivités Territoriales Décentralisées (CTD), des Services Territoriaux Déconcentrés (STD) et des Acteurs locaux. Ils favorisent un véritable *leadership* du secteur au niveau national. Ils offrent plus de fiabilité et de précision que la base de données utilisée dans la programmation, ainsi qu'une appropriation du programme par les acteurs locaux. Ils contribuent à l'opérationnalisation d'un système de suivi impliquant les acteurs locaux, un préalable à l'instauration de la redevabilité du gouvernement aux niveaux central et décentralisé. Ils contribuent à une approche égalitaire offrant les mêmes chances aux 22 régions en termes de programmation tout en maintenant les objectifs des ODD. Enfin, ils promeuvent des réponses techniques plus adaptées à chaque contexte¹⁵¹. En ce sens, l'UNICEF appuie le MEEH à élaborer le plan sectoriel EAH (PS-EAH) (toujours en cours de finalisation), ainsi qu'une feuille de route pour le volet assainissement dont le but serait l'atteinte de l'objectif « Madagascar propre 2025 » impliquant tous les acteurs du secteur¹⁵². Ces initiatives contribuent donc à revigorer la plateforme EAH (plateforme de coordination récemment mise en place et dirigée par le MEEH). Le système de gestion de l'information du secteur (SESAM), qui était partiellement opérationnel en début de programme, est également en cours d'amélioration. L'UNICEF est également en train de développer une stratégie pour l'assainissement et l'hygiène dans les petites villes (au niveau des districts et des communes). Il est important de souligner enfin la participation et la représentation du pays à différentes réunions de haut niveau – SWA (*Sanitation and Water for All*), HLM (*High Level Meeting*), AMCOW (*African Minister's Council on Water*) dont la plupart ont été suivies par une série d'engagements et d'actions.

L'UNICEF *lead* le *cluster* PTF EAH et *co-lead* ce même *cluster* dans quatre régions du Sud. De plus, l'UNICEF travaille étroitement avec l'OMS et est *lead* du *Cluster*-EAH en périodes d'urgences. La coordination et la volonté de l'UNICEF de travailler en partenariat est donc assez manifeste et tend à se matérialiser avec les PTF jouant un rôle de soutien stratégique dans le secteur. Elle se traduit notamment par un partage des régions ou districts d'intervention. Ainsi, dans le secteur de EAH, l'UNICEF, USAID et CRS parviennent à ne pas intervenir dans les mêmes régions. L'UNICEF est par exemple très présent dans le Grand Sud tandis que USAID, l'un des principaux acteurs dans le secteur, n'y intervient pas. Il en va de même pour les interventions EAH de CRS, qui ne couvrent pas le Grand Sud.

En revanche, bien que des efforts aient été faits visant notamment à une meilleure coordination sectorielle, de nombreux obstacles empêchent toujours la réalisation de certains résultats escomptés. Par exemple, le Document de Politique Sectorielle (*Sanitation and Water for All biannual action plan*) et/ou le code de l'eau, dont le développement a été initié dès 2015 n'a toujours pas été finalisé. Le développement de ce document a été confié à une *Task Force* nationale mais le document n'a toujours pas été approuvé par le gouvernement. Le document de Stratégie Sectorielle – SWAp (*Sector Wide Approach document and Action plan*) – est toujours à l'état d'ébauche et non validé¹⁵³.

L'analyse WASH BAT conduite en 2018 a permis de dresser un portrait global des problèmes rencontrés par le secteur EAH à Madagascar. De manière transversale, les principaux goulots identifiés sont le manque de volonté politique de l'État, l'absence de coordination et de synergie des actions, le manque de transparence, l'insuffisance du financement du secteur, et la faible capacité des communes à assurer un suivi et un contrôle adéquat des ouvrages. Les causes sous-jacentes à ces goulots ont été identifiées comme suit : le secteur reste non-attractif et non-prioritaire pour le gouvernement ; la nomenclature demeure incomplète pour le secteur EAH au niveau du MEEH ; les mécanismes de redevabilité et de communication effective sont toujours très insuffisants ; les bases de données ne sont pas à jour ; l'absence de mesures incitatives pour que les bailleurs engagent des financements ; le manque de vulgarisation du cadre politique et juridique ; et les mesures d'accompagnement des

¹⁵⁰ Ce travail est à saluer et doit inviter les acteurs locaux du secteur à s'investir dans la programmation, notamment en ce qui concerne la partie fonctionnement qui ne doit pas être couvert par les PTF si la durabilité/pérennité à long terme est recherchée. UNICEF (2019). *Rapport de Sustainability Check*, p.97.

¹⁵¹ Wateraid (2019). *Bilan sur la mise en œuvre du code de l'eau - Accès universel à l'Eau, à l'Assainissement et à l'Hygiène*.

¹⁵² « L'UNICEF invite les partenaires du secteur à travailler ensemble. De bons résultats ont été atteints en 2019 avec le développement de la feuille de route pour le volet assainissement pour l'atteinte de l'objectif Madagascar propre 2025 impliquant tous les acteurs du secteur, l'appui à la refonte du système d'information, et l'appui au développement d'un plan sectoriel ». UNICEF (2018). *WASH BAT*, p.14.

¹⁵³ UNICEF (2019). *Madagascar Results Matrix 2015-2019*.

politiques sont insuffisantes. Le fait que le secteur reste non prioritaire est d'ailleurs démontré par la fusion en 2017 du « défunt » Ministère de l'EAH avec celui de l'Énergie et des Hydrocarbures.

En termes d'actions, il est recommandé par le BAT de renforcer le plaidoyer auprès du gouvernement pour appuyer les efforts entrepris en matière de coordination, ainsi que la mise en synergie des actions, par la mise en place et l'opérationnalisation de la plateforme PNP-EAH notamment (Plateforme Nationale pour la Promotion du secteur de l'Eau, de l'Assainissement et de l'Hygiène). Il est également important de mettre à jour la nomenclature nationale, d'établir une série d'indicateurs objectivement vérifiables et d'assurer un partage d'information qualitatif. Il faut aussi renforcer la capacité du responsable sur le traitement des données et mettre en place des mécanismes de remontée de ces données de manière systématique. Enfin, il faut accentuer le plaidoyer auprès des bailleurs¹⁵⁴.

Niveau d'atteinte des cibles liées aux indicateurs de produits

Trois cibles sur sept (43 %) liées à ce produit ont été clairement atteintes, soit : l'élaboration et/ou la mise à jour de documents de planification EAH dans les 22 régions ; l'opérationnalisation du système de gestion de l'information du secteur (SESAM) ; et le développement et le début de la mise en œuvre de la Stratégie de pérennisation Eau, Hygiène et Assainissement. L'UNICEF travaille encore sur l'élaboration, la mise à jour ou l'approbation de la politique EAH, d'une politique sectorielle (d'un code de l'eau) et d'une stratégie sectorielle. Finalement, de nouvelles évidences ont été générées chaque année, bien que généralement en deçà des cibles (à l'exception de 2018 quand la cible a été atteinte).

EAH dans les centres de santé, centres de nutrition et dans les écoles

En ce qui concerne l'EAH dans les institutions, en 2018, 38 écoles ont été dotées en infrastructures d'eau, offrant de l'eau potable à 7 700 élèves, et 63 écoles ont obtenu l'accès à un assainissement de base profitant à 11 400 élèves. Ces nouvelles infrastructures ont été appuyées de campagnes de sensibilisation dans les écoles et les services de santé, afin de créer une demande au travers de l'approche « 3 étoiles »¹⁵⁵. Ce faisant, 48% des centres de santé, et 53 % des écoles des régions ciblées ont été certifiés comme promouvant les changements de comportement EAH. Cela signifie que plus de 376 000 enfants scolarisés (dont 181 000 filles) ont désormais accès à de l'eau potable et se lavent les mains avec du savon tous les jours dans les écoles 1 étoile, 2 étoiles et 3 étoiles. Bien que plus de 200 écoles et 76 centres de santé disposent désormais d'installations EAH répondant aux normes nationales, ce résultat est en deçà des cibles escomptées de 500 écoles et 250 CSB.

D'après le témoignage de nombreuses parties prenantes consultées, le manque de volonté politique serait là encore la principale cause de ces retards. En effet, on constate une absence de volonté politique (particulièrement entre 2013 et 2017) à intervenir dans le secteur et en particulier pour l'assainissement et l'hygiène. Les stratégies d'intervention ne sont pas assorties de plan d'action, d'activités, de budget, ni même de cibles à atteindre en termes de maintien des bonnes pratiques et de fonctionnalité des ouvrages¹⁵⁶. De plus, le gouvernement peine à mobiliser des financements conséquents pour faire face aux défis du secteur. De plus, la stratégie 2013-2018 incitait chaque partenaire technique et financier à aborder son intervention à sa guise, sans véritablement proposer de définitions communes.

¹⁵⁴ UNICEF (2018). *WASH BAT*. Pour plus de détails, il est recommandé de se référer aux résultats détaillés de l'analyse BAT 2018.

¹⁵⁵ UNICEF (2018). *Rapport Annuel UNICEF Madagascar*.

¹⁵⁶ UNICEF (2019). *Rapport de Sustainability Check*.

Niveau d'atteinte des cibles liées aux indicateurs de produits

Toutes les cibles liées aux produits ont été atteintes au moins une fois sur les cinq années d'intervention. Les cibles atteintes concernent la proportion de centres de santé, centres de nutrition et écoles certifiés promouvant un changement de comportement et la création de demande (une étoile) dans les régions cibles, le nombre d'écoles primaires additionnelles disposant d'installations EAH répondant aux normes nationales dans les régions cibles, le nombre de centres de santé ou de nutrition additionnels disposant d'installations EAH répondant aux normes nationales dans les régions cibles, ou le nombre d'écoles avec des activités de gestion de l'hygiène menstruelle mises en œuvre.

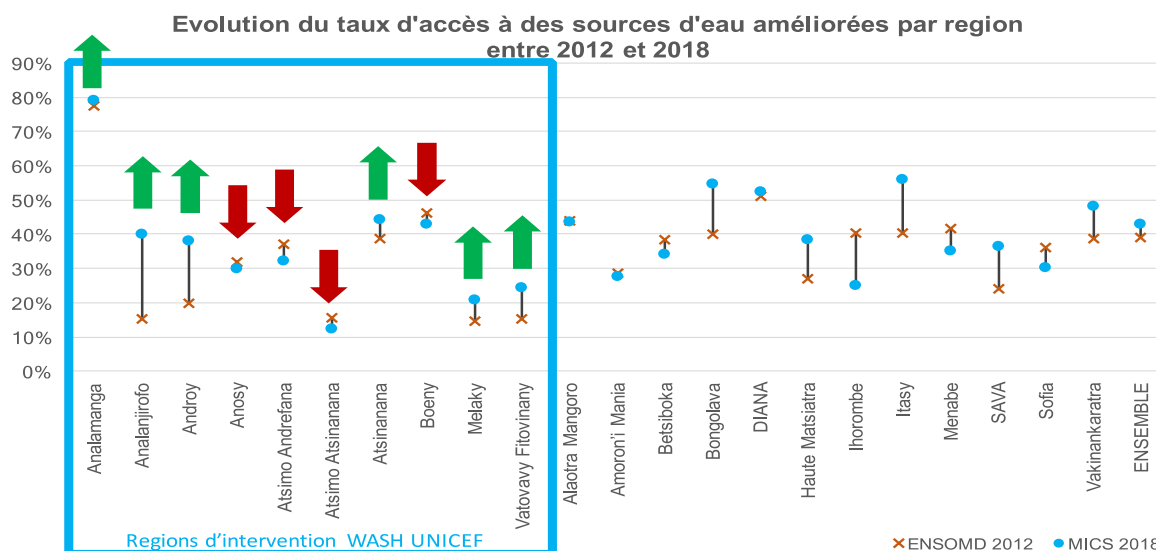
Constat 10: Les innovations orientées sur les infrastructures de conduite d'eau (*pipeline*) profitent grandement aux populations du Grand Sud, notamment celles vivant à proximité du *pipeline*, mais un certain nombre de goulots d'étranglement continuent d'entraver l'éradication de la défécation à l'air libre et de l'utilisation des eaux de surfaces.

Accès durable à l'eau potable

Depuis 2017, des avancées ont été faites dans le secteur de l'eau. L'appui de l'UNICEF auprès des directions régionales Eau, Énergie et Hydrocarbures et auprès des communes (DREEH) – avec la mise en place des *Agents Communaux de l'Eau* – a notamment permis quelques avancées dans le triptyque de redevabilité « usagers, prestataires, gouvernement »¹⁵⁷.

L'accès à l'eau propre s'est sensiblement amélioré dans six des dix régions cibles, et particulièrement dans les deux régions d'Analanjiroro et d'Androy. Il est à noter que ces deux régions particulièrement peuplées (1 007 000 d'habitants à Analanjirofo et 715 000 à Androy) avaient relevé des progrès déjà notoires par une bonne collaboration antérieure avec l'UNICEF (ce qui avait d'ailleurs été un des facteurs clés justifiant leur sélection). Avant que l'UNICEF n'intervienne, Analanjirofo indiquait un taux d'utilisation d'eaux de surface par ses populations relativement élevé (41,3 %). Ces deux régions avaient aussi été choisies comme zones de convergence opportunes. Enfin, il est très probable (mais trop tôt pour en avoir la certitude) que la mise à disposition d'eau potable par le *pipeline* aura contribué aux progrès réalisés dans la région d'Androy.

Graphique 4.3 Évolution du taux d'accès à des sources d'eau améliorées entre 2012 et 2018



En 2019 seulement, l'UNICEF estime avoir contribué à donner accès à de l'eau potable de façon durable à plus de 63 000 personnes par l'entremise de forages (30 nouveaux forages et la réhabilitation de huit autres) et du *pipeline*.¹⁵⁸ Au total, depuis 2015, l'UNICEF estime avoir contribué à donner accès

¹⁵⁷ Ibid.

¹⁵⁸ UNICEF (2019). *RAM mid-year*.

à de l'eau potable de façon durable à 721 000 personnes.¹⁵⁹ Le forage de puits devrait se poursuivre en se basant sur une cartographie des ressources en eaux souterraines réalisée à l'aide de l'imagerie par satellite qui a permis d'identifier des ressources en eau alternatives. La construction du pipeline ne s'est toutefois pas faite sans difficultés techniques, les entrevues révélant un retard dans la livraison de plus d'un an.

Niveau d'atteinte des cibles liées aux indicateurs de produits

Une seule cible sur un total de quatre (25 %) a été atteinte chaque année depuis 2015, soit le nombre additionnel de personnes utilisant des infrastructures durables d'eau potable. La cible relative au nombre de personnes qui vivent dans une communauté résiliente au changement climatique, tout comme celle relative au nombre de personnes qui vivent dans une communauté « *water safe* » n'ont pas été atteintes. L'existence d'un paquet minimum de vérifications de la durabilité avec un mécanisme de rétroaction mis en œuvre n'a été atteint qu'en 2016 et 2017.

Assainissement et hygiène

Sur les 26 pays qui font partie du *Game Plan* de l'UNICEF relatif à l'éradication de la défécation en plein air, Madagascar est non seulement le pays où le taux de pratique de défécation en plein air était le plus élevé, mais aussi celui dont ce taux a le plus augmenté entre 2000 et 2015.¹⁶⁰

Aujourd'hui, plus de 40 % de la population continuent à déféquer à l'air libre à Madagascar (la moyenne en Afrique subsaharienne est de 23 %), et seuls 12 % de la population utilisent des toilettes améliorées pour un total de 9,9 millions de personnes. Dans les zones densément peuplées, cela présente un risque majeur pour la santé publique. Il est fort probable que le taux élevé de défécation à l'air libre combiné avec le manque d'eau potable et l'absence de pratiques d'hygiène (ex. lavage des mains avec du savon) soit la cause de 90 % des cas de diarrhée, et influence fortement la malnutrition à Madagascar. Malgré les nombreux efforts faits, en termes de sensibilisation notamment, seuls 25 % des ménages pratiquent le lavage des mains avec du savon¹⁶¹.

Avec le soutien de l'UNICEF depuis 2015, 2 964 000 personnes dont 1,4 millions d'enfants vivent dans des zones rurales qui ont abandonné la défécation à l'air libre en 2019. Ce sont 319 000 personnes de plus qui ne pratiqueraient plus la défécation en plein air depuis le rapport fin 2018. 1,9 millions d'entre elles ont désormais accès à un assainissement amélioré¹⁶². Les résultats sont cependant en deçà des attentes (1 000 000 personnes à atteindre en 2019) et l'objectif d'assainissement de base n'a donc pas non plus été atteint.

Les interventions relatives à l'hygiène et l'assainissement sont probablement celles qui étaient les plus ambitieuses. Aucune des cibles de produit pour ces interventions n'a été atteinte. Ainsi, alors que la situation de base en 2015 faisait état du fait que 44 %¹⁶³ de la population pratiquait la DAL et que l'UNICEF et ses partenaires gouvernementaux aspiraient à l'éradiquer dès 2019, les résultats du MICS 2018 ne font état que d'une légère amélioration puisque 40 % de la population continue à pratiquer la DAL à ce jour. Selon les données de l'UNICEF, ce sont tout de même près de 3 000 000 de personnes qui ont abandonné la défécation à l'air libre dans les régions cibles.

La proportion de la population qui pratique la défécation à l'air libre a cependant diminué dans huit des dix régions cibles de l'UNICEF entre 2012 et 2018, et ce en grande partie grâce à une augmentation de l'utilisation de latrines non-améliorées. Cependant, il n'y a pas eu d'impact majeur sur le nombre de personnes pratiquant la DAL depuis 2012. Au contraire, la situation semble empirer puisque 10,2 millions de personnes pratiquent la défécation à l'air libre aujourd'hui contre 9,4 millions de personnes en 2012¹⁶⁴. Au regard de l'évolution des indicateurs année après année, on remarque donc une contre-performance laissant transparaître le fait que les comportements des populations ne changent pas durablement. Il en va de même concernant le nombre de personnes ayant accès à des

¹⁵⁹ Ibid.

¹⁶⁰ UNICEF (2018). *UNICEF's game plan to end open defecation*, p.5.

¹⁶¹ Wateraid (2019). *Bilan sur la mise en œuvre du code de l'eau - Accès universel à l'Eau, à l'Assainissement et à l'Hygiène*.

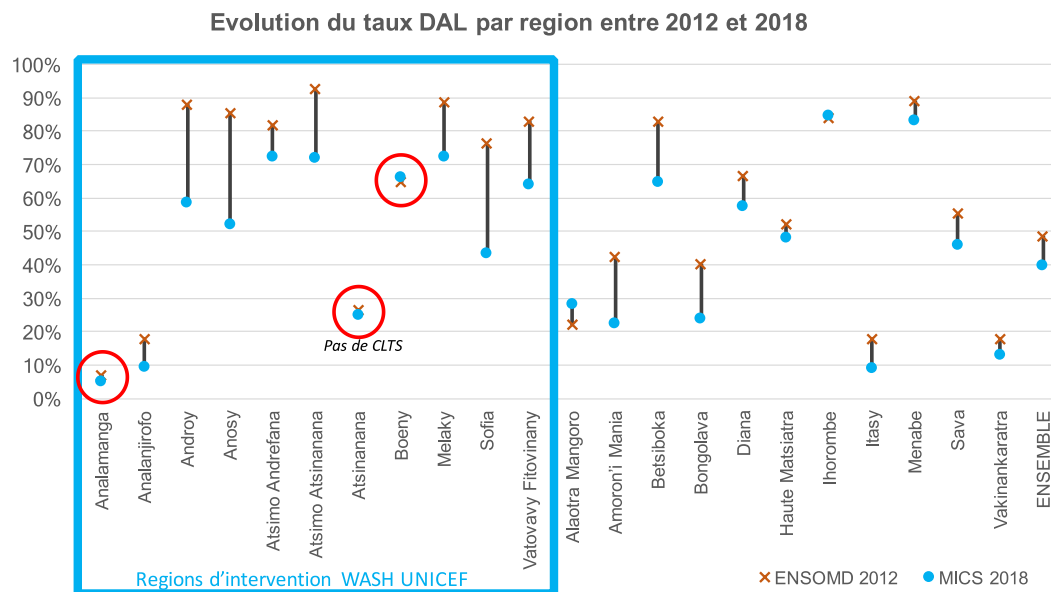
¹⁶² UNICEF (2019). *Rapport UNICEF RAM Mid-term*.

¹⁶³ UNICEF et OMS (2018). *The Joint Monitoring Programme (JMP) for Water Supply and Sanitation 2018 for WASH in Schools*.

¹⁶⁴ Ibid. Et INSTAT et UNICEF (2018). MICS.

lave-mains, et dont le résultat est loin d'avoir atteint les cibles espérées. Là aussi, un déclin a été observé entre 2017 et 2018, révélant un échec concernant les attentes de changements de comportements¹⁶⁵.

Graphique 4.4 Évolution de la pratique de défécation à l'air libre dans les 11 régions cibles de l'UNICEF



Plusieurs facteurs expliquent cette performance mitigée : tout d'abord, l'initiative très attendue du programme ASWA II¹⁶⁶ n'avait toujours pas été lancée en 2018, contrairement à ce qui avait été prévu. Les indicateurs du programme de suivi commun nouvellement définis furent trop ambitieux, car obtenir un assainissement de base dans un pays où les services sont quasi inexistant est presque impossible. Le risque est d'autant plus important pour les communautés affectées par des désastres de manière récurrente.

Les visites sur le terrain et les entrevues ont permis d'identifier un certain nombre de facteurs ayant entravé l'atteinte des résultats :

- Des latrines peu durables, fabriquées avec des matériaux disponibles localement ;
- Les ATR déployés sur le terrain appuyant les Directions Régionales ne comblent pas le manque de capacités du MEEH dans le secteur de l'assainissement et de l'hygiène. Ils ont souvent un profil d'hydrogéologue ou d'ingénieur mais très peu ont les compétences nécessaires en ingénierie sociale pour appuyer la gestion du programme EAH (planning, suivi, gestion), et ne jouent pratiquement aucun rôle d'influence au niveau des régions alors qu'ils sont déployés au sein même des directions régionales de l'eau ;
- Les données de base sur les zones d'intervention et l'analyse des effets demeurent très approximatives. Il n'y a pas de vérification ni d'actions spécifiques ciblées pour corriger les interventions quand celles-ci ne progressent pas. Les informations recueillies tous les deux mois et triangulées entre l'animateur communautaire, le Ministère et l'UNICEF sur des fichiers Excel ne sont pas analysées, ni exploitées. Les dispositifs de lavage des mains sont encore trop peu présents à proximité des latrines et les bons comportements peu adoptés ;
- Un processus CLTS peu performant pour l'atteinte et pour le maintien du statut ;¹⁶⁷
- Des CLS et des ACC sous-équipés en moyens et outils de suivi et blocage de situations ;
- Manque de mécanismes de pérennisation adaptés.

¹⁶⁵ UNICEF (2018). *Rapport Annuel UNICEF Madagascar*.

¹⁶⁶ ASWA : *Accelerating Water and Sanitation for All* (Eau et Assainissement pour Tous).

¹⁶⁷ UNICEF (2019). *Rapport de Sustainability Check.9*

Niveau d'atteinte des cibles liées aux indicateurs de produits

Aucune des six cibles n'a été systématiquement atteinte sur la période évaluée. Par contre, quatre sur six (67%) ont été atteintes sur trois années consécutives (2015-2017), soit : le nombre cumulatif de personnes additionnelles mettant fin à la défécation à l'air libre dans les régions cibles, le nombre cumulatif de personnes utilisant une installation d'assainissement basique, le nombre cumulatif de personnes utilisant une installation d'assainissement améliorée et le nombre cumulatif de personnes qui disposent d'installations de lavage des mains avec de l'eau et du savon ou des cendres. La cible pour le nombre cumulatif de personnes qui vivent dans une communauté SDAL n'a pas été atteinte, alors que les informations sur le développement d'une stratégie pour l'assainissement et l'hygiène dans les petites villes ne sont pas claires.

RÉSULTAT 3 : NUTRITION

Tableau 4.10 Nutrition : Résultat et produits attendus

| | |
|--|--|
| Résultat escompté : D'ici fin 2019, les interventions de nutrition de l'enfant se traduisent par de meilleurs résultats en matière de nutrition dans les régions cibles. | |
| Produit 1 | Politique, coordination et financement. Les autorités nationales et régionales plaident pour la nutrition et planifient, budgétisent et coordonnent la mise à échelle des interventions de nutrition. |
| Produit 2 | Amélioration de la nutrition et des soins pratiques. Un appui renforcé aux enfants aux familles et aux communautés à travers l'offre de soins nutritionnels de qualité et l'adoption de pratiques favorables à la nutrition. |
| Produit 3 | Capacité pour les interventions en matière de nutrition. La capacité nationale et régionale est accrue en vue de fournir un accès élargi à des interventions nutritionnelles. |

Constat 11: Bien que l'appui de l'UNICEF au secteur de la nutrition ait généré certains résultats tangibles, notamment en lien avec la politique, la coordination et le financement du secteur, les données relatives aux indicateurs nutritionnels étaient soit non disponibles, soit similaires à la situation de base, ne permettant pas de démontrer de manière définitive de meilleurs résultats en matière de nutrition dans les régions cibles.

Le résultat escompté dans le secteur de la nutrition est articulé autour de cinq cibles. Deux des cibles (soit 40 % des cibles) ont été atteintes en date de juillet 2019. Ainsi les résultats les plus significatifs atteints dans le secteur nutrition sont liés au maintien de la proportion d'enfants âgés de 12 à 59 mois au niveau national qui ont été déparasités durant le premier et le second semestre de chaque année et qui s'est maintenu autour de 97 % entre 2015 et 2019. Il en va de même pour la proportion des enfants (6-59 mois) qui ont reçu un supplément en vitamine A durant le premier et le second semestre, puisque les indicateurs sont également demeurés stables avec un taux avoisinant 97 % au niveau national¹⁶⁸. Ces résultats axés notamment sur les 1 000 premiers jours d'un enfant, bénéficient donc au DPE. Une troisième cible liée à l'indicateur « proportion des enfants sévèrement malnutris qui ont été soignés », et qui concerne spécifiquement les six régions cibles, démontre une nette amélioration, passant de 12 % (2014) à 21% (premier semestre de 2019). Ces données, tirées de la matrice de suivi des résultats de l'UNICEF, sont présentées à l'Annexe 12.

Politique, coordination et financement

L'appui de l'UNICEF a eu des effets certains au niveau institutionnel dans le secteur nutrition par sa contribution au développement du troisième Plan National pour la Nutrition 2017-2021 (PNAN III)¹⁶⁹ qui a été lancé par le Président de la République le 11 mai 2017. Sept réunions de coordination du secteur au niveau des six régions cibles auraient eu lieu en 2018 et 2019 autour du PNAN III, atteignant ainsi la cible fixée pour 2018 et se rapprochant de celle établie pour 2019. Plus important encore, la tenue de ces réunions au niveau régional signale le démarrage du PNAN III dans les régions. L'UNICEF est également membre de la *Task Force* en DPE qui travaillait à la finalisation d'une stratégie de

¹⁶⁸ La situation de base pour ces deux indicateurs était déjà satisfaisante puisqu'elle se situait à 96 % au niveau national et qu'elle s'est maintenue autour de ce niveau jusqu'à fin 2019. Elle ne permet donc pas de conclure qu'il y ait eu une amélioration nette dans la santé nutritionnelle des enfants.

¹⁶⁹ ONN (2017). Plan National d'Action pour la Nutrition-III 2017-2021.

développement de la petite enfance avec la Banque Mondiale et le MPPSPF, bien que ce processus tarde à aboutir¹⁷⁰.

En termes de financement, les activités de plaidoyer auprès du gouvernement auraient également contribué à doubler le budget que le gouvernement a alloué à l'ONN entre 2015 et 2017. En 2018, l'ONN aurait reçu ainsi reçu 4 millions USD de plus que l'année précédente. L'UNICEF a poursuivi son travail de plaidoyer conjointement avec l'ONN auprès du bureau du Premier Ministre et du Ministère de l'Economie et des Finances, en charge du développement du nouveau document stratégique nommé Plan Émergence Madagascar 2019-2023¹⁷¹, afin que ce dernier intègre la nutrition dans le plan. On constate donc que les trois cibles établies pour ce produit ont été atteintes.

Amélioration de la nutrition et des soins pratiques

En ce qui concerne l'amélioration de la nutrition et des soins pratiques, les résultats pour deux des cinq indicateurs de produits (40 %) pour les six régions ciblées ont progressé vers l'atteinte des cibles établies pour fin 2018. Certaines cibles ont même été dépassées, telle que la proportion des communautés qui ont accès aux services communautaires de nutrition et de DPE, ainsi que la proportion des centres de santé qui offrent le traitement contre la malnutrition aiguë sévère.¹⁷²

D'autres résultats sont à souligner parmi lesquels¹⁷³ :

- La promotion de l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant, de la nutrition pour les femmes et du développement de la petite enfance a été mise en œuvre dans 662 centres de santé (ce qui représente 75 % sur une cible de 80 %, mais partant de 64 % en 2015).
- Deux des six régions cibles mettent en œuvre un programme pour améliorer la diversité alimentaire des enfants. Les interventions pour ce produit ont commencé en 2018 et le programme devra être étendu aux six régions cibles.
- 91 % des communautés ont accès aux services communautaires de nutrition et de DPE, partant de 63,9 % en 2015 et surpassant la cible de 80 % en 2018. Ainsi 41 200 enfants âgés de 6 à 59 mois ont bénéficié des nouvelles compétences de leurs parents grâce à l'utilisation de bandes de circonférence du bras pour le dépistage précoce de la malnutrition aiguë au niveau des ménages.
- Au total, 48 640 et 8 983 enfants âgés de 6 à 23 mois ont bénéficié d'une fortification nutritionnelle à domicile avec des poudres de micronutriments. Il semble néanmoins que seules 56 % des mères les ont utilisées de manière adéquate.
- 54 % des centres de santé dans les régions ciblées offrent maintenant le traitement de la malnutrition aiguë sévère versus 22 % en 2015, dépassant largement la cible fixée de 30 % des CSB offrant ce traitement.

RÉSULTAT 4 : ÉDUCATION

Tableau 4.11 Éducation : Résultat et produits attendus

| | |
|---|---|
| Plus d'enfants ont accès à une éducation de qualité du préscolaire au premier cycle de l'enseignement secondaire pour de meilleurs résultats d'apprentissage. | |
| Produit 1 | Accès et rétention. Plus d'enfants ont accès à une éducation de qualité aux niveaux pré-primaires, primaire et secondaire inférieur, en particulier les plus vulnérables. |
| Produit 2 | Qualité. La qualité de l'environnement d'apprentissage s'est améliorée pour permettre aux enfants d'acquérir des connaissances et des compétences pertinentes grâce à une meilleure disponibilité du matériel pédagogique et à la formation d'enseignants. |
| Produit 3 | Renforcement institutionnel. La capacité du MENETP, aux niveaux central et décentralisé, de planifier, gérer et surveiller est renforcée afin d'améliorer la gouvernance, la responsabilisation pour une meilleure transformation des intrants en résultats pour les écoles et les enfants. |

¹⁷⁰ UNICEF (2019). RAM 2019.

¹⁷¹ Le document est en cours d'élaboration.

¹⁷² UNICEF (2015). *Madagascar CPD 2015-2019 Outcome & Output Monitoring Matrix*; et UNICEF (plusieurs années). *Rapports Annuels du Bureau Pays*.

¹⁷³ Ibid.

Constat 12: L'accès accru à une éducation de qualité du préscolaire au premier cycle du secondaire n'étant pas pleinement démontré, c'est en matière de renforcement institutionnel appuyé par l'UNICEF que l'on constate le changement le plus significatif dans le secteur de l'éducation, grâce au développement et à l'adoption du PSE 2018-2022 dans le cadre du GPE, un plan d'envergure nécessaire au renforcement du système éducatif à Madagascar.

Le programme pays aurait atteint trois résultats clés : le relèvement du taux d'achèvement du niveau collège (à 36,2 %) ; l'obtention d'un score minimal au Brevet d'Études du Premier Cycle (BEPC) dans les régions d'intervention (45 %) ; et le maintien à 15 % du budget national alloué à l'éducation.¹⁷⁴

Accès et rétention

Les interventions visant à favoriser l'accès à l'éducation et la rétention des élèves ont surtout été articulées autour du développement de nouvelles infrastructures scolaires. Cinq des six cibles concernaient la réalisation d'infrastructures scolaires au niveau pré-primaire, primaire et secondaire. À cet effet, l'UNICEF s'est avéré particulièrement efficace puisqu'en juillet 2019, 54 écoles avaient déjà été livrées et 13 classes additionnelles étaient en construction.

D'autre part, le volet « rétention » du travail de l'UNICEF était articulé autour de la réinsertion des jeunes à l'école par l'entremise de cours de remise à niveau (CRAN). L'UNICEF a travaillé de concert avec le DRENETP afin de former les enseignants et leur fournir du matériel scolaire. Malgré ces efforts, la cible relative au nombre d'enfants exclus en âge d'être scolarisés au secondaire ayant suivi des cours de remise à niveau et effectivement réinsérés dans le système primaire dans les régions cibles n'a pas été atteinte. Selon l'UNICEF, le taux de rétention des enfants réinsérés reste faible, autour de 65 %.¹⁷⁵

Les entrevues avec des PTF ont toutefois soulevé opportunités manquées quant au potentiel de contribuer à la rétention des élèves dans les salles de classe en arrimant plus étroitement la mise en œuvre de la stratégie de CRAN avec celle des cantines scolaires mises en œuvre par le PAM. Des partenaires ont par exemple noté que le PAM a eu tendance ses cantines scolaires sur la base de critères différents de ceux de l'UNICEF et sans coordonner leurs efforts.

Qualité

En termes de qualité de l'éducation (produit 2), ce sont 32 % des ressources du secteur qui ont été dédiées à la dotation de matériel pédagogique et didactique aux niveaux primaire et collégial (voir Annexe 13). On constate à cet effet que ce sont uniquement les cibles de produit liées à ces activités de dotation qui ont été atteintes. Ainsi, du matériel pédagogique a bien été distribué aux niveaux pré-primaire, primaire et secondaire dans les régions d'intervention.¹⁷⁶ Bien que les objectifs de former des enseignants, formateurs et encadreurs pédagogiques à tous ces niveaux n'aient pas été atteints, 54 % des ressources allouées pour ce produit ont été dépensées à cet effet, ce qui est cohérent avec le fait que, depuis 2015, près de 52 000 enseignants auraient bénéficié d'au moins une formation. De tels résultats ont été atteints à travers le financement du Partenariat Mondial pour l'Éducation (*Global Partnership for Education - GPE*). Néanmoins, la question demeure à savoir si de tels produits (matériel et formations ponctuelles) suffisent à court, moyen ou long terme à améliorer la qualité de l'éducation. 50 % des indicateurs du produit 2 ont atteint leur cible (voir Annexe 12).

Renforcement institutionnel

La revue finale du programme Éducation Pour Tous 2015-2019¹⁷⁷ mentionne qu'en 2017, le MENETP a démontré le renforcement de ses capacités de différentes façons : en élaborant un plan de travail consolidé basé sur le PSE ; en développant et en soumettant sa demande de financement au GPE (45 millions USD) avec les partenaires du groupe local d'éducation ; en mettant en place une plateforme de coordination sectorielle visant à garantir la gestion continue de la mise en œuvre du PSE ; et la désignation de l'UNICEF comme agence de coordination de la subvention du GPE. Avec l'appui de

¹⁷⁴ Selon les données de la matrice de suivi de résultats du programme pays résumé à l'Annexe 12.

¹⁷⁵ UNICEF (2019). RAM 2019

¹⁷⁶ Selon les données de la matrice de suivi de résultats du programme pays résumé à l'Annexe 10.

¹⁷⁷ EDT, IDS, REAL (2018). *Final Report – End Review of the Joint Programme “Education for All in Madagascar 2015-2019”*.

l'UNICEF, le Département de l'administration et des finances du MENETP a également démontré un contrôle administratif et financier fonctionnel en conduisant des audits aux niveaux central et régional pour la première fois depuis au moins une décennie. 66 % des indicateurs de ce produit ont donc atteint leur cible.

De manière transversale à ces trois produits, les entrevue et la revue documentaire ont permis d'identifier que la forte rotation du personnel au sein du MENETP et des DRENETP reste un des principaux goulots d'étranglement. Depuis début 2019, un climat d'incertitude plane quant à l'engagement réel du gouvernement à mettre en œuvre le PSE.

RÉSULTAT 5 : PROTECTION DE L'ENFANCE

Tableau 4.12 Protection de l'Enfance : Résultat et produits attendus

| | |
|--|--|
| La réponse et la prévention de l'exploitation et de la violence faite aux enfants sont améliorées dans les régions cibles. | |
| Produit 1 | Renforcement du système de Protection. D'ici à la fin 2019 le système de protection de l'enfant est renforcé par l'adoption d'un cadre politique et légal, d'un système de justice pour enfant et l'amélioration des mécanismes de protection. |
| Produit 2 | Réduction de la violence à l'encontre des enfants. D'ici la fin de 2019, la prévalence de la violence à l'encontre des enfants est réduite à travers des mécanismes de prévention et de protection intégrés et coordonnés (Médical, psychosocial, et Légal) dans les régions d'intervention. |
| Produit 3 | Lutte contre l'exploitation faite aux enfants. D'ici la fin de 2019, les enfants victimes ou à risques d'exploitation bénéficient d'une prise en charge correspondante à leurs besoins à travers des mécanismes de prévention et de protection intégrés et coordonnés (Médical, psychosocial, et légal) dans les régions d'intervention. |
| Produit 4 | Lutte contre le mariage des enfants. D'ici la fin de 2019, les familles et les communautés des régions cibles adoptent des comportements qui repoussent le mariage des enfants. |

Constat 13: Les appuis de l'UNICEF en matière de développement des capacités institutionnelles des partenaires gouvernementaux au niveau central ont contribué à renforcer le système de protection de l'enfance, notamment par le développement de plans et de stratégies intersectorielles pertinents. Au niveau des régions, ceci s'est aussi traduit par la mise en place d'un service de prise en charge intégré dans 80 % des régions cibles depuis 2018.

Renforcement du système de protection

Sur la base des informations fournies par le bureau pays, l'équipe d'évaluation constate que 57 % des cibles pour les indicateurs de produits ont été atteintes en 2019. De nombreux résultats ayant le potentiel d'une portée systémique ont été identifiés :

- Au niveau politique, la stratégie nationale de protection de l'enfance est en cours d'élaboration sous la supervision d'un comité interministériel, appuyé par l'UNICEF. Des ateliers et des groupes de discussion sont en cours dans six régions afin de contribuer à l'élaboration de la stratégie.
- Une évaluation nationale complète du système national d'enregistrement des actes d'état civil et de l'état civil (CRVS) a été finalisée avec l'appui de l'UNICEF, suivie d'un plan stratégique national chiffré du CRVS.¹⁷⁸ Une loi s'inspirant de la stratégie nationale réformant le CRVS a été adoptée par le Parlement et doit être promulguée.
- Le rapport de l'État au Comité des droits de l'enfant a été rédigé par le comité permanent intersectoriel avec le soutien de l'UNICEF¹⁷⁹. L'UNICEF a également soutenu la plateforme des droits de l'enfant des organisations non gouvernementales pour la rédaction de son rapport alternatif.

¹⁷⁸ MID, CNC-CRVS (2017). Rapport d'évaluation des systèmes d'enregistrement des faits d'état-civil et d'établissement des statistiques de l'état-civil.

¹⁷⁹ Comité des droits de l'enfant (Janvier 2020). Rapport valant cinquième et sixième rapports périodiques soumis par Madagascar en application de l'article 44 de la Convention, attendu en 2018. Disponible en ligne : https://tbinternet.ohchr.org/_layouts/15/TreatyBodyExternal/countries.aspx?CountryCode=MDG&Lang=FR

- En ce qui concerne la justice pour enfants, la collaboration avec le Ministère de la Justice et l'organisation non gouvernementale Grandir Dignement a accéléré le traitement des affaires impliquant des enfants, amélioré le suivi des dossiers impliquant des enfants et mis en œuvre des mesures alternatives à la détention. En 2018, 152 enfants en conflit avec la loi ont bénéficié de ces mesures de déjudiciarisation.
- En raison des améliorations systémiques majeures requises, la réduction du nombre d'enfants en détention provisoire (de 81 % à 75 %) a été lente et l'objectif (60 %) n'a pas encore été atteint. Le Ministère de la Justice a noté une augmentation du nombre d'affaires traitées par des juges pour enfants.
- Au niveau régional, 127 réseaux de protection de l'enfance ont été constitués dans les districts et les communautés afin de prévenir et signaler les cas de violence et d'exploitation dans certaines régions, bien que leur fonctionnement n'ait pas pu être évalué en détails.

En termes de cibles de résultat, on constate que le pourcentage d'enfants de moins de 5 ans enregistré à la naissance a en fait diminué, passant de 83 % en 2015 à 78,6 % en 2019 selon les données du système de suivi de l'UNICEF (Annexe 12) et celles du MICS 2018.

Constat 14: Le programme pays a eu des retombées positives mais modestes en matière de réduction de la violence contre les enfants et de la lutte contre l'exploitation et le mariage des enfants, notamment en facilitant l'accès des filles et des garçons au soutien médical, psychosocial et/ou juridique.

Réduction de la violence à l'endroit des enfants

En ce qui concerne la réduction de la violence à l'endroit des enfants (produit 2), les interventions de l'UNICEF ont permis d'atteindre 40 % des indicateurs de produit en 2019. D'ailleurs, 38 % des dépenses sous ce produit ont été destinées à l'amélioration de la prise en charge des enfants victimes de violence et, selon les données de l'UNICEF, plus de 20 000 enfants victimes de violence et d'exploitation ont reçu des soins et un soutien médical, psychosocial et/ou juridique depuis 2015. On souligne également que six centres à guichet unique « *vonjy* » mis sur pied pour les enfants victimes de violences sexuelles sont désormais gérés par la police, le Ministère de la Santé et le Ministère de la Population, démontrant l'appropriation de l'initiative par les partenaires gouvernementaux.

Lutte contre l'exploitation faite aux enfants

En ce qui concerne l'exploitation des enfants (produit 3), deux des trois cibles pour les indicateurs de produit ont été atteintes en 2018, mais seule une des trois cibles avait été atteinte en juillet 2019. Quatre régions et la municipalité d'Antananarivo ont mis en place une stratégie de prévention et de lutte contre la violence à l'égard des enfants et leur exploitation. Dans la capitale, une stratégie globale de prévention et d'intervention pour les enfants des rues a réuni des ONG, la municipalité d'Antananarivo et le Ministère de la Population. Entre 500 et 1 000 enfants victimes d'exploitation ont reçu des soins et des services d'assistance chaque année en 2018 et 2019. Des engagements ont également été signés par des opérateurs touristiques visant à éliminer l'exploitation sexuelle des enfants dans cette industrie, avec un suivi des agents du Ministère du Tourisme.

Lutte contre le mariage des enfants

Dans la lutte contre le mariage des enfants (produit 4), le programme pays a atteint deux de ses trois cibles. Une stratégie nationale et quatre stratégies régionales pour combattre le mariage précoce ont été finalisées en 2017. La stratégie nationale a été validée par le conseil du gouvernement en juin 2018 et a quatre objectifs spécifiques portant sur (1) le renforcement de l'engagement des autorités de proximité, des communautés et des familles à prévenir et protéger les enfants de l'union/mariage par le changement de comportement (2) les capacités et participation des enfants (3) l'engagement des services des secteurs santé, éducation, social/travail/jeunesse et juridique pour la prévention et la prise en charge, et (4) la coordination, incluant la mobilisation des ressources. UNICEF a appuyé la mise en œuvre de ces stratégies par l'accompagnement de ses partenaires dans l'élaboration d'un guide à l'intention des autorités et des acteurs de la protection de l'enfance au niveau communautaire sur la façon de déclarer un village libéré du mariage des enfants¹⁸⁰. Le guide est accompagné de six

¹⁸⁰ UNICEF (2018). COAR 2018.

brochures destinées aux autorités locales, fournisseurs de services, organisations non gouvernementales, jeunes éducateurs pairs, mobilisateurs communautaires et médias.

Dans l'ensemble, on constate que la programmation de l'UNICEF dans le domaine de la protection et de la lutte contre le mariage des enfants regroupe des interventions visant ultimement la réalisation des droits des adolescentes.

En matière d'atteinte des cibles liés au résultat escompté, on constate donc, selon les données de suivi de l'UNICEF, que ces interventions semblent avoir contribué à la diminution de la proportion de filles âgées de 15 à 19 ans ayant été victimes de violences sexuelles. Le taux de violence faite aux filles est ainsi passé de 14,1 % en 2015 à 11 % en 2019, ce qui est néanmoins en deçà de la cible de 10 %. Le travail concerté dans le secteur de la protection n'a également pas suffi pour diminuer de manière significative la proportion de filles mariées avant l'âge de 18 ans, celle-ci étant estimée à 40,3 % en 2018-2019¹⁸¹, soit à peine un point de pourcentage de moins qu'en 2015.

RÉSULTAT 6 : POLITIQUE ET PROTECTION SOCIALE

Tableau 4.13 Politique et protection sociale : Résultat et produits attendus

| | |
|--|---|
| Résultat escompté : Meilleur engagement, responsabilité et capacité du pays à légiférer, planifier et budgétiser des politiques sociales inclusives, et intégrer progressivement des mesures de protection sociale dans les secteurs de programmes pertinents. | |
| Produit 1 | Créations d'informations probantes. La situation socio-économique et son impact sur la situation des mères et des enfants, ainsi que les recommandations des évaluations de programme, sont analysés pour mieux influencer sur les politiques et budgets sociaux et renforcent la programmation fondée sur les preuves. |
| Produit 2 | Appui aux politiques sociales. La capacité des partenaires nationaux est renforcée pour améliorer la transparence, l'analyse et le plaidoyer en matière d'investissement social et de budgétisation. |
| Produit 3 | Protection sociale. Le dialogue, une législation, des partenariats et des modèles sont mis en place pour développer progressivement les programmes de transferts monétaires nationaux et mettre en place un système de protection sociale. |
| Produit 4 | Partenariat public-privé. Un plaidoyer envers les secteurs public et privé est effectué pour promouvoir et soutenir le respect des droits des enfants dans les activités économiques et commerciales à travers « les principes directeurs des droits de l'enfant et des entreprises » et l'établissement de partenariats pour appuyer les programmes. |

Constat 15: L'appui conjoint de l'UNICEF et de la Banque mondiale a abouti à la promulgation et à la validation respectivement de la politique et de la stratégie nationale de protection sociale fondées sur des informations socio-économiques probantes et conformes aux directives mondiales, ouvrant ainsi la voie à l'intégration progressive de mesures renforcées de protection sociale.

Au cours de la mise en œuvre du programme pays, l'UNICEF a renforcé la transparence budgétaire, le dialogue, le plaidoyer et la compréhension de la budgétisation et des dépenses sociales avec la société civile, les parlementaires et les ministères malgaches. Toutes les cibles pour les indicateurs de produits et de résultat dans le secteur de la politique et de la protection sociale ont été atteintes.¹⁸²

Création d'informations probantes

La contribution à la création de données probantes s'est faite par :

- Réalisation des revues des dépenses publiques des secteurs sociaux (Public Expenditures Review) 2015, avec la Banque Mondiale.
- Réalisation des analyses budgétaires des secteurs sociaux clés pour l'enfant dont : la santé, l'éducation, l'Eau, Assainissement et Hygiène, la protection sociale (2017- 2019).

¹⁸¹ INSTAT et UNICEF (2018). MICS.

¹⁸² UNICEF (2018). COAR 2018.

- Réalisation des cadres d'investissement (Investment cases) sur la Nutrition, l'Éducation, et l'Eau, Hygiène et Assainissement. Ces cadres d'investissement ont appuyé l'élaboration des politiques sectorielles.
- Analyse de l'espace budgétaire pour les enfants (2017). Le but était d'entretenir le dialogue sur les possibilités d'accroître les allocations budgétaires aux secteurs clés pour l'enfant.

La contribution la plus significative a toutefois été la publication et la validation des résultats du MICS 2018, en partenariat avec l'INSTAT. En l'absence de données fiables et à jour sur la situation des enfants et des mères, cette étude est une référence précieuse pour mesurer le progrès vers l'atteinte des ODD et pour le développement du prochain programme pays.

Le secteur contribue en ce moment à l'enquête prioritaire auprès des ménages (à compléter vers la fin de 2020), à l'étude MODA (à compléter vers la fin de 2020) et à l'enquête démographique et de santé (à compléter en 2021).¹⁸³

Appui aux politiques sociales

L'appui aux politiques sociales (produit 2) s'est fait de façon articulée et en complément à la production de données probantes (produit 1). Les données ainsi générées ont permis à l'UNICEF de s'engager dans des activités de plaidoyer afin de démontrer, par exemple, l'impact de ces situations sur la performance des services sociaux destinés aux enfants auprès du gouvernement (ministères de l'économie et des finances tout comme les ministères sectoriels, journalistes et société civile.

L'engagement de l'UNICEF dans les processus budgétaires successifs entre 2017 et 2019 lui a permis d'appuyer la société civile dans ses recommandations concernant les budgets de la santé, de l'éducation nationale et de l'Eau, Assainissement et Hygiène auprès des Ministères concernés. En 2019, les séances de présentations sont menées aussi auprès des parlementaires des deux chambres. L'objectif principal était de faire refléter la politique sectorielle, et les programmes pour l'enfant dans le budget de chaque Ministère. Les programmes ayant bénéficié de hausse de l'allocation budgétaire pendant la période 2017-2019 étaient : le programme de développement de la santé de la mère et de l'enfant (santé publique), et le programme d'enseignement préscolaire (éducation nationale). Depuis octobre 2019, l'UNICEF est aussi membre du comité de pilotage et du comité technique pour l'élaboration de la politique de financement du secteur santé.

L'engagement dans le processus budgétaire s'est aussi manifesté par l'initiation en 2018 de l'enquête de suivi des dépenses publiques de l'éducation nationale (en partenariat avec le MENETP, le Ministère des Finances et du Budget, l'Agence Française de Développement, l'Union Européenne et la Banque Mondiale). Cette enquête visait à améliorer les dépenses publiques concernant l'enfant qui doivent parvenir au niveau des écoles et des collèges.

En matière de renforcement des capacités, l'UNICEF a appuyé le renforcement des capacités de la société civile à faire l'analyse des budgets des secteurs sociaux et à élaborer des mémoires budgétaires (ou *budget briefs*) de 2017 à 2019. Depuis 2017, l'UNICEF promeut la transparence budgétaire grâce à l'évaluation biannuelle de l'indice transparence budgétaire. L'UNICEF a, par la même occasion, contribué à la formation de 45 participants de la société civile, des ministères et des PTF sur la transparence budgétaire¹⁸⁴. Elle a notamment formé l'organisation MSIS tato et les cadres du Ministère des Finances sur l'enquête sur le budget ouvert. Madagascar est d'ailleurs membre du *International Budget Partnership* depuis 2017. Cette initiative vise à améliorer la disponibilité des documents budgétaires et à promouvoir la participation des citoyens au processus budgétaire.

Le personnel sondé sur l'efficacité du travail de plaidoyer réalisé par le Bureau Pays, et qui inclut le travail de la section PSE indique que la majorité des répondants estiment que le Bureau Pays a réussi à influencer l'opinion publique (60 %) et les politiques (7 %). Cependant peu sont ceux qui estiment fortement que l'UNICEF soit parvenu à avoir une influence sur le gouvernement pour que ce dernier accroisse le financement des secteurs sociaux (52 %).

¹⁸³ UNICEF (2019). *RAM mid-year 2019*.

¹⁸⁴ UNICEF. (2018) *COAR 2018*.

Protection sociale

Dans le contexte de pauvreté et de vulnérabilité du pays, les filets sociaux de sécurité (FSS) permettent de renforcer la résilience des ménages avant une crise et d'apporter un appui d'urgence suite à une crise¹⁸⁵. Un programme national de filets sociaux de sécurité existe déjà, et le rapport sur les transferts monétaires de 2018, stipule que le défi à Madagascar est en train d'évoluer vers un système intégré de transferts monétaires d'urgence, liés au système national de protection sociale et mis en œuvre par différents acteurs¹⁸⁶.

C'est ainsi que depuis 2015, le gouvernement malgache avec l'appui de l'UNICEF et de la Banque mondiale a lancé trois programmes de transfert monétaires pour les ménages vulnérables : le programme Argent contre travail productif (ACTP), le transfert monétaire pour le développement humain / *Let Us Learn* (TMDH/LUL) et le programme de Transfert Monétaire FIAVOTA en faveur des ménages du Sud touchés par la sécheresse.

L'évaluation d'impact de la première année du programme FIAVOTA dans le Grand Sud conclut que le versement d'une somme forfaitaire suivi de sommes mensuelles aux ménages avec des enfants de moins de 5 ans, a amélioré la sécurité et la diversité des régimes alimentaires et réduit le nombre de ménages qui adoptent des stratégies d'adaptation négatives. Le programme a réduit le taux de malnutrition aiguë chez les enfants de moins de 2 ans, mais n'a pas eu d'impact sur la malnutrition chronique¹⁸⁷. Enfin, les communautés ont également soulevé les difficultés socio-économiques générées par l'insuffisance d'une communication claire sur les critères de ciblage, la fréquence et la durée du transfert.

Quant au transfert monétaire pour le développement humain/ *Let Us Learn* (TMDH/LUL), l'évaluation d'impact n'a pas pu apprécier l'impact du transfert monétaire en raison de la faible participation des ménages éligibles enregistrés (63 % seulement).¹⁸⁸ Le faible taux de participation pourrait être dû à leur manque de connaissances ou à leur incompréhension du programme, mais aussi parce que le transfert ne fournit pas assez de revenus pour couvrir les coûts directs ou indirects de la scolarisation.

Ces deux évaluations d'impact mettent en exergue les limites que peuvent avoir de tels programmes pour diminuer la vulnérabilité des ménages ciblés par le programme. Les discussions de l'équipe d'évaluation avec les différentes parties prenantes ont permis de constater le recours à un mode de gestion plus axée sur les activités que sur les résultats. De ce fait, l'UNICEF semble ne pas avoir su saisir les opportunités pour calquer les modèles au contexte local, afin d'assurer une meilleure qualité d'effets et d'impact sur le bien-être des enfants.

Partenariats avec les secteurs public et privé

Des actions de plaidoyer et de renforcement de capacité, menées par l'UNICEF, auprès du secteur public et du secteur privé ont permis de promouvoir le respect des droits des enfants dans les activités économiques et commerciales. Au début du programme pays, l'UNICEF a mené des actions de plaidoyer et de renforcement de capacités afin d'augmenter les connaissances du secteur privé sur la Charte des Droits de l'Enfant et afin de promouvoir l'intégration des principes directeurs des droits de l'enfant dans les activités économiques et commerciales des entreprises, en accord avec les principes de responsabilité sociale de l'entreprise (RSE). Ces interventions ont amené des entreprises à adopter une politique qui s'aligne sur les « *Children's Rights and Business Principles* » (CRBP) de l'UNICEF¹⁸⁹. Une entente importante avec l'industrie touristique a aussi été signée en 2015, comprenant un code de conduite pour protéger les enfants du tourisme sexuel.¹⁹⁰

En fin de cycle, l'UNICEF a plutôt axé son appui au renforcement des capacités des partenaires publics, afin qu'ils aient accès aux ressources techniques et institutionnelles nécessaires pour le suivi et le

¹⁸⁵ MMPSPF (2018). *La protection sociale à Madagascar : le cas des programmes de transferts monétaires, capacité de réponse aux chocs et options pour l'harmonisation*.

¹⁸⁶ Ibid.

¹⁸⁷ Michell Morey, David Seidenfeld (2018). *Impact Evaluation of Fiaavota Phase 1 Emergency and Recovery Cash Transfer in Madagascar*. Midline Report. American Institutes for Research.

¹⁸⁸ MMPSPF (2018). *La protection sociale à Madagascar : le cas des programmes de transferts monétaires, capacité de réponse aux chocs et options pour l'harmonisation*.

¹⁸⁹ UNICEF (2012). *The Children's Rights and Business Principles*.

¹⁹⁰ UNICEF (2015). *COAR*.

contrôle des engagements des entreprises du secteur privé, en vue de faire respecter les droits de l'enfant dans leurs activités.¹⁹¹

Lors de la mise en place du nouveau gouvernement début 2019, un des premiers freins à la mise en œuvre du programme a été les retards significatifs dans la constitution de responsables techniques au niveau des ministères partenaires, alors premières cibles de la formation. De même, en termes de suivi et de contrôle de la mise en œuvre des principes par les entreprises qui avaient été formées, seule la situation des entreprises suivies directement par l'UNICEF a été comptabilisée : les suivis sous la responsabilité du Ministère du Tourisme n'ont pas été effectués pour le premier semestre 2019.¹⁹²

Pour les activités de partenariat, la signature d'un *Memorandum of Understanding* (MOU) avec le plus grand groupement professionnel du secteur de l'industrie, le Syndicat des Industries de Madagascar (SIM), avait pour objectif de promouvoir le respect des droits de l'enfant auprès de leurs membres, et d'engager les industriels dans le soutien aux enfants les plus vulnérables à travers leurs actions de responsabilité sociale des entreprises. Plusieurs nouveaux partenariats ont été également élaborés et sont en cours de finalisation, dont les partenariats avec CINEPAX, le magazine PRIME, et la Chambre des Mines de Madagascar.

Pour les activités relatives à la création d'un environnement institutionnel réglementaire favorable au respect des droits de l'enfant, un plan de travail conjoint avec le Ministère des Mines est en développement et le travail d'intégration des principes directeurs dans le cadre de mise en œuvre des études d'impact environnemental et social des investisseurs continue avec l'Office national pour l'environnement.¹⁹³

RÉSULTAT 7 : COMMUNICATION POUR LE DÉVELOPPEMENT (C4D)

Dans cette section, on analyse dans quelle mesure les stratégies de communication pour le développement (C4D) ont généré des changements de comportement des individus, familles et communautés et stimulé la demande de services en situation stable.

Il est important de noter que des indicateurs pour suivre la performance des interventions C4D n'ont été trouvés qu'à partir de 2018 (voir Annexe 12 – Performance C4D). Suite à la RMP, un nouveau résultat C4D au niveau des effets a été adopté mais son degré d'atteinte n'a pas pu être mesuré faute de données.

Tableau 4.14 Communication pour le développement : Résultat et produits attendus

| | |
|---|--|
| Résultat escompté : D'ici fin 2019, davantage de familles dans les zones d'intervention adopteront les pratiques familiales essentielles dans les situations de développement ou les situations d'urgence, avec une participation effective des enfants, des adolescents et des jeunes. | |
| Produit 1 | Planification, coordination, suivi et évaluation des interventions C4D. À la fin de 2019, le gouvernement et les partenaires de C4D aux niveaux central et décentralisé ont la capacité de planifier, de coordonner et de surveiller les interventions de C4D visant à promouvoir les PFE, conformément aux principes de la C4D. |
| Produit 2 | Mobilisation communautaire pour la promotion des PFE. D'ici fin 2019, le gouvernement, les médias et les réseaux communautaires seront plus actifs dans la promotion de la participation des jeunes aux questions qui les concernent. |

¹⁹¹ UNICEF (2019). COAR.

¹⁹² Ibid.

¹⁹³ Ibid.

Constat 17: Bien que l'intégration des stratégies C4D aux interventions sectorielles se soit substantiellement renforcée après la revue à mi-parcours, celles-ci n'ont pas suffi à engendrer les changements de comportements nécessaires à l'adoption des pratiques familiales essentielles chez les populations ciblées.

Planification, coordination, suivi et évaluation des interventions C4D

Le bureau pays a réalisé bon nombre d'études quantitatives et qualitatives sur les déterminants socio-culturels de l'adoption des pratiques familiales essentielles (PTF) depuis 2015¹⁹⁴. Ces études s'avèrent être des éléments essentiels afin de mieux comprendre les croyances, les normes et les pratiques culturelles du pays, compréhension qui est à son tour nécessaire au développement et à la mise en œuvre de stratégies C4D efficaces.¹⁹⁵ Ces études et les connaissances qu'elles génèrent sont d'autant plus nécessaires que bon nombre de parties prenantes consultées au niveau du gouvernement central et des régions ont insisté sur l'importance de mettre en œuvre des stratégies adaptées aux particularités propres à chaque région du pays.

Ainsi, en 2017¹⁹⁶, l'UNICEF a développé neuf stratégies C4D¹⁹⁷ et en a mis en œuvre cinq autres dès 2019, à travers les secteurs pertinents. Les stratégies concernent notamment la gestion des risques et des catastrophes, la lutte contre la rougeole, la lutte contre le mariage des enfants, le système de distribution d'eau dans le sud de Madagascar et la sécurité en ligne des jeunes.¹⁹⁸ Pour le secteur C4D, la mise en œuvre de ces stratégies lui a permis d'atteindre une des cibles qu'il s'était fixé depuis la RAM.

Le bureau pays a également redoublé d'efforts pour renforcer les capacités de ses partenaires gouvernementaux au niveau régional en matière de C4D. UNICEF indique avoir renforcé les capacités de 358 partenaires du niveau régional (Atsimo Andrefana, Androy, Analanjirofo, Atsinanana, Vakinankaratra, SAVA) sur les approches participatives en C4D, sur les outils et principes CHAT (Communication dans les actions humanitaires), ainsi que sur la portée et l'enjeu des PFE.

Mobilisation communautaire pour la promotion des PFE

Du point de vue qualitatif, il ne fait aucun doute que le déploiement des stratégies C4D et des efforts de renforcement des capacités ont contribué à l'atteinte des résultats sectoriels décrits dans les constats sur l'efficacité par secteur d'intervention dans ce rapport.

À titre d'exemple, 340 relais communautaires ont fait la promotion des PFE lors des Semaines de la Santé de la Mère et de l'Enfant organisées deux fois par an. Selon l'UNICEF, 40 communes mettraient présentement en œuvre des initiatives d'engagement communautaire pour la promotion des PFE.¹⁹⁹ La stratégie C4D a également été mise à profit dans le cadre du projet de revitalisation du pipeline, contribuant à informer les populations sur l'avancement des travaux et l'utilisation adéquate du nouveau service d'approvisionnement en eau. Pour améliorer les connaissances et l'acceptation des populations de la vaccination infantile, les campagnes de sensibilisation ont été accompagnées d'un appui au

¹⁹⁴ 1. INSTAT, UNICEF (Novembre 2015); 2. Université d'Antananarivo; INSTAT; University of Witwatersrand, School of Public Health; Members of the International Reference Group; Ohio University (2016): Socio-cultural determinants for the adoption of essential family practices in Madagascar. 3. ONCD, INSTAT, UNICEF (Juin 2017): Enquête sur les Pratiques Familiales Essentielles dans les trois districts (Betafo, Majunga I et II) pour la mise en place des modèles rural et urbain. 4. UNICEF Madagascar (2018) : Socio-Cultural Insights for Social and Behaviour Change Campaigns on Exclusive Breastfeeding, Infant Vaccination, Handwashing and Drinking Clean Water in Madagascar.

¹⁹⁵ La revue à mi-parcours a permis de valider que la conception initiale des stratégies du programme pays visant « une analyse intersectorielle plus approfondie et une meilleure compréhension des normes sociales et culturelles qui régissent les comportements et les décisions des familles et des communautés dans un contexte anthropologiquement diversifié » et « l'utilisation de ces informations pour personnaliser la conception et la mise en œuvre de stratégies de changement de comportement, de création de demande et de sensibilisation communautaire ».

¹⁹⁶ UNICEF (2017). *COAR*.

¹⁹⁷ Cyclone et inondations, peste, sécheresse, semaines de santé maternelle et infantile, vaccination, WASH, mariage des enfants, changement climatique et consolidation de la paix.

¹⁹⁸ UNICEF (2019). *RAM mid-year 2019*.

¹⁹⁹ Voir résultats Annexe 12.

gouvernement central ainsi qu'aux ONG favorisant la communication continue et la mobilisation sociale par le biais de la radio, de la télévision et d'autres médias.

Cependant, selon les informateurs et les visites sur le terrain, bon nombre d'interventions C4D ne seraient pas encore tout à fait adaptées aux spécificités culturelles et aux enjeux sociaux propres à chaque région cible. En d'autres termes, alors que les connaissances générées par les études commanditées par l'UNICEF et les stratégies qui en résultent semblent être de bonne qualité, leur mise en application peut encore être renforcée.

« L'UNICEF est resté sur les outils traditionnels de communication pour promouvoir des changements de comportements alors que ceux-ci ne sont plus adaptés au contexte local et aux cibles. À titre d'exemple l'utilisation des supports visuels (...) avec des langages non adaptés au contexte local... »

Des preuves appuyant ce constat ont été rendues publiques dans l'évaluation à mi-parcours du programme de transfert monétaire LUL, qui inclut une forte composante C4D. Cette évaluation affirme que certains ménages auraient dû recevoir le transfert, mais ne se sont pas inscrits au programme, sans doute par manque d'information et de compréhension du programme. L'évaluation affirme également que le transfert n'a eu aucun impact sur les aspirations des chefs de famille quant à l'avenir de leurs enfants, par exemple, à ce que ceux-ci reçoivent une éducation de qualité. L'évaluation recommande d'ailleurs d'améliorer l'aspect communication du programme.²⁰⁰ De même, l'évaluation d'impact du programme FIAVOTA a constaté des défaillances dans l'approche C4D qui a été utilisée dans le cadre de ce programme.²⁰¹

L'équipe d'évaluation a identifié quelques hypothèses possibles pour expliquer les résultats parfois mitigés relatifs à l'efficacité de l'intégration des approches C4D dans la programmation. Les divers répondants de l'UNICEF dans le cadre des entretiens réalisés ont d'une part mentionné une tendance au sein du bureau à avoir recours au personnel du secteur C4D pour répondre à des besoins ponctuels (production de matériel promotionnel telles affiches, banderoles, etc.) plutôt qu'à intégrer et à consulter ce personnel de façon stratégique, en amont du développement des stratégies à mettre en œuvre. On constate d'autre part que le bureau n'a peut-être pas investi suffisamment de ressources en C4D vu le nombre restreint d'ATR C4D dans les régions cibles.

On remarque finalement que le bureau pays ne semble pas avoir été en mesure d'intégrer l'approche C4D de façon claire dès l'élaboration du programme pays, et ce, même si ses expériences et leçons apprises antérieurement auraient pu être intégrées plus explicitement dans le CPD. Le bureau pays avait par exemple expérimenté un cadre conceptuel de changement des comportements dans le cadre du projet conjoint UNICEF/UNFPA à partir de 2014 mais rien n'indique que le bureau se soit approprié les leçons de cette expérience²⁰².

Les entretiens et la revue documentaire ont finalement permis de constater qu'il n'y a pas, du côté gouvernemental, un partenaire désigné (ou point focal) où convergeraient les actions de C4D et que cela pouvait être un possible goulot d'étranglement. La même critique peut également être faite à l'endroit des groupes de PTF.

Constat 18: Les secteurs de la santé et de l'EAH ont répondu de façon rapide et adéquate aux nombreuses crises humanitaires qui ont frappé le pays entre 2015 et 2019.

En 2017, Madagascar a particulièrement été touché par le cyclone Enawo, le plus destructeur que l'île ait connu en 13 ans, affectant 433 612 personnes dans cinq régions. En réponse, l'UNICEF s'est assuré de pré-positionner des biens de première nécessité et a mobilisé ses équipes sur le terrain (ATR) pour répondre aux besoins immédiats (distribution et mise à disposition de l'eau à plus de 3 500 ménages, soutien social à 1 970 enfants et femmes extrêmement vulnérables, et transferts monétaires à 9 750 ménages dont 48 750 enfants). De plus, l'UNICEF a contribué à la restauration de 23 centres de santé temporaires, distribué 30 000 moustiquaires et mis en place trois cliniques mobiles.

²⁰⁰ American Institutes for Research (2019). *Evaluation of Let Us Learn Cash Transfer: Midline Report*.

²⁰¹ Michell Morey, David Seidenfeld (2018). *Impact Evaluation of Fiaavota Phase 1 Emergency and Recovery Cash Transfer in Madagascar*. Midline Report. American Institutes for Research.

²⁰² Projet « Promotion des pratiques familiales clés à travers des stratégies régionales de communication intégrée pour la survie, le développement, la scolarisation et la protection des enfants » mis en œuvre par l'ONG internationale Search for Common Ground 2014 – 2016.

En 2018, deux tempêtes tropicales ont provoqué des glissements de terrain, empêchant 50 000 enfants d'aller à l'école dans des endroits déjà vulnérables. Alors que les épidémies de pestes étaient sous contrôle en 2018 grâce aux efforts de préparation de l'UNICEF, une épidémie de rougeole a été déclarée au début d'octobre dans la plupart des zones urbaines, déplorant 19 000 cas qui ont ajouté un stress important au système de santé. Environ 250 000 enfants (69 % des 365 000 enfants) âgés de 6 à 59 mois ont été suivis tous les trois mois²⁰³ pour malnutrition aiguë au niveau communautaire dans huit districts du sud affectés par les sécheresses. Ce système de suivi a permis d'identifier les communautés en situation d'urgence nutritionnelle et de déployer une réponse rapide par le biais d'équipes mobiles. Entre janvier et novembre 2018, 16 575 enfants de 0-59 mois atteints de malnutrition sévère ont été admis pour traitement. 80 % d'entre eux ont été guéris et l'on déplore 0,6 % de décès, chiffres alignés sur les Standards Nationaux SPHERE. Parmi ces enfants, 5 175 étaient dans des zones non-ciblées urgences, et 11 400 enfants ont reçu un traitement dans des zones de sécheresse du sud. 9 173 de ces cas ont été traités dans des centres de santé et 2 227 l'ont été par l'intervention de cliniques mobiles.

244 631 cas de rougeole ont été enregistrés dans le pays depuis que la crise a été déclarée le 3 septembre 2018²⁰⁴. Cependant, le nombre de cas signalés a diminué progressivement tout au long de l'année (139 550 cas signalés en avril 2019 alors que l'on déplorait 1 242 décès²⁰⁵ déclarés, principalement des enfants). Seuls 280 nouveaux cas ont été signalés entre septembre et octobre 2019, et 38 depuis novembre 2019. Entre-temps, le nombre de cas de peste signalés en 2019 est resté inférieur à la moyenne sur cinq ans. Depuis le 5 août 2019, 88 cas de peste ont été signalés dans 14 districts à majorité bubonique (77 cas). Les acteurs de la santé ont continué à renforcer la riposte dans les districts où la peste et la rougeole sont toujours actives.²⁰⁶

L'UNICEF a contribué à la réponse de cette épidémie par le biais de la coordination et d'une assistance technique ainsi que par l'acquisition de vaccins. 7 238 337 enfants de moins de 10 ans ont été vaccinés durant cette campagne et 100 % de la population affectée par la crise, dont des personnes affectées par l'épidémie de rougeole, a reçu des messages sur les pratiques essentielles. Environ 60 % des enfants dans les écoles vulnérables aux épidémies ont reçu des matériaux de prévention contre la peste et la rougeole. En plus, 128 personnels de 12 DRENETPs et 30 CISCOS (Circonscription Scolaire), dont 28 femmes, ont bénéficié d'ateliers sur la prévention de ces deux maladies.

En somme, l'analyse des indicateurs de performance pour les interventions d'urgence permet de constater que le secteur santé a performé de façon efficace dans de telles situations, atteignant ou presque l'ensemble de ses cibles. Ainsi, tel que présenté à l'Annexe 12, le bureau pays est parvenu à pré-positionner des stocks d'urgence dans cinq régions cibles, à atteindre 100 % de la population touchée par une crise avec des messages sur la santé, à distribuer des moustiquaires ainsi qu'à donner accès aux soins de santé essentiels en période d'urgence.

Concernant les interventions EAH en urgence, avec le soutien de l'UNICEF, plus de 300 000 personnes ont eu accès à de l'eau potable, bien que la cible fût de 390 000²⁰⁷. En 2019, suite au Cyclone Idai, l'UNICEF a aussi distribué des kits EAH à 306 familles vulnérables (ayant des enfants malnutris) et offert un accès à l'eau à plus de 56 000 personnes (79 % de l'intervention du *cluster* EAH) par le biais de camions d'approvisionnements en eau ou la construction de puits.²⁰⁸

L'analyse des indicateurs de performance pour les interventions EAH en urgence, bien qu'imprécis, donnent une certaine idée du travail réalisé dans ce secteur (voir l'Annexe 12). Ainsi, on constate qu'en 2017, 70 % des personnes atteintes par une crise humanitaire ont eu accès à et ont utilisé de l'eau potable. En 2018, ce taux a augmenté à 75 %. Par contre, seules 41 % des personnes ciblées lors des crises humanitaires en 2017 auraient eu accès et auraient utilisé un assainissement de base. Ce taux a drastiquement baissé à 1 % en 2018. En ce qui concerne le taux d'accès et d'utilisation d'un dispositif de lavage de main, UNICEF l'estimait à 71 % en 2017 et à 91 % en 2018. En somme, si on se fie

²⁰³ Système de suivi combiné avec les admissions aux facilités de santé selon les sondages de standards de suivi et évaluation (« *monitoring and assessment of relief and transitions* ») mis en place au travers du *Nutrition's Cluster nutrition survey*.

²⁰⁴ OCHA (2019). *Aperçu de la Situation Humanitaire – Août-Décembre, 2019*.

²⁰⁵ OCHA (2019). *Aperçu de la Situation Humanitaire – Mars-Avril, 2019*.

²⁰⁶ Ibid.

²⁰⁷ OCHA (2018). *Appel Éclair Conjoint Novembre 2018-Avril 2019, Madagascar Grand Sud*.

²⁰⁸ UNICEF (2019). *RAM mid-year 2019*.

strictement aux indicateurs de performance, on constate que le secteur EAH a connu quelques difficultés à atteindre ses cibles en situation d'urgence.

Approches transversales : Approche basée sur les droits humains et approche genre/égalité des sexes

Constat 19: Alors que la réalisation des droits des femmes et des enfants ainsi que l'égalité des filles et des garçons sont à la fois le fondement et la ligne directrice du programme pays, ces dimensions demeurent plus stratégiques qu'opérationnelles, avec notamment très peu de références explicites aux questions de genre dans l'élaboration et le suivi du cadre des résultats du programme.

L'approche basée sur les droits humains est abordée dans le programme pays comme un but, un processus et un résultat intersectoriel attendu (effet), identifié dans le cadre des résultats du programme comme le résultat 7 et défini comme suit : « Les droits des enfants et des femmes sont pleinement intégrés et prioritaires dans la programmation sectorielle, la réponse aux urgences et la communication externe ». Les produits attendus en lien avec ce résultat concernent essentiellement le C4D et ont été examinés dans une section précédente. On évalue donc ici l'intégration de l'approche basée sur les droits humains sous l'angle de trois de ses principes sous-jacents : **la non-discrimination et l'égalité; la participation et l'inclusion; la redevabilité et l'État de droit.**²⁰⁹

Tel qu'illustré dans la représentation graphique du cadre logique (graphique 1.5) du programme pays, l'ensemble des objectifs, stratégies, produits et effets ou résultats espérés visent à promouvoir la réalisation des droits des enfants. Plus spécifiquement, alors que l'État malgache a ratifié la Convention relative aux droits de l'enfant (1989), ainsi que ses deux protocoles facultatifs, les résultats auxquels aspire le programme pays dans les secteurs de la santé, de l'EAH, de la nutrition, de l'éducation, de la protection de l'enfance, de la politique/protection sociale, ainsi qu'en situation d'urgence, sont parfaitement alignés sur ces cadres normatifs.²¹⁰ Du point de vue normatif, il semble donc clair que la réalisation des droits humains est le fondement du programme pays, et que c'est cet aspect qui confère à l'UNICEF la légitimité dont il bénéficie à Madagascar.

Le processus de développement du programme pays met également en évidence qu'une analyse exhaustive de l'état de la situation des droits des enfants a été menée (notamment à travers le SitAn et le MICS 2013) afin de mieux comprendre l'état de réalisation des droits des femmes et des enfants à Madagascar. Le SitAn, tout particulièrement, a mené des analyses sectorielles détaillées des causes, des rôles et des capacités sous-jacentes à la situation observée.

En termes de non-discrimination et d'égalité, le programme pays a d'abord et avant tout voulu cibler les populations les plus vulnérables et marginalisées, notamment celles vivant dans le Grand Sud, mais a fait preuve de flexibilité en œuvrant dans toutes les régions du pays, incluant en situation d'urgence, ceci en adéquation avec le principe de non-discrimination.

Toutefois, en termes de participation et d'inclusion, la conception du programme pays ne semble s'être basée que très peu sur des consultations auprès de la population cible et de la société civile. Cet élément est ressorti assez fortement lors des consultations menées dans les régions visitées par les évaluateurs.

L'approche basée sur les droits humains valorise le développement des capacités tant des détenteurs d'obligations, afin qu'ils soient en mesure de répondre de leurs obligations, que des détenteurs de droits, pour qu'ils soient plus à même de revendiquer leurs droits.²¹¹ En d'autres termes, il importe de se demander si l'UNICEF a travaillé de façon cohérente et complémentaire avec les détenteurs d'obligations et avec les détenteurs de droits afin que ces derniers connaissent et réclament leurs droits et que les premiers reconnaissent et aient la capacité de répondre à ces exigences. Sur cette question, l'UNICEF a majoritairement travaillé avec des partenaires gouvernementaux, moins la société civile, dans des zones pilotes. Des campagnes menées par des intervenants sociaux ont touché la sensibilisation sur les droits et obligations relatifs aux détenteurs et à leurs garants (connaissance des

²⁰⁹ UNEG. (2014). *Integrate Human Rights and Gender Equality in Evaluation*, pg. 25-26.

²¹⁰ Nations Unies, Haut-Commissariat aux Droits de l'Homme (1989). *Convention relative aux droits de l'enfant*; (2000). *Protocole facultatif sur la vente d'enfants, la prostitution des enfants et la pornographie impliquant des enfants*; (2000) *Protocole facultatif sur la participation des enfants à des conflits armés*.

²¹¹ DCPB/OESC/DESA (2012). *Information Note 5. Human rights-based approach to development programming*.

droits, autorité à faire observer ces lois, accès à des ressources, à un réseau social, accès à l'information, possibilité d'exprimer ses opinions et de réclamer ses droits, etc.). Toutefois, lors d'une entrevue de groupe à Mahajanga, Boeny, l'équipe d'évaluation a appris que seules des campagnes de sensibilisation sur les droits des enfants avaient été réalisées et qu'il n'y avait eu aucune sensibilisation sur les obligations des détenteurs et de leurs garants.

Par ailleurs, la mise en place des Réseaux de la Protection des Enfants (RPE) a permis d'augmenter la couverture géographique de la sensibilisation sur les droits des enfants et la protection des enfants face aux diverses formes de violence qu'ils peuvent subir. La capacité et la notoriété du RPE ont mobilisé les responsables étatiques au niveau local et de proximité, à savoir les maires, puis les chefs de quartier, les STD concernés au niveau des districts et régional. Le RPE est un réseau assez actif et proactif selon les parties prenantes interviewées à Boeny qui affirment également que les membres de ce réseau sont tous engagés à la hauteur de leurs responsabilités au sein de l'État et qu'il y a une complémentarité des acteurs concernés.

Des entrevues de groupe ont également confirmé que la section médias et relations externes dans la capitale Antananarivo travaille beaucoup sur des événements ciblant les enfants et les jeunes, pour faire entendre leur voix sur des problématiques qui les touchent. Par exemple, un guide de plaidoyer pour faire valoir leurs droits a été publié, des événements tel le Parlement pour Enfants sont organisés, un club des jeunes journalistes a été mis sur pied, etc.

En termes de redevabilité, même si un certain nombre d'évaluations a été mené, donnant l'opportunité aux détenteurs de droits d'exprimer leur degré de satisfaction au sujet du travail de l'UNICEF et de ses partenaires, une approche plus systématique et intégrée permettant aux détenteurs de droits d'exprimer leurs opinions lors de la conception ou de la mise en œuvre de programmes ou projets n'a pas été constatée par l'équipe d'évaluation. Un exemple de bonne pratique a néanmoins été identifié, soit la mise en place de centres d'écoute ou le renforcement de réseaux de protection des enfants qui permettent la remontée des plaintes, l'écoute et la prise en charge des victimes et le déferrement des présumés coupables pour une meilleure application des lois.

Finalement, en ce qui concerne le principe d'État de droit ou, en d'autres mots, la primauté du droit, on constate l'appui qu'a fourni l'UNICEF à la Direction des Droits Humains et des Relations Internationales et la Direction des Réformes Législatives dans la préparation du rapport périodique sur l'application de la convention des droits de l'enfant et sur ses protocoles facultatifs soumis en 2019.

Les consultations auprès du personnel de l'UNICEF ont par ailleurs permis d'identifier le fait que le travail de l'UNICEF en situation d'urgence est guidé par les principaux engagements pour les enfants dans l'action humanitaire (*Core Commitments for Children - CCC*), elle-même exigeant le recours à l'approche basée sur les droits humains.²¹²

Quant à l'approche genre, l'analyse de la documentation consultée et des entretiens avec les informateurs clés révèlent que ni l'UNICEF ni ses partenaires de mise en œuvre n'ont utilisé des critères de genre clairs en cours de la programmation avec quelques exceptions.

Par exemple, dans la composante programme EAH, des latrines séparées par sexe ont été construites. Le programme intègre aussi une composante hygiène menstruelle à partir de 2018. Cependant, l'évaluation en 2017 du programme EAH ASWA conclut que, bien que l'UNICEF [au niveau global] possède des plans et connaissances en genre, ceux-ci n'ont pas été appliqués dans le projet à Madagascar. Cette même évaluation démontre le rôle important joué par les femmes parmi les acteurs qui assurent l'adoption et la pérennisation des changements de comportements au regard de l'hygiène et de l'assainissement au niveau communautaire²¹³. Les discussions sur le terrain soulèvent également l'absence d'une analyse approfondie de la répartition et de la relation de pouvoir entre les femmes et les hommes au sein de la famille et de la communauté dans la dimension culture et tradition. Par exemple, bien que les gestionnaires des points d'eau élus par la communauté soient des femmes et qu'elles perçoivent des revenus de par leur statut, l'UNICEF n'a mené aucune réflexion sur leur habilité à décider de l'utilisation de ces revenus au sein de leur ménage.

²¹² UNICEF (2010). *Principaux engagements pour les enfants dans l'action humanitaire*, p.6-7.

²¹³ IPME WYG (2017). *DFID Accelerated Sanitation and Water for All Independent Process Monitoring and Evaluation. Country Case Study Report – Madagascar*. Voir en particulier les réflexions s'agissant du rôle des femmes, enfants, hommes entre autres dans le tableau « *Rapid outcome appraisal ASWA Madagascar Mahanoro Commune (12 September 2016)* » p.70.

Le programme pays en soi ne présente pas une analyse genre ni une explication pertinente de la manière dont les différents secteurs traités (santé, nutrition, EAH, éducation et protection de l'enfance) touchent les femmes et les hommes. De plus, les données et indicateurs fournis ne sont pas ventilés par genre.

Concernant le cadre des résultats et la problématique en ce qui a trait aux politiques sociales et à la protection sociale, il est indiqué que « les droits des enfants et des femmes sont pleinement intégrés et prioritaires dans la programmation sectorielle, la réponse aux urgences et la communication externe ». Or, aucun objectif, ni indicateur de résultats ne sont fournis.

Par ailleurs, un document sur la révision de l'intégration de la perspective genre dans les programmes de l'UNICEF à Madagascar a récemment conclu que « les causes profondes des inégalités de genre ne sont pas assez articulées ni dans les plans de travail, ni dans les programmes d'actions ».²¹⁴ Par conséquent, les résultats en matière de genre sont mitigés. Cet avis est d'ailleurs partagé par près du quart des répondants au sondage mené auprès du personnel de l'UNICEF indiquant que les approches visant à faire la promotion de l'égalité des sexes n'ont pas contribué à l'autonomisation des femmes. Selon certaines personnes interrogées, l'absence d'ONU Femmes dans le pays ne favorise pas l'intégration transversale des questions de genre dans les programmes et projets de l'UNICEF. Cependant, tel que mentionné dans la section 4.1 (Pertinence), le bureau pays a intégré à son équipe une spécialiste en genre (P4) en 2019 et réalise actuellement des études et des formations liées aux questions de genre.

4.3 Efficience

L'évaluation a examiné dans quelle mesure²¹⁵: 1) les intrants (ressources financières et humaines) ont été appropriés et adéquatement alloués pour atteindre les résultats escomptés²¹⁶; 2) la structure organisationnelle du bureau pays est adaptée (ou *fit for purpose*) pour répondre aux engagements programmatiques et aux besoins opérationnels découlant de la mise en œuvre du programme pays; 3) les stratégies mises en œuvre par l'UNICEF, tels que le plaidoyer, la coordination intersectorielle interne et l'approche de partenariat, étaient adéquates pour l'atteinte des résultats escomptés²¹⁷; 4) le système de suivi a fourni des informations en temps opportun²¹⁸.

Il est important de noter que l'analyse de l'efficience porte uniquement sur les secteurs santé et EAH tel qu'entendu avec l'UNICEF et spécifié dans la présentation de la portée de la présente évaluation.

Ressources financières

Constat 20: Alors que le bureau pays a été en mesure de mobiliser une quantité importante de ressources financières pour la mise en œuvre du programme pays, notamment dans les secteurs de la santé et de l'EAH et dans les situations d'urgence, celles-ci ont été insuffisantes au regard des cibles souvent ambitieuses établies annuellement pour les résultats et produits escomptés.

Les dépenses du programme pays mises à jour en juillet 2019 totalisent 184 315 000 USD et, tel qu'indiqué dans le tableau 1.1, la majorité des dépenses ont été engagées par les secteurs santé, EAH et éducation.²¹⁹ Bien que les dépenses aient profité aux 22 régions du pays, les quatre régions cibles ainsi qu'Anosy dans le Grand Sud et Anamalanga ont reçu 63 % des fonds.

²¹⁴ Dalak, E. Novembre (2018). *Stratégie Genre Bureau UNICEF Madagascar*.

²¹⁵ Bien que l'évaluation ait prévu d'examiner la promotion ou la mise en œuvre des services communs au sein de l'architecture « Unis dans l'action », il a été décidé de circonscrire davantage la portée de l'évaluation en examinant uniquement les composantes du programme pays à proprement parler. Voir aussi la section 3.6 - Limites de l'évaluation. De plus, la question relative au renforcement des connaissances et des compétences de l'ensemble du personnel de l'UNICEF a été écartée faute d'informations disponibles.

²¹⁶ À noter que les coûts des produits « urgences » en lien avec chaque secteur sont analysés séparément sous la rubrique « Urgences ».

²¹⁷ Tel que mentionné dans la section 4.2 - Efficacité, il a été jugé plus pertinent d'examiner cet élément en lien avec le critère de l'efficience.

²¹⁸ À noter que cette dernière question est identifiée en lien avec le critère d'efficacité dans la matrice d'évaluation mais il a été jugé plus pertinent de la traiter sous l'angle de l'efficience.

²¹⁹ Santé (27 %), EAH (19 %), Éducation (19 %).

Durant la même période, une moyenne de 40 % des cibles ont été atteintes pour l'ensemble des indicateurs des résultats escomptés, tous secteurs et régions confondus. Ainsi, par rapport aux ressources financières utilisées pour la mise en œuvre du programme pays, le niveau d'atteinte des résultats escomptés du programme apparaît bien en deçà des attentes.

Suite à l'analyse par produit attendu pour chaque secteur d'intervention, c'est dans les secteurs santé et politique/protection sociale que l'on constate le plus grand nombre de cibles cumulatives atteintes.

Dans le secteur **santé**, environ 72 % des produits avaient atteint leurs cibles ou étaient en bonne voie de les atteindre en juillet 2019 (voir l'Annexe 12). Toutefois, bien que la plus grande part des dépenses ait concerné le produit lié aux politiques et système de santé (25 %) (produit 1), trois des quatre cibles en lien avec les indicateurs pour ce produit n'avaient pas encore été atteintes.²²⁰ L'efficacité dans ce cas n'est pas assurée.

En ce qui a trait au secteur **EAH**, durant la période 2015-2019 (jusqu'en juillet 2019), la majorité des dépenses a concerné le produit lié à l'accès durable à l'eau (39 %) (produit 3) (voir l'Annexe 13). Deux des quatre cibles en lien avec les indicateurs pour ce produit n'ont pas été atteintes en 2018 et 2019. Dans l'ensemble, le secteur EAH a été sous-budgétisé par rapport aux cibles programmatiques établies. Il semble que le personnel planifiant le programme n'ait pas utilisé les coûts standards employés par le secteur EAH. Par conséquent, il y eu une utilisation disproportionnée des fonds programmés aux installations d'eau, notamment le *pipeline* dont le coût unitaire par cible est beaucoup plus élevé que le coût unitaire pour mettre fin à la défécation à l'air libre et l'utilisation d'une installation d'assainissement basique.²²¹ En raison de son coût élevé, le pipeline a donc dû se faire au détriment d'autres interventions, notamment dans les sous-secteurs de l'assainissement de l'hygiène.

Ces cinq dernières années, le budget du gouvernement alloué au secteur EAH a augmenté de 5,2 millions de dollars en 2014 à 40,3 millions en 2019. Cela représente une augmentation de la proportion du PIB alloué à ce secteur de 0,06 % à 0,31 %, soit une augmentation par personne de 0,20 USD à 1,50 USD. Malgré ce développement positif, la plupart du budget est alloué aux services d'eau, alors que quasiment aucun budget n'est alloué aux services de maintenance, et très peu seulement à l'hygiène et l'assainissement. Pour atteindre les ODDs, Madagascar aura besoin d'investir au moins 8 à 10 USD par personne et par an²²². Avec un accès universel à des sources d'eau améliorées, une hygiène et un assainissement de base, les bénéfices pour Madagascar sont estimés à 367 millions de dollars par an, ou 567 millions par an si l'on inclut les bénéfices de réduction de retards de croissance²²³.

Ressources humaines

Constat 21: L'UNICEF s'est doté d'une équipe multidisciplinaire, hautement qualifiée et possédant une ample expérience dans les domaines pertinents à la mise en œuvre du programme pays, les ATR ayant joué un rôle clé dans la programmation régionale, mais les postes du personnel de gestion au bureau pays ne sont pas pleinement en adéquation avec la complexité du programme pays.

Les entrevues réalisées avec les partenaires de l'UNICEF ont indiqué, qu'en règle générale, le bureau pays possède une équipe hautement qualifiée et compétente qui a su maintenir de bonnes relations avec ses partenaires. Le sondage réalisé auprès du personnel du bureau pays a permis de collecter un certain nombre de données relatives à leurs qualifications, leur expérience ainsi que sur leurs compétences techniques et managériales afin de trianguler ces propos. Bien que ces données soient le fruit d'une auto-évaluation, l'analyse des réponses du personnel œuvrant dans les programmes et ayant un poste de niveau professionnel (G5 et supérieur) permet de constater que le bureau s'est doté d'une équipe possédant un profil académique fort, c'est-à-dire que la grande majorité du personnel possède au moins un grade de niveau maîtrise qui est généralement en lien avec le secteur dans lequel il travaille.

Lorsqu'on examine la composition des équipes par secteur, on constate que celles-ci tendent à être composées d'un mélange de techniciens (ingénieurs, médecins, professionnels de la santé, juristes) et

²²⁰ Les fonds dépensés sur les urgences sont exclus.

²²¹ Le coût unitaire d'un paquet WASH est de l'ordre de 30-40 USD/pp (la part de l'eau représente souvent 70 à 80% du coût), l'intervention CLTS 5 USD/pp, hygiène 2 USD/pp.

²²² UNICEF (2017). MoWASH/UNICEF Madagascar, *WASH Investment Case*.

²²³ Ibid.

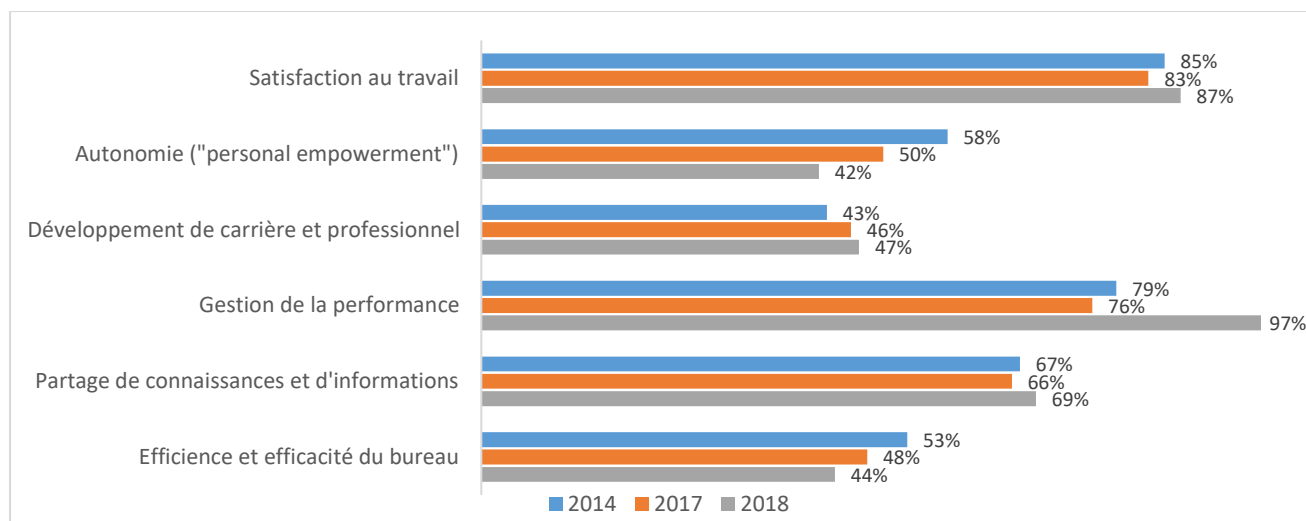
de généralistes (grade avancé en sciences sociales, développement international, gestion, etc.), ce qui semble être une composition adéquate.

Il est intéressant de noter, par contre, que le secteur EAH semble s'être doté davantage de techniciens mais beaucoup moins de généralistes, ce qui est cohérent avec l'emphase actuelle sur le développement du *pipeline* dans le sud, mais peut-être moins lorsque vient le temps de travailler les questions de changement de comportement des populations. Seules deux personnes ayant rempli le sondage semblent combiner des qualifications à la fois techniques et en sciences sociales, ce qui représente un atout majeur pour l'équipe. Il importe de mentionner que certaines parties prenantes ont partagé leur impression à l'effet que l'expertise de l'équipe EAH ne serait pas suffisamment alignée sur l'expertise technique requise pour la réalisation d'une infrastructure (le *pipeline*) d'une telle envergure. À la lumière du coût important de cette infrastructure, on constate ce qui est perçu par certains partenaires consultés comme étant un projet à haut risque, notamment sur le plan réputationnel.

En termes d'expérience antérieure, plus de la moitié du personnel du sous-échantillon en question a une expérience professionnelle directement liée au secteur dans lequel il travaille. Le reste du personnel possède une expérience transversale et transférable pertinente essentielle aux besoins de l'organisation telle que la GAR, le S&E, la recherche et la statistique, la gestion financière, etc. Ceci coïncide avec le fait que, dans chaque secteur, le personnel possède un mélange de compétences techniques (analyse, renforcement des capacités et accompagnement, planification stratégique, communication, etc.) et managériales (GAR, travail d'équipe, leadership) complémentaires. On note par contre que peu de répondants ont identifié des compétences telles que la capacité de persuader et d'influencer ou se sont qualifiés comme étant créatifs et innovants, des compétences et caractéristiques pourtant importantes pour le travail à accomplir.

En termes de ressources humaines, on constate des niveaux de motivation variables, notamment suite aux résultats du MICS 2018 qui ont donné l'impression de travail inefficace dans les secteurs et qui ont donc affecté le moral des employés. En revanche, des données collectées par l'UNICEF dans le cadre du *Global Pulse Survey* depuis 2014 permettent de constater un niveau plutôt élevé et stable de satisfaction au travail et donc un haut niveau de motivation, mais également une très haute estime de la gestion de la performance individuelle de chacun. De plus, le sondage réalisé par l'équipe d'évaluation indique qu'une forte majorité du personnel comprend bien son rôle et ses responsabilités (85 %) ainsi que ceux de leurs collègues (90 %).

Graphique 4.5 Global Pulse Survey 2014-2017-2019²²⁴



On constate néanmoins que le niveau d'autonomie (ou « *personal empowerment* ») est non seulement faible, mais a sensiblement baissé depuis 2014. On remarque également que l'efficacité et l'efficience du bureau a baissé et demeure faible. En termes d'autonomie, le personnel ne considère pas avoir suffisamment de liberté pour prendre des décisions sans d'abord les valider auprès d'un supérieur. Il se sent également peu en mesure d'influencer les décisions au sein du bureau ou de remettre en question les processus internes. En termes d'efficacité et d'efficience, le personnel pense qu'il y a peu

²²⁴ UNICEF (2014, 2017 et 2019). *Global Pulse Survey*.

de place pour les nouvelles idées et l'innovation au bureau. Le bureau pays obtient donc des niveaux de satisfaction inférieurs à la moyenne régionale, tant au plan de l'autonomie que de l'efficacité et l'efficience.

Les entrevues et le sondage réalisés dans le cadre de l'évaluation ont également mis en exergue une impression que le bureau éprouvait certaines difficultés à retenir les talents (près de 40 % du personnel sondé pense que le bureau n'a pas pu retenir les talents) et à assurer un renforcement des capacités du personnel. Il existe aussi une perception d'une certaine lenteur dans les processus de recrutement. Plus de 50 % du personnel est de l'avis que le bureau ne parvient pas à recruter du personnel assez rapidement pour les besoins du programme.

L'équipe d'évaluation constate également la faible dotation en personnel de la section Ressources Humaines ainsi qu'un manque d'adéquation entre les niveaux désignés des gestionnaires du bureau et l'ampleur du travail, notamment dans le cadre du programme pays. Par exemple, le représentant du bureau de Madagascar est de niveau P5 alors que les représentants d'autres bureaux pays en Afrique de l'Est et australe, dont l'envergure de la programmation est comparable, sont de niveau D1.²²⁵ Il en va de même pour les chefs de sections tels que le chef des opérations et le chef des communications, qui sont au niveau P4 alors qu'ils devraient être au niveau P5 vu la complexité du pays et des opérations du programme, notamment dans les secteurs santé et EAH.²²⁶

Par ailleurs, les Agents Techniques Régionaux (ATR) ont constitué un intrant clé dans la programmation régionale de l'UNICEF. 110 personnes ont travaillé au moins 12 mois comme ATR avec des contrats NO-2, UNV ou SSA, parfois commençant sur SSA pour ensuite obtenir un contact NO-2. Selon leurs TdR, le rôle des ATR est de fournir un appui technique aux régions, tout en développant la capacité nationale, et d'assurer la redevabilité en ce qui a trait à l'utilisation des fonds et au rapportage sur l'avancement de la mise en œuvre programmatique.

Structure organisationnelle

Constat 22: Alors que les stratégies du bureau pays ont mis l'emphase sur des interventions au niveau des régions, notamment auprès des directions régionales sectorielles, le pouvoir de prise de décision est demeuré fortement centralisé à Antananarivo, entravant la capacité de l'organisation à répondre de façon agile aux contraintes et opportunités dans les zones d'intervention.

La plus récente version de l'organigramme du bureau pays (janvier 2019) met en exergue que, sur un total de 224 employés que compte le bureau pays, 56, soit 25 % de l'ensemble du personnel, étaient décentralisés dans les régions. Les ATR représentent presque 20 % du personnel du bureau pays, excluant les chauffeurs.

On remarque en parallèle que pendant la période 2015-2019, 58,6 millions USD, soit 31 %, des dépenses programmatiques consistaient en des transferts de fonds vers environ 114 partenaires nationaux de mise en œuvre annuellement²²⁷. De cette somme, on constate que 75 % de ce montant a été dépensé par les directions régionales sectorielles et autres organismes au niveau des régions et quelques-uns des districts. En contrepartie, les 25 % restants ont été utilisés par les organismes gouvernementaux au niveau central. Ceci permet de constater que même si la majeure partie des fonds transférée au gouvernement prend la direction des régions ciblées, la majorité du personnel reste néanmoins concentrée dans la capitale.

Malgré ce constat, lorsque questionnés sur la structure organisationnelle, près de 67 % du personnel sondé a affirmé être généralement en accord avec l'idée que la structure actuelle est la plus appropriée pour atteindre les résultats escomptés alors que 20 % étaient en désaccord ou fortement en désaccord. Toutefois, le personnel de catégorie NO et P ne s'entend pas sur ce point, les P étant généralement beaucoup plus critiques à cet égard (voir tableau 4.15). En effet, 40 % des P sont d'avis que la structure pourrait être améliorée. Selon eux, l'élément principal à améliorer serait lié au renforcement de la présence de l'UNICEF aux niveaux régional et sous-régional. Les NO ont quant à eux des opinions assez positives par rapport à cette catégorie de questions.

²²⁵ Par exemple, le Burundi et l'Angola. UNICEF (2019). *Typology of Country Offices for PBR Discussion*.

²²⁶ UNICEF (2019). *Organigramme de l'UNICEF Madagascar*.

²²⁷ Nombre de partenaires par année : 119 (2015); 112 (2016) ; 117 (2017); 118 (2018); 104 (2019)

Tableau 4.15 Perceptions du personnel sur la structure organisationnelle du bureau

| | P1-5 | | | | NO1-5 | | | |
|---|---------------------------|------------------------|-----|----|---------------------------|------------------------|-----|----|
| | Généralement en désaccord | Généralement en accord | NSP | n | Généralement en désaccord | Généralement en accord | NSP | n |
| La structure organisationnelle actuelle est la plus appropriée | 39% | 50% | 11% | 18 | 15% | 76% | 9% | 54 |
| La présence de l'UNICEF au niveau national/central est adéquate | 11% | 89% | 0% | 18 | 9% | 89% | 2% | 54 |
| La présence de l'UNICEF au niveau régional est adéquate | 44% | 50% | 6% | 18 | 7% | 91% | 2% | 54 |
| La présence de l'UNICEF au niveau sous-régional est adéquate | 44% | 39% | 17% | 18 | 17% | 69% | 15% | 54 |

L'analyse de ces données à la lumière d'autres données recueillies indique que la structure décentralisée du bureau et, plus spécifiquement, la présence dans les régions des ATR, confère un avantage comparatif à l'UNICEF relativement aux autres PTF qui n'ont pas un tel réseau à l'échelle nationale car elle assure une proximité entre le personnel et les structures régionales.

Bien que très appréciés des partenaires de mise en œuvre, plusieurs informateurs, aussi bien de l'UNICEF que parmi les partenaires de mise en œuvre, n'ont pas une idée claire des rôles et responsabilités des ATR. Lorsque questionnés, il était possible de constater que certains ne savaient pas si les ATR étaient des techniciens, des gestionnaires de programme ou s'il devait faire « un peu de tout ». La lecture de leurs TdR et un résumé des rôles de l'ATR ne clarifie pas cette ambiguïté²²⁸.

L'ampleur de la tâche incombant aux ATR a évolué dans le temps, les TdR datant de 2013 étant les plus complexes assignant à l'ATR un large éventail de responsabilités qu'il serait difficile pour un professionnel de niveau NO-2 de satisfaire. La perception des ATR de leur rôle varie aussi entre ceux/celles qui se considèrent plutôt comme des techniciens et ceux/celles qui considèrent que leur rôle est d'assurer une exécution de qualité et redevable des interventions et l'utilisation des fonds selon les règles. Quelques sections à l'UNICEF Bureau Pays ont déjà mené des exercices de clarification du rôle des ATR avec eux (protection de l'enfance) ou ont l'intention de le faire (éducation).

Les ATR travaillent à partir de bureaux fournis par les directions régionales sectorielles respectives épargnant ainsi les dépenses en loyer. Les ATR et personnel d'appui (chauffeurs/messager) ont coûté un total de 4,6 millions USD sur les quatre ans et demi du programme²²⁹, soit en moyenne 11,8 % des dépenses en activités, ce qui peut être considéré un coût modique. Les évaluateurs notent cependant que, dans trois régions,²³⁰ le coût des ATR relatif à l'envergure du programme est bien au-dessus de la moyenne. Les dépenses en ATR et personnel d'appui ont atteint un sommet en 2017 (voir le graphique 4.6).

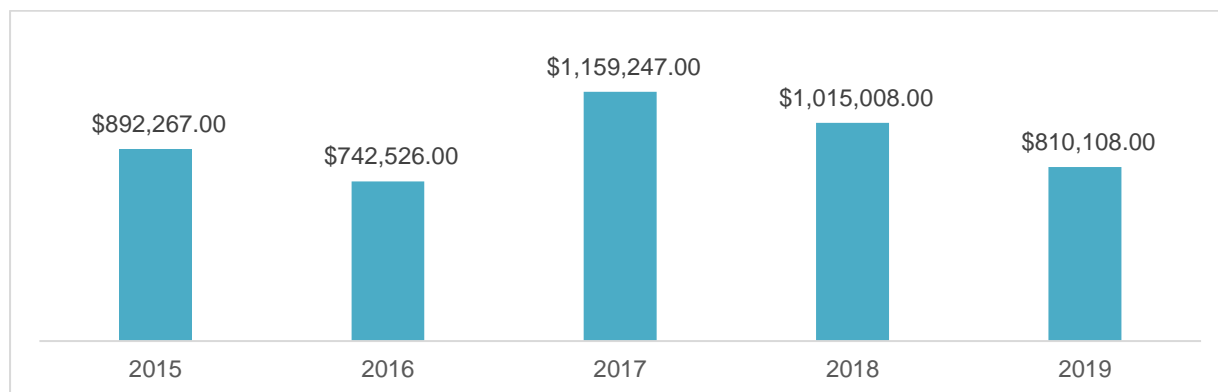
Bien que les ATR aient été un moyen économique de fournir un appui technique et de gestion aux directions régionales sectorielles du gouvernement, leur rôle de développement des capacités des partenaires n'a été rempli que partiellement et il y a des signes que des agents de l'État dépendent démesurément sur les ATR pour effectuer leur travail.

²²⁸ TdR Générique de *Education Officer* daté du 24/04/2013 ; Description du rôle de l'ATR dans le rapport de revue semestriel 2017 du bureau pays ; et TdR du Poste : Administrateur en protection de l'Enfant daté du 21/12/2018.

²²⁹ Les données couvrent jusqu'à la mi-2019.

²³⁰ Betsiboka, Boeny et Haute Matsiatra voir Annexe 14.

Graphique 4.6 Dépenses en ATR et personnel d'appui²³¹



De plus, le fait que les ATR aient comme lieu de travail les bureaux des directions régionales a créé certaines anomalies. Par exemple, les ATR ont de meilleures conditions salariales que les fonctionnaires régionaux. Le sentiment d'inégalité qui en résulte parmi les fonctionnaires, combiné avec leurs plus faibles capacités techniques et financières, a contribué à une charge de travail excessive pour les ATRs qui finissent par exécuter des tâches à la place des fonctionnaires, dérogeant ainsi à leur fonction initiale qui était celle de renforcer les capacités des partenaires gouvernementaux.

Un autre effet potentiel de l'intégration des ATR au sein des bureaux gouvernementaux régionaux qui mériterait d'être exploré davantage pourrait être leur assimilation à la culture organisationnelle du partenaire, plutôt qu'à celle de l'UNICEF, et le manque de distance relative vis-à-vis du partenaire, nécessaire au maintien d'un esprit critique.

On remarque que l'UNICEF n'a pas fait une analyse préalable des besoins de développement des capacités des partenaires de mise en œuvre et des contraintes contextuelles avant de déployer les ATR dans les régions. Une telle analyse aurait été essentielle pour bien comprendre la situation des ressources humaines (nombre et capacités) et matérielles afin d'élaborer une stratégie pertinente, durable et appropriée de renforcement des capacités des partenaires en collaboration avec ces derniers aux niveaux central, déconcentré et décentralisé.

Néanmoins, sur la base des entrevues réalisées, on constate que la présence terrain, en termes quantitatif et qualitatif, demeure insuffisante pour permettre de réels gains dans l'efficacité des actions de l'UNICEF. En d'autres mots, la présence des ATR n'est pas suffisante pour permettre à l'UNICEF d'atteindre efficacement ses résultats pour les raisons suivantes :

- Leur nombre est insuffisant et ils ne travaillent que pour un secteur à la fois.
- Leurs TdR ne sont pas suffisamment clairs, sont trop ambitieux et pas nécessairement en adéquation avec les besoins des directions régionales.
- Ils ont tendance à être utilisés pour accomplir le travail des fonctionnaires de par leur intégration dans les bureaux des directions régionales.
- Les difficultés d'accès et de communication créent un éloignement psychologique avec le reste du personnel qui nuit à leur pleine adhésion à la culture organisationnelle du bureau pays. En fait, les ATR tendent à s'identifier davantage à la culture organisationnelle du bureau départemental où ils sont hébergés.
- Les difficultés d'accès et de communication ne leur permettent pas d'échanger des connaissances et expériences de façon fluide.
- Il n'existe pas de mécanisme voire d'obligation à ce que les ATR communiquent et collaborent entre eux, qu'ils soient dans une même région ou dans un même secteur.
- Leur niveau hiérarchique ne leur permet pas de prendre des décisions rapidement et de façon autonome.

²³¹ UNICEF (2019). *Partnership Analysis Cuba*.

Suite aux entrevues avec les parties prenantes sur le terrain, on constate une certaine centralisation de la prise de décisions programmatiques et de gestion au niveau du bureau de l'UNICEF à Antananarivo, ce qui peut ralentir la capacité des ATR à résoudre des problèmes en temps opportun²³².

Le tableau 4.16 ci-dessous présente les opinions du personnel quant aux niveaux où les secteurs devraient renforcer leur présence pour maximiser leur efficacité.

Tableau 4.16 Perceptions du personnel sur les niveaux où l'UNICEF devrait renforcer sa présence

| | Central | Régions | Districts | Communes | Familles |
|---------------------------------|---------|---------|-----------|----------|----------|
| EAH | 34.23% | 45.05% | 49.55% | 60.36% | 53.15% |
| Éducation | 37.61% | 51.38% | 53.21% | 54.13% | 50.46% |
| Nutrition | 35.71% | 47.32% | 42.86% | 55.36% | 59.82% |
| Politique et protection sociale | 41.67% | 49.07% | 43.52% | 45.37% | 41.67% |
| Protection de l'enfant | 36.94% | 47.75% | 47.75% | 58.56% | 56.76% |
| Santé | 39.09% | 50.91% | 52.73% | 60.91% | 61.82% |

Finalement, étant localisés dans la capitale des régions cibles, les ATR n'ont pu adéquatement appuyer les institutions de gestion et services au niveau des districts et des communes. Les 220 ATD sous PASSOBA qui remplissaient bien cette fonction n'étaient plus en poste à partir de 2016/2017. Ce sentiment a été exprimé par les informateurs sur le terrain.

« Il serait mieux d'avoir un responsable UNICEF au niveau district car les prises de décisions seraient plus rapides, les discussions plus terre-à-terre, et nous aurions une plus grande proximité avec les communautés. Les ATR devraient être au niveau des districts car tout serait plus proche, y compris les connections internet, etc. Ils seraient moins isolés. Un ATR par secteur au niveau district. »²³³

Quant aux agents communautaires (AC), bien qu'il existe une politique nationale des acteurs communautaires qui met un point d'honneur au bénévolat, ce document ne contient aucune norme sur le nombre de ménages qu'un AC doit couvrir. Sur le terrain il n'est pas inhabituel de voir un AC couvrir un ou deux *Fokontany*, ce qui représente environ 4 000 à 7 000 personnes. Cela ne leur permet pas de faire des visites à domicile pour établir le premier contact avec la population. Cette charge de travail et le fait qu'ils ne soient pas rémunérés constituent des sources de démotivation.

Coordination intersectorielle et partenariats

Constat 23: Dans l'ensemble, il existe peu d'exemples de coordination intersectorielle découlant de la mise en œuvre du programme pays et ayant permis de maximiser les effets de l'UNICEF ou de minimiser les coûts des interventions.

Les entrevues ainsi que les visites terrain ont permis de constater que la grande majorité des interventions mises en œuvre par chaque secteur ne se font pas en coordination avec celles des autres secteurs. Par exemple, bien que les ATR basés dans une même région communiquent et échangent de l'information entre eux, cela se fait de manière ad hoc. De plus, si on exclut les stratégies « intersectorielles » (telles que décrites dans le cadre logique), on constate que bien peu d'interventions ont été planifiées ou mises en œuvre conjointement par plusieurs secteurs.

Les perceptions à cet égard, telles qu'exprimées lors du sondage, sont partagées. Plus de 70 % du personnel croit que les processus de collaboration intersectorielle sont adéquats, mais ce résultat ne reflète pas les opinions du personnel de niveau P. Ces derniers sont en fait 55 % à croire que les processus en place ne sont pas adéquats.

²³² Par exemple, une demande pour une voiture hors planification en cas d'urgence prend du temps à être traitée par le bureau central à Antananarivo.

²³³ Entrevue de Groupe avec les CTD et STD. Bureau de la Commune de Tsihombe. Septembre 2019.

Tableau 4.17 Perceptions du personnel sur l'adéquation des processus de collaboration intersectorielle

| Les processus de collaboration intersectorielle sont adéquats pour atteindre les résultats escomptés | | | | | | |
|--|------------------------|--------------|-----------|---------------------|-------------|-----|
| | Fortement en désaccord | En désaccord | En accord | Fortement en accord | Ne sais pas | n= |
| P1-5 | 16.67% | 38.89% | 38.89% | 5.56% | 0.00% | 18 |
| NO1-5 | 1.85% | 16.67% | 35.19% | 44.44% | 1.85% | 54 |
| G6-7 | 0.00% | 12.50% | 50.00% | 12.50% | 25.00% | 8 |
| G1-5 | 0.00% | 19.35% | 48.39% | 22.58% | 9.68% | 31 |
| Total | 3.31% | 19.01% | 41.32% | 29.75% | 6.61% | 121 |

De la même façon, bien que la majorité du personnel croie que la coordination intersectorielle contribue à l'atteinte des résultats, seulement 45 % du personnel de niveau P est d'accord avec cette affirmation.

Tableau 4.18 Perceptions du personnel sur la coordination intersectorielle

| La coordination intersectorielle a permis aux différents secteurs de l'UNICEF d'œuvrer pour la survie et l'épanouissement des enfants de façon cohérente, intégrée et holistique | | | | | | |
|--|------------------------|--------------|-----------|---------------------|-------------|-----|
| | Fortement en désaccord | En désaccord | En accord | Fortement en accord | Ne sais pas | n= |
| P1-5 | 10.00% | 30.00% | 40.00% | 5.00% | 15.00% | 20 |
| NO1-5 | 0.00% | 9.09% | 58.18% | 30.91% | 1.82% | 55 |
| G6-7 | 0.00% | 12.50% | 50.00% | 25.00% | 12.50% | 8 |
| G1-5 | 3.23% | 9.68% | 51.61% | 25.81% | 9.68% | 31 |
| Total | 2.42% | 12.90% | 53.23% | 22.58% | 8.87% | 124 |

Fait intéressant à noter : les réponses des femmes et des hommes membres du personnel de niveau P (voir Annexe 10) sont très divergentes, les hommes étant 60 % et les femmes 30 % « en accord » avec cette affirmation.

Au moins trois facteurs semblent avoir limité la collaboration intersectorielle dans le bureau pays. En premier lieu, peu de stratégies communes ont été identifiées entre les secteurs abordant des problématiques communes. Une des exceptions semble être la stratégie *ONE WASH* entre les secteurs de l'EAH, de l'éducation et de la santé, et dont la mise en œuvre tombe sous la responsabilité des CSB et des ASC. Puisque sa mise en œuvre est assez récente, il existe encore peu de données sur son efficacité. Par contre, le fait que les trois secteurs travaillent avec les mêmes ASC qui sont, de plus, des bénévoles, contribue sans aucun doute à maximiser l'efficacité des interventions.

Structurellement, lorsqu'il est question de la collaboration intersectorielle sur le terrain, on note que les lignes de communication et de reddition de comptes des ATR sont essentiellement verticales, ou en d'autres termes, que ces derniers communiquent principalement avec les membres de leur équipe à Antananarivo et se rapportent à leurs supérieurs hiérarchiques également dans la capitale. De même, la collaboration intersectorielle ainsi que l'échange de bonnes pratiques ne se fait pas souvent en fonction d'une stratégie délibérée de travail intersectoriel ou autour d'un plan de travail commun. Finalement, le fait de ne pas partager un bureau commun limite les possibilités de coordination, d'échange de connaissances et d'expérience entre ATR.

Enfin, le style de gestion ou encore, la culture organisationnelle pourrait également avoir un rôle à jouer. En effet, les données du sondage permettent de constater qu'une proportion non-négligeable du personnel estime que le style de gestion n'a pas favorisé la coordination intersectorielle au sein du bureau (32 %). De plus, c'est le personnel de niveau P, donc majoritairement les gestionnaires eux-mêmes, le plus critique à cet égard puisqu'il est à 44 % en désaccord avec cette affirmation (et 50 % à être généralement en accord).

Tableau 4.19 Perceptions du personnel sur le style de leadership au sein du bureau pays

| Le style de leadership au sein du bureau pays promeut et encourage la collaboration intersectorielle | | | | | | |
|--|------------------------|--------------|-----------|---------------------|-------------|-----|
| | Fortement en désaccord | En désaccord | En accord | Fortement en accord | Ne sais pas | n= |
| P1-5 | 11.11% | 33.33% | 38.89% | 11.11% | 5.56% | 18 |
| NO1-5 | 3.70% | 25.93% | 62.96% | 3.70% | 3.70% | 54 |
| G6-7 | 12.50% | 25.00% | 37.50% | 12.50% | 12.50% | 8 |
| G1-5 | 3.23% | 29.03% | 41.94% | 16.13% | 9.68% | 31 |
| Total | 4.96% | 27.27% | 51.24% | 8.26% | 8.26% | 121 |

Constat 24: L'UNICEF se situe au centre d'un vaste réseau de partenaires gouvernementaux, techniques et financiers avec lequel il collabore et se coordonne pour mettre en œuvre son programme de façon efficiente, tout particulièrement en situation d'urgence.

L'UNICEF Madagascar a un grand réseau de partenaires, dont une centaine au niveau gouvernemental (ministères, régions, structures décentralisées). La revue documentaire (*partnership analysis cube*) a permis de confirmer que 84 % des partenaires de mise en œuvre de l'UNICEF sont des entités gouvernementales, ce qui concorde avec les témoignages recueillis lors des visites terrain. Ainsi, 28 % des ressources du programme pays ont été octroyées aux partenaires gouvernementaux.

L'UNICEF entretient également des partenariats avec les organisations du secteur privé. À cet effet et tel que rapporté par l'UNICEF, le bureau pays a collaboré avec le secteur privé ainsi que certaines instances gouvernementales pour mettre en œuvre un programme comprenant sept formations s'échelonnant sur un an, qui aurait renforcé l'efficacité et l'efficacité de l'implication du secteur privé dans les réponses aux urgences, par exemple par le biais d'opérateurs mobiles qui ont facilité les transferts monétaires.²³⁴

Quant aux partenariats avec les organisations de la société civile, on constate que seulement 3 % des ressources du programme pays ont été octroyées à des ONG, et ce malgré la volonté du bureau pays de miser sur la « création de partenariats innovants avec la société civile »²³⁵. On note tout de même une augmentation des fonds alloués aux organisations de la société civile entre 2017 et 2018. Un total de 17 partenariats avec des OSC a été réalisé en 2017, représentant une valeur totale de 1 824 684 USD, une hausse de 68 % par rapport à 2016.²³⁶ Les entrevues réalisées indiquent que les capacités de la société civile demeurent faibles à Madagascar, ce qui limiterait substantiellement les opportunités de partenariats avec cette dernière.

On note également que, suite à la visite du coordonnateur mondial de *Scaling Up Nutrition (SUN)*, l'UNICEF a renforcé son partenariat avec la plateforme d'ONG menée par Action Contre la Faim (ACF) afin de promouvoir une approche plus cohérente. De nouvelles alliances pour le financement opérationnel de la *Global Environment Facility* ont aussi été finalisées.

Les données du sondage (tableau 4.20) montrent par ailleurs que si près de 80 % du personnel sondé estime que l'UNICEF s'est associé avec les bons partenaires au niveau du gouvernement central et avec les ONG, nombreux sont ceux qui pensent que les partenariats devraient être renforcés avec les Collectivités Territoriales Décentralisées (CTD), le secteur privé, la société civile et les Services Techniques Déconcentrés (STD).

²³⁴ Ibid.

²³⁵ UNICEF (2019). *Partnership Analysis Cube*.

²³⁶ UNICEF (2018). *COAR*.

Tableau 4.20 Perceptions du personnel relativement à la suffisance de la représentation des partenaires par type

| | Généralement en désaccord | Généralement en accord |
|----------------|---------------------------|------------------------|
| Gouv. Central | 11.96% | 79.49% |
| CTD | 31.62% | 48.72% |
| STD | 19.65% | 62.39% |
| Société civile | 21.36% | 58.12% |
| ONG | 11.11% | 73.50% |
| Secteur privé | 28.20% | 44.44% |

En effet, alors que les partenariats avec les ministères sectoriels du gouvernement représentent la clé de voûte du programme pays, on constate que la faiblesse de l'État au niveau des régions et des districts (CTD et STD) s'est avérée être un défi de taille pour la mise en œuvre effective du programme pays.

Les *clusters* ont pour mandat de coordonner des activités de prévention et de préparation aux urgences, d'évaluer les effets des catastrophes, et de mettre en œuvre des activités de réponses, de résilience et de relèvement précoce.²³⁷ L'UNICEF est le *lead* des *clusters* de l'éducation, de la nutrition, de l'EAH et de protection sociale et le « *co-lead* » du *cluster* santé avec l'OMS. Cette position de leadership au sein des *clusters* renforce les partenariats entre l'UNICEF et les autres PTF dans ces secteurs.

Cette collaboration entre PTF est très importante en matière de préparation et de réponse aux urgences. À titre de *lead* de quatre « *clusters* », l'UNICEF est un acteur essentiel, notamment de par son mandat multisectoriel.²³⁸ On note une bonne collaboration entre l'UNICEF, OCHA et le BNGRC, ainsi qu'avec les partenaires clés dans toutes les étapes de préparation aux urgences, depuis l'élaboration des plans de contingence nationaux, régionaux et au niveau des districts, y compris les plans sectoriels (plan de réponse, d'évacuation, etc.).

La collaboration et la communication entre partenaires sont néanmoins très centralisées (c'est largement au niveau central que se tiennent la plupart des réunions) tandis qu'au niveau des régions ou des districts, les informations obtenues lors des entrevues indiquent qu'il est plus difficile de prendre des décisions de manière concertée.

La plupart des partenaires consultés estiment que l'UNICEF tient bien son rôle dans ces *clusters*, mais pensent aussi que cette même coordination pourrait être renforcée (tous secteurs confondus), et que des efforts pourraient être faits pour harmoniser les outils et procédures, notamment en suivi et évaluation, et pour promouvoir un meilleur partage de produits analytiques (évaluations, études, enquêtes), de connaissances et leçons apprises. Plus précisément, la coordination avec les PTF gagnerait à être renforcée hors des *clusters* car peu d'indications laissent croire que les groupes inter-agences sont opérationnels hors du contexte des *clusters*. Ceci est corroboré, dans une certaine mesure, par les résultats du sondage. En effet, seule une faible majorité du personnel de l'UNICEF sondé (58 %) croit que le bureau pays a su éviter de chevaucher les efforts des autres PTF au niveau national. Ils sont 57 % à penser de même quant aux efforts au niveau régional. Les femmes de niveau P et N sont moins nombreuses encore (soit 51 % d'entre elles) à croire que les partenariats ont servi à maximiser les effets des interventions de l'UNICEF. Qui plus est, ce sont près de 30 % du personnel de niveau P et NO qui pensent que l'UNICEF n'a pas su capitaliser sur ses partenariats avec les PTF pour maximiser l'effet de ses interventions.

Une des explications les plus plausibles des lacunes en termes de coordination entre les agences du SNU serait la forte concurrence pour les ressources des grands bailleurs de fonds tels que la Banque mondiale, les bailleurs bilatéraux comme la Grande Bretagne, l'Union Européenne/ECHO, GAVI, USAID, Japon, jumelée à l'impératif de chacun de pouvoir démontrer à ses bailleurs de fonds une contribution claire à l'atteinte des résultats escomptés.

²³⁷ La Plateforme Humanitaire du Secteur Privé de Madagascar (2020). *Approche par Cluster*. Consulté le 28 janvier 2020. <http://pshp-mada.org/la-grc/approche-sectorielle/>

²³⁸ Les groupes sectoriels ou « *clusters* » sont chargés des activités de prévention et de préparation aux urgences, d'évaluer les effets des catastrophes, et de mettre en œuvre des activités de réponse, de résilience et de relèvement précoce. Ibid.

Système de suivi - Gestion axée sur les résultats

Constat 25: Bien que l'UNICEF ait renforcé les systèmes de suivi axés sur les résultats tant au niveau du bureau pays qu'au niveau de l'appareil gouvernemental national, le cadre des résultats du programme pays comprend des lacunes et l'absence d'une stratégie et d'une plateforme de partage des connaissances ralentit l'adoption d'une culture de la GAR à l'interne et par ses partenaires.

Au cœur d'un système de gestion axée sur les résultats se trouve la chaîne des résultats basée sur une théorie du changement. Bien qu'une théorie du changement n'ait pas été élaborée lors de la conception et la mise en œuvre du programme pays, l'analyse de situation de 2014 utilisa l'approche « arbres à problèmes » et « chaînes de résultats ». Ce travail n'a pas été reflété dans le CPD. De plus, le CPD ne contient pas une analyse des risques et des hypothèses qui pourraient influencer l'atteinte des résultats.

À partir de 2017, dans le contexte de la RMP et suivant les directives de l'UNICEF au niveau global pour le renforcement de la GAR²³⁹, le Bureau Pays a substantiellement amélioré le système de suivi axé sur les résultats du programme pays. Un processus participatif d'assurance qualité des indicateurs a été complété lors de la RMP. L'exercice aboutit à : la réduction du nombre d'indicateurs ; une définition précise des indicateurs (numérateur, dénominateur) ; des sources de données et des cibles annuelles ; l'établissement d'une situation de base pour tous les indicateurs (bien qu'il existe des lacunes dans la disponibilité des données de base pour les districts cibles, par exemple en EAH) ; la revue des progrès deux fois par an²⁴⁰ ; la disponibilité en ligne du cadre logique du programme pays avec la mesure des indicateurs à jour ; et une visualisation des données de gestion de programmes et de gestion financière en 2018²⁴¹, ce qui est d'une grande utilité pour les chefs d'équipes et les gestionnaires du Bureau Pays.

De plus, selon les procédures de l'UNICEF global, le Bureau Pays a identifié et évalué annuellement les risques internes et externes et identifié les réponses aux risques résiduels. Le format de gestion des risques s'est amélioré d'année en année selon les pratiques courantes.

On note néanmoins quelques incohérences dans la chaîne des résultats du programme pays. Par exemple, le produit 2 du secteur protection de l'enfance, tel que formulé, est un résultat de niveau impact qui dépasse le résultat attendu pour ce secteur et serait, en plus, trop ambitieux pour un programme pays couvrant une période de cinq ans. Ce serait plutôt l'amélioration de la réponse et de la prévention de l'exploitation et de la violence faite aux enfants qui contribuerait à une réduction de la violence à l'encontre des enfants et non l'inverse. De plus, les énoncés des produits 2 et 3 de ce secteur englobent chacun plus qu'une seule idée et manquent donc de clarté. Par exemple, le produit 2 devrait se limiter à la mise en place des mécanismes de prévention et de protection intégrés et coordonnés. Ainsi, le produit 3 deviendrait superflu car il intègre cette même idée.

Une analyse plus détaillée de : a) la pertinence et la qualité des indicateurs; b) la fiabilité et la qualité des données; c) l'utilisation du système pour la prise de décisions; d) la gestion des activités évaluatives et; e) la qualité des rapports de suivi, est présentée en Annexe 15 (Gestion axée sur les résultats).

4.4 Durabilité

L'évaluation a examiné dans quelle mesure : 1) les interventions et résultats du programme sont susceptibles de perdurer au-delà du cycle programmatique actuel et ; 2) les interventions d'urgence financées par l'UNICEF sont intégrées à des solutions à long terme pour réduire la fragilité et renforcer la résilience des systèmes et des communautés. L'analyse de ce critère concerne uniquement les secteurs santé et EAH, notamment dans le contexte des urgences.

²³⁹ Le guide et la formation en ligne sont de très bonne qualité et facile à comprendre selon les informateurs.

²⁴⁰ Bien qu'une revue à mi-année n'est pas obligatoire à l'UNICEF, le bureau de Madagascar l'a fait à partir de 2018 couvrant le programme et les opérations.

²⁴¹ Utilisant le logiciel *Business Intelligence*

Constat 26: Ayant décidé de cibler et d'intervenir dans les régions où vivent les populations les plus vulnérables, l'UNICEF a dû composer avec la faible capacité d'absorption de l'aide extérieure de ses partenaires au niveau déconcentré, mettant à mal le potentiel de durabilité de sa programmation.

L'ensemble de la programmation pays de l'UNICEF est axé sur l'atteinte de résultats durables pour les populations malgaches, notamment les femmes et les enfants, mais certaines interventions en particulier, dont la formation des gestionnaires de programme et des fournisseurs de services en systèmes de gestion de pointe,²⁴² ont constitué des acquis essentiels, assurant une disponibilité et une qualité accrues des services. La collaboration partenariale pour un développement des capacités gouvernementales génère des effets positifs, et les structures de planification, de coordination, et de suivi-évaluation évoluent lentement. Un groupe de travail (*Task Force*) multipartenaires a récemment été établi sur le plan national et se rencontre trois fois par an.

Les appuis tels que la construction d'infrastructures, la dotation de celles-ci en matériaux et fournitures de haute qualité, etc. (que ce soit dans les secteurs de la santé, EAH, éducation ou de la nutrition), bien qu'ils ne soient pas *a priori* directement garants de durabilité, se sont avérés essentiels pour rendre possible la mise en œuvre d'interventions plus structurantes telles que celles orientées sur le renforcement des capacités ou sur les changements de comportement.

Démontrant une bonne progression dans l'atteinte des cibles de résultat (67 %) et de produits (72 %) liés aux interventions dans le secteur santé, notamment une progression stable dans le nombre de femmes accouchant dans des centres de santé entre 2012 et 2018, une réduction progressive du taux de mortalité infantile qui est passé de 59 pour mille en 2016 à 40 pour mille en 2018,²⁴³ et une très bonne couverture vaccinale en DCT3 à travers le pays tout au long de la période, les perspectives de pérennisation des acquis de certaines interventions dans ce secteur apparaissent bonnes. Les agents communautaires de la santé (ASC) ont joué un rôle indispensable dans le renforcement des capacités des CSB et dans l'augmentation de la couverture des services. Toutefois, des défis d'accessibilité demeurent pour les populations vivant dans les zones les plus éloignées, surtout dans le contexte malgache de crises humanitaires récurrentes, et la fin du programme PASSOBA-Santé en 2018 peut freiner la progression vers une pérennisation des acquis.

L'UNICEF, en collaboration avec ses partenaires, a tenté de faire face aux multiples défis du système de santé dans le pays, par exemple en formant au moins 80 % des points focaux et du personnel clé sur le terrain en préparation aux réponses d'urgence, et en sensibilisant 80 % de la population vivant dans cinq régions affectées par les cyclones sur les pratiques de préparation aux urgences. Les ASC sont également bien formés pour agir dans les districts où la peste et la rougeole sont toujours actives. Toutes ces mesures renforcent la résilience des populations, contribuant ainsi à la pérennisation des acquis. Toutefois, l'insuffisance en nombre et la non-rémunération des ASC dont le rôle est important pour stimuler la demande des communautés pour des services sociaux et le changement de comportement en santé, EAH, nutrition, et éducation peut constituer une contrainte à toute stratégie durable d'amélioration de la santé et du bien-être des enfants. Cet exemple est emblématique du sous-financement public systémique des secteurs sociaux à Madagascar.

Il importe donc de mettre en perspective les contributions de l'UNICEF au renforcement du secteur de la santé avec la situation actuelle du système de santé malgache. On constate par exemple que malgré l'ampleur des appuis fournis au Ministère de la Santé, les dépenses de ce dernier demeurent en-deçà du seuil de 10 % recommandés par l'OMS et elles ne suivent pas la croissance démographique. C'est dans ce contexte que les PTF ont financé en moyenne près de 70 % des dépenses en santé, rendant le système dépendant des ressources externes. Une récente étude a par exemple recensé près de 205 projets de développement du secteur d'une valeur approximative de 1,11 milliard USD entre 2009 et 2016.²⁴⁴ Malgré tout, le Ministère peine à exécuter son budget, le taux d'exécution moyen entre 2009 et 2016 se situant à 67 % pour l'ensemble du secteur. Ce problème s'étend également au financement externe puisqu'en 2016, le Ministère n'aurait été en mesure de dépenser qu'environ 75 % du

²⁴² Par exemple, en santé : la planification ascendante axée sur les besoins qui assure l'intégration des programmes verticaux ; le financement basé sur la performance ; la supervision intégrée continue avec des réunions régulières de suivi et de gestion de l'information.

²⁴³ INSTAT et UNICEF (2018). MICS, *Mortalité des enfants*.

²⁴⁴ Lang, E., P. Saint-Firmin, A. Olivetti, M. Rakotomalala and A. Dutta (2018). *Analyse du système de financement de la santé à Madagascar pour guider de futures réformes, notamment la CSU*. Washington, DC: Palladium, Health Policy Plus.

financement externe, témoignant de la faible capacité de l'État à absorber l'aide extérieure.²⁴⁵ Jumelant ceci à la forte centralisation qui persiste, le potentiel pour l'UNICEF d'obtenir des résultats durables dans les régions cibles demeure à ce jour un défi colossal.

En ce qui concerne le secteur de l'EAH, les perspectives de durabilité sont incertaines. En 2018, l'UNICEF Madagascar a développé l'approche « prochaine génération de maires » qui s'appuie sur un *leadership* local avec un soutien extérieur limité pour l'atteinte du statut d'éradication de défécation en plein air²⁴⁶. Le Ministère de l'Intérieur et de la Décentralisation (MID) a été un acteur clé dans cet effort d'appui à la mobilisation des maires et à l'agenda de décentralisation, renforçant les municipalités à devenir des acteurs de changement durable. Cette initiative démontre la volonté de l'UNICEF de trouver des façons de contourner les problèmes liés à la dépendance de l'État sur l'aide extérieure, la centralisation, et le travail de concert avec les autorités déconcentrées.

Bien que plus de 700 000 personnes aient maintenant accès à l'eau potable par le biais du *pipeline* dont l'UNICEF a appuyé la construction, très peu de personnes (environ 35 000) ont un accès *direct* au *pipeline*. Les populations qui vivent dans les zones éloignées de l'axe routier le long duquel le pipeline a été construit ne peuvent pas aisément en bénéficier. De plus, ces populations ne peuvent pas se permettre de payer les prix élevés de l'eau transportée par des camions citernes vers ces zones, ce qui a pour effet inattendu de renforcer plutôt que d'atténuer les inégalités sociales.

Après quatre années consécutives de sécheresse dans le Grand Sud de Madagascar, le Code de l'eau et les lois de décentralisation identifient certaines dispositions en faveur de la durabilité des interventions de construction et de renforcement des conduites d'eau (*pipeline*) munies de pompes à énergie solaire²⁴⁷. Ces dispositions concernent, par exemple, le paiement de l'accès à l'eau et la forte implication des autorités locales par la mise en place des STEAH²⁴⁸. Néanmoins, et jusqu'à ce jour, aucune disposition (autre que ponctuelle à l'initiative des bailleurs internationaux) n'a permis d'assurer la mise en œuvre de ces dispositions sur le territoire. Il manque, en somme, un plan de gestion à moyen et long terme du pipeline dans le Grand Sud qui serait pleinement pris en charge par les autorités nationales.

Quant aux interventions pour améliorer les pratiques d'hygiène des populations, depuis 2018, il y a une volonté renouvelée chez l'UNICEF de faire converger l'offre de services en impliquant une plus grande diversité d'acteurs représentant plusieurs secteurs à différents niveaux. La stratégie *ONE WASH* en est un exemple, avec pour objectif d'éradiquer durablement les pratiques courantes de défécation à l'air libre et de l'utilisation des eaux de surface. Cette stratégie intégrée a misé sur la collaboration intersectorielle entre la santé publique, l'éducation et l'EAH ainsi que sur la déconcentration de l'agenda EAH au niveau municipal. Elle capitalise sur le fait que, même si les structures gouvernementales décentralisées EAH ne sont pas présentes au niveau sous-régional, les ministères de la Santé et de l'Éducation sont représentés au niveau du district et des communes. La stratégie a donc misé sur les ASC travaillant directement dans les villages, et sur la participation citoyenne au niveau des villages, *Fokontany*, communes et comités de districts.

Cette stratégie se déploie sur trois niveaux. Le premier niveau (une étoile) s'appuie sur le *Community Led Total Sanitation* (CLTS) pour promouvoir les changements de comportements et parvenir à éliminer la défécation à l'air libre au niveau des villages participants.²⁴⁹ L'obtention de l'accréditation une étoile est donc conditionnelle à l'éradication de la défécation à l'air libre, à la mise en place des services EAH dans les écoles et CSB, tout comme au développement d'un plan ou d'une stratégie communautaire EAH. L'obtention du statut une étoile/communauté SDAL rend le village éligible à un financement externe pour mettre en œuvre le plan ou la stratégie EAH. Le deuxième niveau requiert l'existence de 100 % de latrines améliorées non-partagées, que les institutions (écoles et CSB) puissent gérer l'hygiène menstruelle (institutions 2 étoiles) et qu'une infrastructure fournissant le l'eau potable à la communauté soit disponible. Le troisième niveau requiert une amélioration de l'utilisation des latrines et de la pratique de lavage des mains, que les institutions mettent en œuvre des activités d'hygiène menstruelle (institutions 3 étoiles) et de l'opérationnalisation d'un plan de gestion de l'eau avec des

²⁴⁵ Ibid.

²⁴⁶ UNICEF (2018). *Rapport Annuel UNICEF Madagascar*.

²⁴⁷ UNICEF (2018). *Rapport Annuel UNICEF Madagascar*.

²⁴⁸ STEAH : Service Technique de l'Eau, de l'Assainissement et de l'Hygiène.

²⁴⁹ Les communes ayant un accès limité à l'eau potable et un niveau de vulnérabilité élevé ont été soutenues en priorité par l'entremise de l'approche CLTS en 2017. UNICEF (2017). *Rapport Annuel UNICEF Madagascar*.

partenaires privés. L'approche *ONE WASH* est utilisée depuis 2019 et continuera d'être déployée dans le cadre du prochain programme pays.

De plus, comme le montrent les résultats du programme en matière d'EAH dont la majorité des cibles établies n'ont pas été atteintes, peu d'efforts semblent avoir été faits jusqu'en 2018 pour promouvoir une mise à l'échelle d'un système d'assainissement de base. Au contraire, le programme semble ne s'être concentré que sur le volet « défécation à l'air libre » sans réellement produire les effets attendus. Le financement pour atteindre les objectifs nationaux pour l'assainissement et l'eau potable, que ce soit en milieu rural ou en milieu urbain, est largement insuffisant. Le secteur aurait besoin de 3,3 milliards USD (231 millions USD par an) pour atteindre l'ODD 6²⁵⁰. Enfin, les résultats du GLAAS 2017²⁵¹ indiquent que seul 30 % du financement du secteur est pris en charge par le gouvernement, le reste étant attribué au financement extérieur.

La dispersion des interventions dans neuf régions et plus de 250 communes et l'absence d'une approche holistique ont aussi réduit les impacts du programme et directement affecté le potentiel de durabilité des interventions²⁵².

Constat 27: Bien que la volonté de mise en œuvre d'une approche NEXUS soit palpable, et que des initiatives aient été prises en ce sens, les interventions en matière de préparation et de réponse aux urgences ne s'inscrivent pas encore systématiquement dans une perspective de résilience au sein des populations.

Dès 2016, l'UNICEF Madagascar a montré sa volonté de renforcer la résilience des populations locales par la mise en application de l'approche NEXUS. C'est ainsi que l'UNICEF a appuyé les acteurs régionaux et locaux à faire des suivis nutritionnels mensuels pour les enfants âgés de 6 à 59 mois et à traiter les enfants victimes de malnutrition sévère. L'UNICEF a aussi appuyé les agents soutenant les femmes et les enfants sur les pratiques de soins essentiels y compris en termes de pratique d'allaitement.²⁵³ Un appui psychosocial aux enfants ainsi que la mise en place d'une assistance financière par le biais de transfert monétaire à 45 000 ménages, ont aussi constitué des mesures de renforcement de la résilience.²⁵⁴ Cette même année, une stratégie à plusieurs niveaux a été mise en place combinant les priorités humanitaires, la résilience et les éléments de transition vers le relèvement précoce, tout en assurant une coordination au niveau des *clusters*, le développement des capacités, la mise à disposition de services et une mobilisation des communautés dans les préparations et réponses EAH, éducation, ainsi qu'en santé et en protection de l'enfance.²⁵⁵

Après quatre années consécutives de sécheresse dans le sud de Madagascar, l'UNICEF a confirmé sa volonté d'aborder une approche NEXUS visant à mettre en place des ressources en eau plus permanentes. C'est ainsi qu'a été décidé la construction et/ou le renforcement des conduites d'eau (*pipeline*) munies de pompes à énergie solaire, apportant ainsi de l'eau à des communautés qui n'avaient apparemment pas d'autre alternatives - à cause de la mauvaise qualité de l'eau des nappes phréatiques disponibles (taux de salinité très élevé et profondeur des nappes). Étant donné l'ampleur et la technicité des travaux nécessaires, la capacité limitée du gouvernement et du secteur privé, le temps d'obtention des fonds, et le niveau de supervision requis, l'exécution de ce projet a accusé des retards.

La stratégie nationale des risques et des catastrophes 2016-2030 va aussi dans ce sens. Ses quatre axes prioritaires se veulent: 1) accroître l'engagement politique pour la gestion des risques de catastrophes ; 2) renforcer la gouvernance des risques de catastrophe; 3) renforcer les capacités et la coordination des acteurs ; et 4) renforcer la gestion des connaissances et s'alignent avec le Cadre d'action de Sendai pour la réduction des risques de catastrophe 2015-2030²⁵⁶.

²⁵⁰ Wateraid (2019). *Bilan sur la mise en œuvre du code de l'eau à Madagascar*.

²⁵¹ OMS, UN-Water (2017). *UN-Water Global Analysis and Assessment of Sanitation and Drinking-Water (GLAAS) Report*.

²⁵² UNICEF (2019). *Sustainability Check*.

²⁵³ UNICEF (2016). *COAR*.

²⁵⁴ Ibid.

²⁵⁵ Ibid.

²⁵⁶ BNGRC (2016). *Stratégie Nationale de Gestion des Risques et des Catastrophes 2016-2030*.

Toutefois, les données recueillies indiquent que la transition entre urgence et développement ne se fait pas de manière systématique. Il est donc difficile de déterminer dans quelle mesure les interventions d'urgences appuyées par l'UNICEF ont contribué à une amélioration durable des conditions de vie des populations. En effet, questionnés sur leurs perceptions quant aux perspectives de durabilité des interventions de l'UNICEF en situation d'urgence, seulement la moitié des répondants membres du personnel de l'UNICEF sont en accord avec l'affirmation selon laquelle les interventions de l'UNICEF d'urgences ont permis aux populations affectées d'améliorer leurs conditions de vie de façon durable.

5. Conclusions, leçons apprises et recommandations

5.1 Conclusions

PERTINENCE

Lors de l'élaboration du CPD, le programme pays était aligné sur les besoins des populations du pays dans les divers secteurs d'intervention et régions cibles, les orientations des politiques publiques du gouvernement et les plans et priorités stratégiques de l'UNICEF globalement et au niveau régional. Le programme a aussi démontré sa flexibilité en s'adaptant aux changements de contexte, notamment pour répondre aux crises humanitaires successives provoquées par les situations d'urgence, telles que les sécheresses, cyclones, peste, etc. De plus, aligné globalement sur le cadre MoRES de l'UNICEF, le CPD démontre l'intention du bureau pays de promouvoir l'équité bien que les résultats soient mitigés à cet égard (voir conclusion sur l'efficacité du programme ci-après). Le CPD donne toutefois peu de visibilité aux interventions visant les 1 000 premiers jours des enfants tout comme celles visant les adolescents.

L'évaluation conclut néanmoins qu'il y a certaines limites à la pertinence des interventions de l'UNICEF car, en cours de mise en œuvre, bon nombre de réalités contextuelles globales et dans le pays semblent avoir fait dévier les stratégies initiales vers des approches qui prenaient moins en compte les besoins exprimés par les populations et obéissaient davantage à la logique interne de l'État malgache, aux priorités des bailleurs de fonds (qui ont financé 68 % du programme pays), mais surtout, aux crises récurrentes qui ont marqué le dernier cycle. Ainsi, même si les détenteurs de droits auraient eu des occasions pour exprimer leur degré de satisfaction à propos du travail de l'UNICEF et de ses partenaires, par exemple lors des évaluations de projets réalisés dans le cadre du programme, il n'y a pas eu une approche systématique et intégrée de prise en compte des préoccupations des détenteurs de droits lors de la conception et mise en œuvre du programme.

Quant à l'approche genre, elle n'a pas été intégrée systématiquement et de manière transversale dans la planification et la mise en œuvre du programme pays, le CPD n'étant pas basé sur une analyse genre et ne décrivant pas l'impact différencié sur les femmes et les hommes, les filles et les garçons, des problématiques en lien avec les différents secteurs d'intervention. De plus, les documents de suivi des résultats du programme n'incluent pas d'indicateurs ni de données ventilées par genre. Toutefois, l'intégration récente d'une spécialiste en genre au sein du bureau pays contribuera sans doute à combler cette lacune lors de l'élaboration du prochain programme pays.

EFFICACITÉ

UNICEF a atteint son but d'offrir un appui technique de haute qualité à la conception et à l'adoption de politiques, de plans cadres et de stratégies dans l'ensemble des secteurs d'intervention du programme pays, bien que les résultats soient mitigés au niveau de l'amélioration des conditions de vie, du bien-être et des droits des communautés, familles et enfants. Dans l'ensemble, seules 40 % des cibles au niveau des résultats escomptés ont été atteintes.

Au niveau institutionnel et des services, l'appui de l'UNICEF a :

- Permis aux contreparties nationales du secteur santé de mettre en place des systèmes de gestion efficace d'offres de services selon les normes et standards internationaux, évitant ainsi l'effondrement du système de santé mis à mal par la crise politique de 2009 et le retrait subséquent des bailleurs.
- Maintenir la couverture vaccinale des enfants et augmenter l'utilisation des services SMNI dans les régions cibles.
- Démonstré comment mettre fin à la défécation à l'air libre au niveau communautaire.
- Prouvé qu'il est possible d'assurer l'accès à l'eau pour les populations du Grand Sud en utilisant la technologie d'énergie solaire en partenariat avec le secteur privé.
- Renforcé les systèmes et réseaux publics de protection des enfants.

- Renforcé le système éducatif et contribué à l'amélioration de l'accès à l'école.
- Démontré aux partenaires de l'éducation les investissements nécessaires pour atteindre une éducation de qualité tout en promouvant les bonnes pratiques en nutrition et en hygiène des enfants.

Cependant, leur opérationnalisation, qui dépend de la volonté politique de l'État d'investir dans les secteurs sociaux, n'est pas assurée. On peut citer, parmi les autres goulots d'étranglement à avoir eu une incidence sur la mise en œuvre du programme pays : les changements fréquents de personnel gouvernemental, le manque de coordination entre les départements et ministères gouvernementaux, la faible déconcentration et décentralisation de l'état, la croissance démographique, les changements climatiques, ainsi que les us et coutumes qui vont à l'encontre de la réalisation des droits de l'enfant. De plus les stratégies de communication pour le développement visant la mobilisation communautaire et l'intégration du genre dans la conception et la mise en œuvre des interventions ont été intégrées tardivement.

Ceci dit, les populations ont pu bénéficier de services de santé primaire, tels que la consultation prénatale, les accouchements dans les établissements de santé, des soins de la mère et des nouveau-nés et de prévention de la transmission VIH/SIDA de la mère à l'enfant dans tous les districts des six régions vulnérables couvertes par le PASSOBA-Santé.

En 2016, à la suite d'El Niño dans le Grand Sud, l'UNICEF s'est engagé dans la réhabilitation d'un *pipeline* déjà existant dans la région d'Androy pour pallier le manque sévère d'eau potable dû à la sécheresse qui sévit dans le Grand Sud. Ce travail d'envergure a été accompagné de construction de systèmes de distribution d'eau conventionnels²⁵⁷. Une cartographie des ressources souterraines utilisant des images satellites a aussi été élaborée et des sources d'eaux alternatives ont ainsi pu être identifiées et exploitées en 2018 par de profonds forages.

Étant donné l'ampleur et la technicité des travaux nécessaires à la réalisation de l'extension du *pipeline*, la capacité limitée du gouvernement et du secteur privé, le temps d'obtention des fonds, et le niveau de supervision requis, l'exécution de ce projet a accusé des retards. Néanmoins, l'UNICEF a dû assumer une responsabilité dans un domaine (la construction d'adduction d'eau) qui n'est pas son expertise technique ni son mandat. Afin d'y parvenir, l'UNICEF a fait appel à du personnel spécialisé qui a dû s'atteler à solutionner de nombreux problèmes techniques et de maintenance avant que les *pipelines* d'Ampotaka et de Mandari (construit à Anosy sur fonds GEF) ne soient fonctionnels. Bien que plus de 86 000 personnes aient pu bénéficier de ces travaux de forage et systèmes à moyenne échelle, les populations les plus vulnérables vivant dans les zones éloignées du *pipeline* n'en bénéficient pas car elles n'y ont pas un accès direct et les prix de l'eau transportée par camions citernes ne sont pas à leur portée.

La coordination entre l'UNICEF et les multiples organes de gestion d'urgence nationaux, dont la capacité demeure faible, est complexe mais bien organisée et, à titre de *lead* des clusters en nutrition, éducation, EAH et protection de l'enfance, et *co-lead* du *cluster* santé, l'UNICEF a généralement fait preuve d'efficacité dans la préparation et la réponse aux situations d'urgence.

EFFICIENCE

Le programme pays a mobilisé un nombre important de ressources financières et humaines pour mettre en œuvre les diverses interventions sectorielles et répondre aux crises humanitaires récurrentes tout au long de la période 2015-2019. Malgré cela, seules 40 % des cibles au niveau des résultats escomptés ont été atteintes. Bien que 75 % du budget d'UNICEF octroyé au gouvernement aboutisse au niveau régional plutôt que central, la majorité du personnel est basé à Antananarivo, ce qui peut porter à croire que la structure du bureau pays n'est pas aligné sur ses opérations. Bien que cette structure reflète la distribution du pouvoir au sein de l'appareil d'État malgache, l'alignement du programme sur cette structure centralisée semble être peu adaptée pour répondre aux besoins des communautés ne semble pas être la plus adéquate pour l'UNICEF.

Quant aux ressources humaines, bien qu'elles soient qualifiées et motivées dans l'ensemble, le niveau des postes de gestion au sein du bureau pays n'est pas à la hauteur des ambitions et exigences du programme pays. Au niveau des régions, bien que le déploiement des ATR soit essentiel pour le travail auprès des structures décentralisées du gouvernement, leur rôle n'est pas bien défini. De plus, le nombre d'ATR dans chaque région était insuffisant pour fournir un appui technique et de gestion à la

²⁵⁷ UNICEF (2018). COAR.

hauteur des besoins au niveau des districts et communautés. Quant aux ASC qui travaillent auprès des populations au niveau des districts, leur statut de bénévole constitue un élément d'efficacité du programme.

Bien que l'UNICEF ait joué un rôle de *leadership* important au sein des plateformes de coordination sectorielles des PTF, y compris avec l'équipe des Nations Unies tant en situation de développement que de crises humanitaires, c'est un rôle centralisé avec une faible implication des régions d'intervention. De plus, ce *leadership* a surtout consisté à éviter le chevauchement des interventions des différents partenaires et non pas à une réelle intégration des activités favorisant un effet de levier. En dehors des urgences, l'échange d'information n'a pas été systématique. Bien qu'il y ait eu des exemples de programmes conjoints réalisés avec d'autres agences du SNU, ceux-ci ne garantissent pas à tout coup une meilleure coordination ni une efficacité accrue. L'évaluation de l'UNDAF menée en parallèle à cette évaluation constate par exemple, « un manque de coordination » entre les agences au niveau central et régional (Grand Sud) même dans le cadre de projets spécifiques.²⁵⁸ En fait, l'équipe d'évaluation a plutôt observé un environnement de compétition pour la visibilité et la captation des ressources des grands bailleurs de fonds. L'approche de partenariat avec les autres PTF, incluant le SNU, ne s'est donc pas pleinement alignée sur les principes de l'approche « unis dans l'action ».

La réponse de l'UNICEF aux urgences récurrentes fut pertinente, mobilisant les fonds requis et coordonnant les *clusters* de bailleurs. Le suivi et l'évaluation de telles interventions a toutefois été complexe et a généré peu de données permettant de générer des leçons transférables aux futures interventions.

Le système de suivi-évaluation qui a été utilisé pour mesurer l'état d'avancement des résultats du programme a fourni certaines données utiles à la prise de décision bien que l'on questionne le choix de bon nombre d'indicateurs et de cibles identifiés pour les résultats et produits escomptés ainsi que la fiabilité des données, lesquelles ne sont pas désagrégées par région ni par sexe.

L'absence de théories du changement ou de chaînes de résultats sectorielles et pour l'ensemble du programme a aussi nuit à l'efficacité du programme pays de l'UNICEF. L'équipe d'évaluation n'a pas trouvé de données probantes indiquant qu'au moment des revues de progrès semestrielles voire lors de la revue à mi-parcours, il y ait eu un questionnement sur l'efficacité et l'efficacité des stratégies employées pour atteindre les effets escomptés.

DURABILITÉ

Bien que d'importantes mesures aient été prises dans le cadre du programme pays pour renforcer les institutions nationales et régionales pour une prise en charge des initiatives sectorielles, le potentiel de durabilité des résultats du programme pays est limité par la faible capacité d'absorption de l'aide extérieure des partenaires gouvernementaux de l'UNICEF. Les appuis qui ont contribué au développement de plans gouvernementaux et de stratégies sectorielles sont des éléments favorisant la durabilité. Cependant, un certain nombre de conditions doivent exister pour assurer la durabilité des résultats, notamment l'appropriation par le gouvernement des interventions sectorielles. Ces conditions sont, entre autres : la stabilité et le renforcement continu des capacités du personnel ; l'existence de politiques, de plans et de dispositifs clairs pour la continuité et le suivi des interventions ; un niveau de transparence accru ; et des fournisseurs de biens et de services (privés et publics) fiables et de qualité.

Les principaux obstacles observés à la mise à l'échelle et à la pérennisation des interventions du programme visant ultimement le bien-être des communautés, des familles et des enfants proportionnels aux investissements sont les suivants :

- Des cibles irréalistes qui n'étaient pas basées sur des analyses suffisamment pointues des capacités organisationnelles, des budgets requis pour atteindre ces cibles (le cas du programme EAH) ainsi que des réalités socio-économiques, des besoins et des priorités des populations dans les régions, districts et communes visées ;

²⁵⁸ Raholison, V. Ramanarivo-Raharisoa. L & Naumann, C. (2019). *Évaluation Finale UNDAF 2015-2019 Madagascar*, pg. 47.

- La faible appropriation des initiatives par le gouvernement central dans un contexte de centralisation persistante du pouvoir de prise de décision, de faibles capacités institutionnelles et de financement au niveau décentralisé et déconcentré, de changements ministériels fréquents, et d'absence d'orientations stratégiques claires suite à l'expiration du PND en juin 2019.
- Le manque d'initiatives de qualité ciblant les districts, communautés et familles à travers des interventions de communication pour le développement, de dialogue et de transfert de connaissances sur les droits de la personne et en priorité de l'enfant, sur comment réclamer ses droits, et surtout, sur les bénéfices de l'adoption des pratiques familiales essentielles ;
- Le peu de diversité dans les partenaires de l'UNICEF, composés surtout d'entités du gouvernement central et déconcentré, s'explique par la faiblesse de la société civile organisée à Madagascar. Cet état de fait peut toutefois être perçu comme une opportunité à œuvrer plus systématiquement au renforcement des capacités des ONG locales et de la société civile afin qu'elles deviennent un vecteur de durabilité pouvant pallier l'instabilité politique.
- Le positionnement d'ATR à l'intérieur des bureaux des administrations régionales n'a pas pris en compte les dynamiques de motivation que cette modalité pouvait engendrer aussi bien chez les ATR qu'au niveau du personnel des directions régionales.
- L'absence de moyens des écoles et des CSB pour la construction et l'entretien des infrastructures et le manque d'intégration des activités EAH dans les institutions et dans les systèmes de suivi des Ministères de l'Éducation Nationale et de la Santé. Un suivi de proximité des infrastructures et des activités EAH de la part de ces Ministères pourrait servir de motivation aux CSB et aux écoles d'améliorer leurs performances.
- Un défi futur pour l'UNICEF est de trouver l'équilibre adéquat entre investir dans les actions de réponse aux urgences et celles qui adressent durablement leurs causes fondamentales tout en utilisant son avantage comparatif. Bien que le *pipeline* ait répondu à un besoin fondamental, les investissements requis pour assurer son fonctionnement à long terme dépassent la responsabilité et la capacité de l'UNICEF.

La réponse de l'UNICEF au défi d'assurer la préservation des acquis au terme du financement externe n'a pas été adéquate dans le cas du programme PASSOBA-Santé. Par exemple, la stratégie de sortie préparée par l'UNICEF n'était viable qu'à condition que le gouvernement prenne en charge les salaires des ATD, ce qui n'a pas pu être obtenu et qui a par le fait même invalidé l'hypothèse sur laquelle se basait le plan de durabilité.

L'UNICEF n'a pas suffisamment exploité sa force d'être une organisation qui intervient dans multiples secteurs qui sont pourtant complémentaires. Alors qu'un effort certain est visible dans la conception du programme pour assurer une collaboration et un renforcement mutuel des interventions entre les secteurs de l'UNICEF, les efforts des équipes de gestion du bureau pays à Madagascar n'ont pas suffi à garantir la mise en œuvre de cette vision.

Toutefois, il importe de reconnaître que le projet *pipeline* entièrement piloté par l'UNICEF a permis de mettre en place des solutions innovantes de pompes d'eau fonctionnant à l'énergie solaire et d'offrir ainsi une solution écologique pour l'environnement. Un des résultats les plus significatifs a également été la mise à disposition d'une cartographie des ressources en eaux souterraines réalisées à l'aide d'images satellitaires. Force est de constater également que la réalisation de ce projet constitue en partie une réponse aux besoins d'une population constamment menacée d'insécurité alimentaire.

Enfin, les principaux obstacles à la pérennisation du projet *pipeline* sont :

- Ce *pipeline* est vu comme celui de l'UNICEF et le MEEH ne se l'est pas approprié.
- Si la prouesse technologique est indéniable (180 kilomètres de *pipeline* fonctionnent au solaire) et une *success story* pour l'UNICEF, le réel succès viendra de la capacité nationale à le faire fonctionner dans le temps afin d'offrir un service de qualité à un coût abordable pour les communautés avoisinantes. À ce sujet, des actes de vandalisme ont déjà été relevés et il est avéré que la population ne paye pas suffisamment pour le service reçu.
- Les grandes exploitations agricoles avoisinantes (plus particulièrement dans l'est) cultivent des sisaliers qui consomment beaucoup d'eau.

- Les études des modèles de gestion et des capacités de populations locales qui payent un service d'eau ont commencé tout récemment alors que le *pipeline* est opérationnel depuis plusieurs mois. Il est donc difficile de tirer des conclusions sûres à ce stade.
- Si le *pipeline* est l'une des meilleures solutions, il n'en demeure pas moins qu'elle est très dispendieuse pour le nombre de personnes à desservir. Par exemple, l'investissement du pipeline Ampotaka phase 1 a été de 5,1 millions USD pour 35 000 personnes desservies, ce qui revient à 145 USD/personne. Ceci représente toutefois le prix à payer pour opérationnaliser une approche basée sur l'équité.
- Manque d'interventions eau et CLTS coordonnées.
- Trop grand nombre de communes qui ne disposent pas d'un point d'eau par Fokontany (maillage trop faible de points d'eau sur le territoire).
- Une faible compréhension de la part de la population quant aux coûts, modalités de paiement du service et des exigences de suivi de la qualité de service.

Les investissements substantiels de l'UNICEF en infrastructures et en fournitures ont en fin de compte déchargé temporairement l'obligation de l'État malgache d'assurer que le pays ait les infrastructures nécessaires en place pour assurer le bien-être de sa population. En même temps, les investissements ciblant la capacité des ayant droits d'agir au bénéfice de leur propre développement ont été trop faibles.

5.2 Principales leçons apprises

- Un appui au développement qui vise principalement l'augmentation des capacités des organismes gouvernementaux n'assure pas la durabilité des interventions car il est important d'engager également la société civile (les communautés - Fokontany) et leurs réseaux de personnes influentes tel que leaders traditionnels et religieux, les femmes leaders, les associations professionnelles) dès la phase de conception du programme pour assurer l'appropriation effective des interventions par les populations et l'arrimage des interventions avec leurs besoins et priorités.
- Un programme pays qui vise des changements systémiques pour répondre aux besoins complexes des enfants, des familles et des communautés et qui cherche à promouvoir l'équité par l'élimination des goulots d'étranglement, nécessite une approche intersectorielle intégrée assortie d'interventions multiformes et continues en C4D afin que les changements souhaités s'enracinent partout au pays.
- Des interventions dispersées dans toutes les régions du pays et qui ne sont pas soutenues par des plans et des engagements clairs par le gouvernement pour assurer leur continuité au-delà du cycle du programme pays ne sont pas viables à long terme. Par contre, le ciblage précis et intégré des interventions visant le changement des comportements des populations, tel qu'utilisé dans la stratégie ONE WASH, augmente les perspectives de retombées immédiates et durables.
- La dépendance de l'UNICEF, globalement ainsi qu'à Madagascar, sur des ressources "autres" pour financer au moins les 2/3 de son programme pays, conjuguée avec la réalité que les bailleurs de fonds poursuivent leurs propres priorités, constitue un risque pour l'UNICEF de ne pas pouvoir assurer un financement externe qui est aligné sur les résultats escomptés du programme pays. Cependant, cette situation peut aussi devenir une opportunité si UNICEF a une vision de longue haleine des problèmes prioritaires à cibler dans le contexte spécifique pour assurer le bien-être des enfants, et possède une expertise pour un impact au niveau systémique. Ainsi, l'UNICEF Madagascar est bien positionné pour gérer la mise en œuvre des approches de gestion testées avec le projet PASSOBA-Santé dans le projet d'Amélioration des Résultats Nutritionnels (PARN), l'accord d'assistance technique qu'il vient de signer en mars 2019 avec la Banque Mondiale et le Gouvernement de Madagascar.
- Il y a à Madagascar des leçons tirées des programmes, y compris de l'UNICEF, qui ont utilisé différents incitatifs financiers et non-financiers pour les Agents Communautaire de Santé (ASC), qui sont par ailleurs des bénévoles.²⁵⁹ Les bons résultats en lien avec le traitement de la diarrhée et de la pneumonie confirment la pertinence d'une approche de renforcement des capacités des ASC dans les régions cibles de l'UNICEF.

²⁵⁹ USAID (2015). *Incitatifs offerts aux agents de santé communautaire à Madagascar : enseignement retenu*. http://www.africanstrategies4health.org/uploads/1/3/5/3/13538666/technicalbrief_chw_madagascar_fr.pdf

- La stratégie de partenariat du bureau pays avec le secteur privé pour la période 2017-2019 crée de nouvelles opportunités d'appui aux interventions sectorielles pour contribuer à la réalisation des droits de l'enfant et a un fort potentiel d'impact pourvu qu'elle soit élargie en dehors des limites des clusters.

5.3 Recommandations

Les recommandations présentées ci-dessous ont été élaborées de manière participative avec le GRE et le personnel du bureau pays. Une présentation au GRE en novembre 2019 et un atelier animé par l'équipe d'évaluation lors de la retraite du bureau de l'UNICEF à Madagascar en décembre 2019, ont été l'occasion de discuter des résultats et recommandations préliminaires de l'évaluation. Les commentaires des différentes parties prenantes sur les deux versions préliminaires du rapport d'évaluation ont par la suite été intégrés dans cette version finale du rapport. Les recommandations numérotées sont de niveau stratégique et les explications qui suivent chacune sont de niveau opérationnel. Elles sont classées par ordre de priorité.

Recommandation 1: Le bureau pays devrait concevoir le prochain programme pays comme un programme de transition permettant de développer une vision à long terme, des résultats ainsi que des cibles réalistes qu'il sera en mesure d'atteindre en partenariat avec le gouvernement et par l'intégration en amont de ses stratégies transversales éprouvées, notamment en matière de genre.

| | |
|---|--------------------------|
| Lié aux constats : 1, 3, 6, 11, 18, 21, 24 | Priorité : élevée |
| Acteurs concernés : Gestionnaires BP, Chefs de section, gouvernement (incluant MID), PTF | |

Alors que le prochain programme pays aura vraisemblablement une durée de trois ans, le bureau pays devrait se consacrer à travailler de concert avec le gouvernement, la société civile et les PTF à l'établissement d'une vision du développement commune et à long terme, jusqu'en 2030. D'une durée relativement courte, le prochain programme pays devrait être dédié à l'édification des fondations d'un plan de développement à long terme, en identifiant, pilotant et ajustant les approches et stratégies qui se sont avérées les plus prometteuses dans les dernières années. Le programme devrait être basé sur une théorie du changement détaillée et l'identification de résultats, d'indicateurs et de cibles réalistes. Il devra aussi s'assurer de l'intégration transversale des dimensions égalité des sexes et équité conformément aux stratégies et politiques globales de l'UNICEF. Toutes les approches et stratégies transversales devraient être intégrées dès la conception des programmes et des projets.

La programmation future de l'UNICEF devrait davantage miser sur un développement durable qui vise à renforcer la résilience des familles et des communautés tout en renforçant les capacités de l'État en termes de préparation et de réponse aux désastres. Ceci nécessitera une étroite collaboration avec les PTF engagés dans la réforme de l'État, la préservation de l'environnement et le développement des secteurs économiques et de l'infrastructure.

Recommandation 2: Le prochain programme pays devrait conserver l'approche multi-niveaux consistant à collaborer avec le gouvernement aux niveaux national et régional tout en consolidant ses interventions régionales là où les besoins des femmes et des enfants sont les plus importants.

| | |
|---|--------------------------|
| Lié aux constats : 1, 2, 4, 7, 8, 9, 10, 21, 23 | Priorité : élevée |
| Acteurs concernés : Gestionnaires BP, Chefs de section, gouvernement (incluant MID), PTF | |

Alors qu'il demeure essentiel de collaborer étroitement avec le gouvernement central et de continuer à offrir l'appui technique nécessaire au renforcement de ses institutions, le bureau pays devrait consolider ses interventions régionales et éviter autant que possible de dévier de ces zones. Les critères de sélection des futures régions d'intervention devraient continuer à être déterminés par les données probantes sur les besoins des femmes et des enfants, mais devraient également prendre en compte le potentiel du bureau pays d'avoir un impact significatif. Ainsi, en plus de s'aligner sur les besoins des populations, le bureau pays pourrait par exemple considérer la priorisation des régions où :

- L'UNICEF a travaillé dans le cycle de programmation qui se termine afin de poursuivre les initiatives déjà entamées ;

- Il est possible de déployer et de travailler de façon multisectorielle avec les autorités gouvernementales déconcentrées ;
- Il serait possible de piloter des approches communautaires « bottom-up » multisectorielles et intégrées qui incluraient les autorités décentralisées;
- Travaillent d'autres PTF et agences des Nations Unies avec lesquels l'UNICEF est disposé à travailler de façon étroite (programmes conjoints ou autres modalités).

De plus, le bureau pays devrait adopter des stratégies de sortie plus claires en déterminant d'emblée s'il souhaite : tester des approches pilotes, apporter un appui plus ponctuel et sectoriel pour renforcer des capacités institutionnelles, communautaires ou autres, selon les stratégies déjà promues par les autorités locales, ou d'autres approches.

Recommandation 3: Le bureau pays devrait capitaliser sur l'avantage comparatif qu'il possède actuellement par sa présence dans les régions en renforçant sa présence au niveau décentralisé de façon progressive.

| | |
|---|--------------------------|
| Lié aux constats : 4, 20, 21, 25, 26 | Priorité : élevée |
| Acteurs concernés : Gestionnaires BP, Chefs de section, gouvernement (incluant MID), PTF | |

Le bureau pourrait renforcer, tant sur le plan quantitatif que qualitatif, sa présence aux niveaux des régions et des districts afin d'avoir une meilleure compréhension des besoins de la population et des institutions locales, d'être en mesure de gérer plus efficacement les risques et répondre plus rapidement aux opportunités émergentes, et de maintenir et renforcer son avantage comparatif vis-à-vis des autres PTF.

Ceci pourrait requérir une réorganisation de la structure afin de déployer davantage de personnel, avec des compétences plus diversifiées, ainsi qu'avec une autorité de prendre des décisions renforcées, dans des régions ayant une importance stratégique. À cet égard et dans un premier temps, le bureau pourrait considérer comme projet pilote l'ouverture d'un bureau régional conjoint avec le PAM à Toliara où la prise de décision est plus décentralisée ou dans une région cible, comme Anosy, ou encore par exemple, l'ouverture de locaux où convergent tous les ATR (Ambovombe). Il est recommandé de profiter de la présence conjointe de plusieurs ATR parmi sept des 14 régions où l'UNICEF intervient présentement.

Il importe néanmoins de souligner qu'une telle structuration doit suivre et se faire sur la base d'un programme ou d'une stratégie multisectorielle (ex. *One WASH*) qui aura été prédéterminée pour la région ciblée. En d'autres termes, l'ouverture d'un bureau dans une région ne peut précéder le processus de programmation et de planification stratégique.

Recommandation 4: Le bureau pays devrait conceptualiser et opérationnaliser une approche lui permettant de renforcer la collaboration intersectorielle interne et d'aborder de manière holistique et multisectorielle les défis auxquels les enfants font face depuis la naissance, tout particulièrement les 1 000 premiers jours, jusqu'à l'adolescence.

| | |
|---|--------------------------|
| Lié aux constats : 3, 4, 20, 21, 22 | Priorité : élevée |
| Acteurs concernés : UNICEF HQ, ESARO, Gestionnaires BP, gouvernement (incluant MID), PTF | |

Le bureau pays devrait capitaliser sur les opportunités de collaboration intersectorielle interne et trouver un moyen de conjuguer ses interventions dans des domaines essentiels, afin de s'attaquer de front aux causes sous-jacentes des maux qui affectent les enfants malgaches tout au long de leur jeunesse.

Le *pipeline* présente par exemple une opportunité pour l'UNICEF de développer et de greffer des interventions visant à compléter le « paquet de services » (ex. campagnes d'assainissement, d'hygiène par le biais de C4D, assurer la mise à disposition de l'eau potable dans toutes les écoles et CSB de la région, etc.). Il serait aussi pertinent d'utiliser cette avancée technologique comme bras de levier, et d'inviter d'autres acteurs à y intégrer leurs interventions (ex. jardins scolaires, projets agricoles, etc.). L'initiative *ONE WASH* offre des pistes prometteuses à cet égard.

Le bureau pays devrait identifier et adopter des mécanismes, des structures et des styles de gestion qui renforceront de façon significative le degré de collaboration intersectorielle au sein même d'UNICEF Madagascar, que ce soit au niveau central ou régional. D'autres bureaux pays expérimentent par exemple la mise en œuvre d'une approche qui s'articule autour du « cycle de vie » des enfants (plutôt qu'autour de secteurs) où les résultats espérés s'alignent aux besoins des différents groupes d'âge et

qu'il serait utile d'explorer pour Madagascar.²⁶⁰ Une telle approche donnerait plus de poids et de visibilité à une programmation spécifique au développement de la petite enfance et aux adolescents, programmation qui a fait défaut dans le présent programme pays.

Le personnel du bureau pays est hautement qualifié, compétent et motivé. Le bureau devrait donc valoriser et stimuler l'esprit d'innovation, la prise de risque et la communication intersectorielle afin de trouver des idées innovantes pour vaincre les goulots d'étranglement et répondre efficacement aux urgences.

Recommandation 5: L'UNICEF devrait capitaliser sur son rôle de lead des nombreux clusters sectoriels afin d'améliorer la coordination entre les PTF pour répondre aux défis et problématiques de développement du pays de façon concertée.

| | |
|---|--------------------------|
| Lié aux constats : 3, 5, 17, 23 | Priorité : élevée |
| Acteurs concernés : Gestionnaires BP, Chefs de section, gouvernement (incluant MID), PTF | |

Alors que la coordination entre les PTF est assez forte par le biais des *clusters* à Madagascar, celle-ci devrait être plus substantielle et permettre d'aborder et d'échanger des connaissances sur les défis, les opportunités et les bonnes pratiques de chacun. Surtout, les structures de coordination hors du contexte d'urgence devraient être renforcées. Une coordination efficace devrait stimuler la mise en œuvre d'initiatives et de programmes conjoints qui ne peuvent se résumer à un partage du territoire et des secteurs d'interventions. Étant donné la nature complexe et inter-reliée des défis du pays en termes par exemple de gouvernance, de décentralisation, d'infrastructures, d'absence d'opportunités économiques pour les familles, et comme l'UNICEF ne dispose pas d'un avantage comparatif dans tous les secteurs qui influencent de façon déterminante les droits des enfants, il devient nécessaire de s'associer plus étroitement pour mettre en œuvre des initiatives coordonnées.

Recommandation 6: Le prochain programme pays devrait inclure une analyse plus exhaustive des risques aussi bien politico-administratifs que naturels, ainsi que des opportunités et des coûts nécessaires à l'opérationnalisation des plans de durabilité et/ou de mise à l'échelle pour toutes ses interventions afin de développer des stratégies adaptées au contexte pays parfois volatil.

| | |
|---|--------------------------|
| Lié aux constats : 5, 25, 26 | Priorité : élevée |
| Acteurs concernés : UNICEF HQ, ESARO, Gestionnaires BP | |

Toutes les interventions et stratégies mises en œuvre dans le cadre du prochain programme pays devraient être conceptualisées sur la base d'hypothèses claires et réalistes et d'une identification rigoureuse des risques afin de renforcer les perspectives de pérennité des résultats des interventions. Des stratégies de réponse aux urgences devraient être intégrées de façon claire à la programmation de tous les secteurs.

De plus, des stratégies de durabilité devraient accompagner toutes les interventions. Celles-ci devraient inclure une estimation réaliste de ce qu'il en coûterait au partenaire pour assurer la continuité des activités au terme de l'intervention. La capacité et la motivation du partenaire gouvernemental à assumer pleinement ces coûts ou à chercher des bailleurs alternatifs, devraient être des critères à considérer dans les décisions de s'engager, ou pas, dans une intervention.

Recommandation 7: L'approche de gestion axée sur les résultats du bureau pays devrait inclure : le renforcement de l'opérationnalisation de son système de suivi-évaluation afin d'être en mesure de générer des données crédibles, en temps opportun, à des fins programmatiques ; et le développement d'une stratégie et d'une plateforme de partage des connaissances sur les leçons apprises et bonnes pratiques découlant des diverses interventions.

| | |
|---|--------------------------|
| Lié aux constats : 24 | Priorité : élevée |
| Acteurs concernés : Gestionnaires BP, Chefs de section | |

La fiabilité des données de suivi, notamment celles provenant des régions, devrait être renforcée. Des missions de suivi intersectorielles pourraient par exemple être mises en œuvre dans chacune des

²⁶⁰ Par exemple, au Bangladesh : a) les nouveau-nés / nourrissons et leurs mères, et les jeunes enfants; b) les enfants en âge d'aller à l'école primaire; et (c) les adolescents

régions cibles. L'équipe d'évaluation est aussi d'avis qu'il y a des secteurs et des thématiques qui devraient être évaluées dans le prochain programme pays, par exemple : une évaluation des effets des interventions en protection et en nutrition, des analyses de publics cibles et d'impact des stratégies de communication, une évaluation d'impact du programme PASSOBA-Santé mettant l'emphase sur la durabilité des interventions ou encore une étude coûts-efficacité du pipeline du Grand Sud.

Il importe finalement de porter une attention toute particulière au suivi et à l'évaluation du travail en situation d'urgences afin que le bureau pays soit en mesure de disposer de données probantes sur l'efficacité de ses interventions et de générer des leçons sur les mécanismes et stratégies de réponse aux urgences présentement en place.

Recommandation 8: Le bureau pays devrait renforcer sa collaboration avec les organisations de la société civile et impliquer plus systématiquement les représentants des communautés et des districts dans les régions cibles lors de l'élaboration du prochain programme pays afin de s'assurer que les stratégies d'intervention soient bien adaptées aux besoins et priorités exprimés par les populations et ancrées dans les réalités du terrain.

| | |
|---|---------------------------|
| Lié aux constats : 1, 2, 16, 17, 23 et 25 | Priorité : moyenne |
| Acteurs concernés : Gestionnaires BP, Chefs de section, gouvernement (incluant MID), PTF | |

Le bureau pays devrait déployer des efforts plus importants afin de consulter les acteurs non étatiques, incluant les communautés, afin de mieux comprendre les besoins des populations cibles ainsi que les dynamiques locales propres à chaque lieu. Par exemple, afin de provoquer des changements de comportement durables et de s'attaquer aux goulots d'étranglement et normes sociales néfastes qui retardent la réalisation des droits des femmes et des enfants, les interventions C4D futures doivent chercher à motiver la participation active des familles et communautés, et leur donner la parole pour qu'elles s'approprient pleinement les processus de développement. C'est un élément clé de l'approche basée sur les droits humains. Ceci aurait également pour effet un meilleur équilibre entre l'offre et la demande de services dans les divers secteurs d'intervention.

Le secteur C4D devrait fournir un appui réellement transversal aux interventions des autres secteurs dans les régions de convergence dès la conception des interventions, plus spécifiquement, en termes de :

- Conception/financement d'études de base et finales socioculturelles et comportementales ;
- Appui technique aux secteurs UNICEF et au développement des capacités nationales de mobilisation communautaire participative autour de « paquets de services » intégrés de PFE selon le cycle de vie du nourrisson, de l'enfant et de l'adolescent et dans les situations d'urgence.
- Utilisation des réseaux communautaires et individuels pour le changement des comportements ;
- Diffusion à grande échelle des paquets de services à travers les médias locaux et sociaux.

Recommandation 9: Le bureau pays devrait continuer à renforcer les connaissances et compétences de son personnel en matière d'égalité des sexes afin d'assurer la pleine intégration de ces questions dans toutes ses interventions.

| | |
|--|---------------------------|
| Lié aux constats : 3, 6, 14, 18, 20 | Priorité : moyenne |
| Acteurs concernés : UNICEF HQ, ESARO, Gestionnaires BP, Chef de section | |

Avec le peu de ressources déployées dans le dernier programme pays pour l'intégration des questions de genre et d'égalité des sexes, il devient impératif de rectifier la situation en assurant la présence d'un(e) spécialiste genre dans le bureau pour toute la durée du prochain programme. La nomination de points focaux genre dans tous les secteurs, voire dans tous les projets, est également une piste à explorer pour renforcer cet aspect de façon transversale dans l'organisation.

