

Ministère des Affaires étrangères
et du Développement international

Agence française de développement

**Évaluation conjointe des interventions
de la DGM (MAEDI) et de l'AFD
en matière de santé maternelle et infantile
pour mettre en œuvre les engagements
pris par la France à Muskoka**

Tome 1 : Rapport d'évaluation
Novembre 2014



Sommaire

1. Mandat de l'évaluation	4
1.1. Objectifs de l'évaluation	4
1.2. Périmètre de l'évaluation	5
1.3. Démarche générale et calendrier de l'évaluation.....	8
1.4. Questions évaluatives.....	9
2. Contexte de l'évaluation	11
2.1. La situation de la santé de la mère et des enfants dans les pays en développement.....	11
2.2. Les engagements pris par les pays donateurs à Muskoka	13
2.3. Les interventions Muskoka de la France	15
3. Pertinence.....	27
3.1. Pertinence de l'engagement global de la France en faveur de la santé maternelle et infantile.....	28
3.2. Pertinence du périmètre géographique d'intervention de la France	30
3.3. Pertinence du choix des thématiques appuyées dans le cadre des interventions Muskoka	35
4. Cohérence interne	45
4.1. Cohérence interne et logique de répartition des crédits Muskoka	46
4.2. Cohérence par rapport à la stratégie et les actions de la France en faveur de la santé plus largement	49
5. Cohérence externe	55
5.1. Positionnement de la France au niveau international.....	56
5.2. Positionnement des interventions françaises Muskoka	62
5.3. Action des partenaires Muskoka sur le terrain.....	67
6. Efficacité	70
6.1. Efficacité au regard de la méthodologie de redevabilité du G8	71
6.2. Premières réalisations et conditions d'efficacité des interventions françaises Muskoka.....	76
7. Dispositif institutionnel et modalités de mise en œuvre	87
7.1. Un dispositif au niveau central non spécifique à l'initiative Muskoka	88
7.2. Au niveau décentralisé, un dispositif de gouvernance en consolidation	90
7.3. Un dispositif institutionnel lacunaire en termes de disponibilité des données de suivi préparant à l'évaluation	92
8. Impact et durabilité.....	94
8.1. Impacts pour les pays partenaires et durabilité	94
8.2. Impacts pour la visibilité de l'action de la France.....	99
9. Conclusions et recommandations	103
9.1. Principales conclusions.....	103
9.2. Recommandations.....	107
10. Annexes	113
10.1. Annexe 1 : Note du président du comité de pilotage de l'évaluation	113
10.2. Annexe 2 : Analyse des engagements Muskoka d'autres bailleurs (comparaisons pays)	128
10.3. Annexe 3 : Liste des entretiens.....	154
10.4. Annexe 4 : Liste des principaux sigles utilisés	164

1. Mandat de l'évaluation

1.1. Objectifs de l'évaluation

Le ministère des Affaires étrangères et du Développement international (MAEDI) et l'Agence française de développement (AFD) ont décidé d'évaluer les interventions en matière de santé maternelle et infantile mises en œuvre dans le cadre des engagements pris par la France lors du Sommet du G8 de Muskoka (Canada, 25-26 juin 2010), où les pays du G8 et leurs partenaires se sont engagés à consacrer 7 milliards d'euros d'ici 2015 pour accélérer la réalisation des Objectifs du millénaire pour le développement (OMD) n°4 (réduction des deux tiers du taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans par rapport à 1990) et n°5 (réduction des trois quarts de la mortalité maternelle par rapport à 1990).

Conformément au cahier des charges, cette évaluation s'est inscrite dans une double logique :

- ▶ **De redevabilité vis-à-vis du citoyen et du contribuable** : compte tenu des enjeux financiers et de l'importance du secteur de la santé dans la politique française de coopération au développement, l'évaluation a visé à apprécier de façon claire et impartiale les résultats et la performance des interventions françaises au regard des engagements fixés.
- ▶ **D'apprentissage** : l'évaluation a visé à fournir aux organes décisionnaires de la stratégie internationale de développement de la France des enseignements utiles sur la mise en œuvre actuelle des interventions et à formuler des recommandations pour améliorer les futures interventions en matière de santé.

Pour répondre à ces deux attentes principales, l'évaluation a visé à :

1. Effectuer une analyse objective, sous la forme d'un **état des lieux**, de l'ensemble des interventions de la coopération française mises en œuvre dans le cadre de l'initiative Muskoka.
 - Les engagements pris par la France renvoient à un ensemble d'interventions variées, tant en termes de modalités de coopération qu'en termes de profils de bénéficiaires directs (organisations multilatérales, autorités nationales, ONG, instituts de recherche, etc.), qui s'inscrivent dans un cadre plus global d'actions préexistantes en matière de santé infantile et maternelle. A ce titre, la question de la visibilité des contributions françaises, et de la lisibilité des données relatives au suivi de ces engagements a été soulevée par les parlementaires¹ qui souhaitent en avoir une vision plus claire afin que la représentation nationale puisse se préparer utilement aux examens des lois de programmation relatives à ce sujet².
 - Le bilan analytique a recensé les interventions financées par la France au titre de l'initiative de Muskoka afin d'en améliorer la compréhension et la lisibilité, et a mis en avant certains enjeux de cohérence à traiter dans le questionnement

¹ Ex. Question n°24281 de Mme Coutelle Catherine.

² La première loi d'orientation et de programmation relative à la politique de développement et de solidarité internationale a été adoptée le 24 juin 2014.

évaluatif, tant à l'échelle nationale au sein des pays ciblés qu'au plan du rayonnement international de la politique française de coopération au développement.

2. Porter un jugement évaluatif sur les interventions françaises dites « Muskoka » :

- Alors que l'initiative Muskoka a été lancée en 2011 et doit se dérouler jusqu'à fin 2015, l'évaluation intervient à un moment clé, « **à mi-parcours** » de la mise en œuvre des engagements pris par la France. De ce fait, l'évaluation ne disposait pas d'un recul suffisant pour se prononcer sur les résultats et les impacts d'ensemble des interventions engagées et n'a pu approcher que de manière limitée l'évaluation des résultats sur l'amélioration de la santé des populations bénéficiaires. C'est pourquoi, l'évaluation s'est plutôt concentrée sur la pertinence des interventions, leur cohérence et sur le dispositif institutionnel de pilotage et de coordination, tant entre les acteurs français qu'entre les acteurs de l'ONU avec les pays, et les opérateurs sur le terrain des initiatives mondiales du Fonds mondial et de l'Alliance GAVI.

3. Formuler les recommandations stratégiques et opérationnelles :

- A partir des enseignements tirés de 2011-2013, une attention particulière a été portée à la formulation de recommandations à la fois stratégiques (positionnement de la France, modalités d'intervention, visibilité) et opérationnelles, en vue de l'instruction de nouveaux projets et pour la mise en place d'un dispositif d'évaluation des résultats finaux.

1.2. Périmètre de l'évaluation

Les définitions ci-dessous précisent le périmètre thématique et les termes qui sont privilégiés dans le cadre de l'évaluation :

► **La santé reproductive, maternelle, néonatale et infantile (SRMNI)**

Le terme de « **santé reproductive, maternelle, néonatale et infantile** » prend en compte tous les aspects de la santé de la femme et des enfants, et ceci avant la grossesse (santé reproductive³) jusqu'à l'accouchement, durant la période postnatale immédiate (28 premiers jours de vie de l'enfant) et durant l'enfance. Le terme santé infantile renvoie à la période avant le premier anniversaire, mais les différents objectifs de réduction de la mortalité infantile comprennent aussi la période avant l'âge de 5 ans. Dans la présente évaluation le terme « santé maternelle et infantile » est utilisé comme synonyme du terme « SRMNI » (même si son sens strict est plus restreint).

► **Les engagements « Muskoka »**

Les engagements « Muskoka » renvoient aux engagements financiers que la France a pris lors de la réunion du G8 à Muskoka (Canada, 25-26 juin 2010). Le Président de la

³ La définition de l'OMS : la santé reproductive implique la possibilité d'avoir une sexualité responsable, satisfaisante et sûre ainsi que la liberté pour les personnes de choisir d'avoir des enfants si elles le souhaitent et quand elles désirent. Cette conception de la santé génésique suppose que les femmes et les hommes puissent choisir des méthodes de régulation de la fécondité sûres, efficaces, abordables et acceptables, que les couples puissent avoir accès à des services de santé appropriés permettant aux femmes d'être suivies pendant leur grossesse et offrant ainsi aux couples la chance d'avoir un enfant en bonne santé.

République Française s'est engagé à consacrer 500 M€ supplémentaires sur cinq ans pour accélérer l'atteinte des OMD 4 et 5. Le G8 a élaboré des critères de « redevabilité » (rendu de comptes) très précis pour ces financements.

► **L'initiative ou les interventions dites « Muskoka »**

L'étude s'intéresse à l'ensemble des interventions de la coopération de la France financées et mises en œuvre par le MAEDI et par l'AFD dans le cadre de l'initiative dite « Muskoka »⁴. Ces interventions représentent, en théorie, 100 M€ par an sur la période 2011-2015 (voir chapitre 2.3.2).

► **Le MAEDI soutient les interventions en faveur de la santé maternelle et infantile par un budget de 52 M€ annuels (soit 260 M€ sur la période 2011-2015), réparti entre sept différentes organisations internationales et financé en grande partie⁵ sur le Fonds de solidarité prioritaire (FSP) bi-multi⁶. Ce budget se décompose en quatre catégories d'intervention, parmi lesquelles trois « projets » FSP⁷ et la valorisation des efforts additionnels consentis par le Fond mondial :**

- **Projet FSP mis en œuvre par quatre agences des Nations unies (OMS⁸ associée à l'AMPS⁹, UNICEF¹⁰, UNFPA¹¹, ONU Femmes¹²):** les quatre agences mettent en œuvre un programme commun (pour un montant total annuel de 19 M€ financés sur le FSP)¹³ dont l'objectif est de contribuer au renforcement des systèmes de santé des pays d'Afrique francophone au sud du Sahara pour accélérer la lutte contre la mortalité maternelle, néonatale et infantile. Les pays retenus bénéficient de l'appui d'une à quatre agences, certains pays dits « pays phares » recevant l'appui systématique des quatre agences¹⁴. Le programme de travail conjoint des quatre agences a été conçu autour des trois composantes suivantes : i) renforcement du système de santé dans les pays cibles; ii) appui au mécanisme de coordination Harmonisation de la santé en Afrique (HHA) et aux activités inter pays et régionales; iii) gestion, suivi, évaluation et documentation des activités.

⁴ Un détail des « interventions françaises Muskoka » est présenté dans la partie 2.3.2 du présent rapport

⁵ Parmi les interventions Muskoka soutenues par le MAE, seule la contribution au Fonds mondial n'est pas financée sur le FSP.

⁶ Le Fonds de Solidarité Prioritaire (FSP) est un instrument privilégié de coopération bilatérale du MAEDI qui finance les partenariats avec les États, mais aussi avec les autres bailleurs et la société civile. L'utilisation par le MAEDI du FSP pour financer une partie des contributions volontaires à des organisations multilatérales, a été perçue par certains acteurs de la coopération française comme contraire à l'esprit même de l'outil.

⁷ Le terme « projet FSP » peut désigner ici à la fois un programme d'actions, tel que celui mis en place avec les quatre agences des Nations unies, ou bien le « financement » mobilisé sur le budget du FSP.

⁸ Organisation Mondiale de la Santé

⁹ La composante OMS jouit d'un volet dédié à l'Alliance mondiale pour les professionnels de santé (AMPS).

¹⁰ Fonds des Nations Unies pour l'Enfance

¹¹ Fonds des Nations Unies pour la Population

¹² Entité des Nations Unies pour l'Égalité des Sexes et l'Autonomisation des Femmes

¹³ Le terme « projet FSP » est utilisé pour faire référence au programme commun mis en œuvre par les quatre agences des NU. Ce dernier est également nommé « Fond Français Muskoka ».

¹⁴ Sur l'ensemble des pays bénéficiaires, quatre pays ont été définis comme pays « phares » en 2012 (la Guinée, le Mali, le Togo rejoints ensuite par la Côte d'Ivoire). En 2013, il a été décidé d'ajouter le Benin, le Niger et le Sénégal à la liste, portant ainsi à 7 le nombre des pays phares.

- **Valorisation, sur FSP, des efforts additionnels consentis par l'Alliance mondiale pour la vaccination et l'immunisation (GAVI)** : la France comptabilise dans le cadre de l'initiative Muskoka une contribution annuelle supplémentaire de 5,5 M€ sur FSP. L'appui de la France à l'Alliance GAVI à la suite de ses engagements pris à Muskoka a pour objectif d'accélérer l'introduction de nouveaux vaccins (vaccin pentavalent) dans le calendrier vaccinal, et d'améliorer la demande de vaccins de la part des pays d'Afrique francophone. Il vise ainsi notamment à permettre l'achat, la distribution et l'administration du vaccin pentavalent, améliorer la couverture en vaccins contre la fièvre jaune, et renforcer la protection contre la méningite A.
 - **Projet FSP de la Fondation Aga Khan pour le Développement (AKDN)** : la Fondation dispose d'un budget de 0,5 M€ par an, financé sur le FSP également, pour un projet ciblant les régions transfrontalières de l'Afghanistan, du Tadjikistan et du Pakistan. Le projet vise à améliorer les capacités des professionnels et des établissements de santé, à développer les connaissances et la réactivité des communautés dans leurs pratiques essentielles de santé de la femme et de l'enfant, et à renforcer les capacités des gouvernements à planifier, financer, fournir et évaluer, au niveau sous régional, les soins et les interventions essentiels en santé de la femme et de l'enfant.
 - **Valorisation des efforts additionnels consentis par le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme (Fonds mondial)** : dans le cadre de l'initiative Muskoka, la France a augmenté sa contribution annuelle de 300 à 360 M€¹⁵, ce qui lui permet de valoriser, au titre des règles de redevabilité Muskoka élaborées par le G8, une contribution de 27 M€ (soit 46% du montant additionnel).
- **L'AFD** a été mandaté par l'Etat, dans le contrat d'objectifs et de moyens liant les deux parties, pour engager au titre de l'initiative Muskoka des projets (bilatéraux et multipays) en faveur de la santé des femmes et des enfants dans les pays éligibles aux engagements Muskoka¹⁶ à hauteur de 48 M€ par an (soit 240 M€ sur la période 2011-2015). Les thématiques d'intervention privilégiées visent principalement le renforcement des systèmes de santé (un appui à la gouvernance, le financement des infrastructures, des équipements et des intrants ainsi que la formation du personnel sanitaire). A fin 2013, ces interventions recouvrent 16 projets bilatéraux dans 11 pays et 6 projets régionaux pour un volume budgétaire engagé de 132,4M€

L'évaluation du « dispositif français Muskoka » **dépasse le cadre de chacune des interventions individuelles évoquées ci-dessus**. A cet égard, la mission ne vise pas une évaluation approfondie de chaque intervention mise en œuvre, mais elle s'attache, en s'appuyant sur les documents d'appréciation existants, à utiliser toute la matière disponible pour en tirer des enseignements plus transversaux ayant trait à la pertinence, à la cohérence, à l'efficacité et aux impacts des interventions.

¹⁵ La contribution annuelle de la France au Fonds mondial est passée en 2010 de 300 à 360 M€ ; selon la méthodologie de redevabilité définie par le G8, **46% de cette augmentation, soit 27 M€,** étant censée participer directement à l'atteinte des OMD 4 et 5.

¹⁶ Afghanistan, Bénin, Burkina Faso, Cameroun, Comores, Congo, Côte d'Ivoire, Guinée, Haïti, Madagascar, Mali, Mauritanie, Niger, RCA, RDC, Sénégal, Tchad et Togo.

► Le périmètre géographique de l'évaluation

En termes de périmètre géographique, 22 pays au total sont éligibles aux interventions françaises Muskoka. L'AFD est autorisée à intervenir dans 16 pays¹⁷ listés dans son Contrat d'objectifs et de moyens pour 2011-2013. Trois de ces pays ont fait l'objet d'une mission de terrain dans le cadre de cette évaluation (le Sénégal, la RDC et le Togo¹⁸)

Tableau 1 : Périmètre géographique des pays ciblés par les interventions Muskoka de la France

Pays pauvres prioritaires (13)	Bénin, Burkina Faso, Comores, Guinée, Madagascar, Mali, Mauritanie, Niger, République centrafricaine, République démocratique du Congo (RDC) , Tchad, Togo , Sénégal
Pays en sortie de crise (2)	Afghanistan, Haïti
Pays africains francophones (3)	Cameroun, Congo, Côte d'Ivoire
Pays de la Corne de l'Afrique (4)	Djibouti, Ethiopie, Erythrée, Somalie

1.3. Démarche générale et calendrier de l'évaluation

Afin de mener à bien cette évaluation, une démarche structurée en trois grandes phases a été menée :

- Une **phase de cadrage**, dont l'objet a été de préciser l'approche évaluative (reconstitution du cadre logique des interventions financées par la France dans le cadre de l'initiative Muskoka, définition de questions évaluatives et élaboration du plan de collecte de données).
- Une **phase de collecte**, qui s'est articulée autour d'une étude documentaire approfondie, d'entretiens à Paris, à Genève, et de missions de terrain dans trois pays (RDC, Sénégal et Togo) parmi les bénéficiaires des financements français Muskoka afin de rencontrer les parties prenantes aux interventions et d'alimenter les réponses aux questions identifiées par la phase précédente.
- Une **phase d'analyse et jugement**, a permis de récapituler les principaux enseignements de l'évaluation et de présenter un ensemble de recommandations.

¹⁷ En ce qui concerne les interventions Muskoka.

¹⁸ Le troisième pays, qui devait initialement être la Guinée Conakry, a fait l'objet de discussions avec le comité de pilotage de l'évaluation étant donné la mobilisation des équipes nationales autour de l'épidémie d'Ebola. Il a été décidé par le comité de le remplacer par le Togo.

Tableau 2 : Démarche générale et calendrier

PHASES	ETAPES	Rapports, réunions et dates
Phase 1 : Cadrage de l'évaluation	▶ Lancement ▶ Premiers entretiens à Paris (MAEDI, AFD) ▶ Élaboration de la note de cadrage ▶ Réunion du comité de pilotage	➔ Lancement : 4 mars 2014 ➔ Note de cadrage : 17 mars 2014 ➔ Comité de pilotage : 20 mars 2014
Phase 2.1 : Collecte de données et premières analyses	▶ Entretiens à Paris ▶ Entretiens à Genève ▶ Revue documentaire approfondie ▶ Benchmark – autres pays G8 ▶ Elaboration du bilan (rapport documentaire) ▶ Réunion du comité de pilotage	➔ Rapport documentaire : 10 avril 2014 ➔ Comité de pilotage : 17 avril 2014 ➔ Rapport documentaire révisé : fin avril 2014
Phase 2.2 : Collecte de données et premières analyses (suite)	▶ Missions terrain dans 3 pays : - o Sénégal : la semaine du 3 mai 2014 - o RDC : la semaine du 19 mai 2014 - o Togo : la semaine du 19 mai 2014 ▶ Elaboration du rapport pays incluant les premiers constats relatifs aux questions évaluatives ▶ Réunion du comité de pilotage	➔ Rapport pays : 29 mai 2014 ➔ Comité de pilotage : 5 juin 2014
Phase 3 : Finalisation des analyses et synthèse	▶ Analyse et rédaction du rapport provisoire ▶ Réunion du comité de pilotage ▶ Remise du rapport final ▶ Réunion du comité de pilotage	➔ Rapport provisoire : 26 juin 2014 ➔ Comité de pilotage : 3 juillet 2014 ➔ Rapport provisoire révisé et synthèse : fin juillet 2014 ➔ Rapport final : novembre 2014

1.4. Questions évaluatives

Le questionnement proposé s'articule autour de 7 questions évaluatives (QE) destinées à évaluer la pertinence, la cohérence, l'efficacité, la qualité du dispositif institutionnel, l'impact et la durabilité des interventions françaises Muskoka.

▶ Pertinence :

- **QE1.** Dans quelle mesure les interventions françaises Muskoka sont-elles conçues pour répondre aux **besoins prioritaires des pays partenaires** ?

▶ Cohérence :

- **QE2. (Cohérence interne).** Dans quelle mesure la logique sous-tendant la répartition des crédits Muskoka est-elle cohérente (la cohérence interne des interventions Muskoka) ? Dans quelle mesure les interventions Muskoka sont-elles cohérentes par rapport à la stratégie d'ensemble de la France en faveur de la santé globale ?
 - **QE3. (Cohérence externe)** Dans quelle mesure les actions françaises Muskoka sont-elles complémentaires des **actions des autres bailleurs** ?
- **Efficacité :**
- **QE4.** Dans quelle mesure les interventions françaises Muskoka respectent-elles les engagements énoncés dans la Déclaration du G8 à Muskoka ? Dans quelle mesure les interventions Muskoka contribuent ou peuvent contribuer à l'atteinte des résultats escomptés en termes de renforcement des systèmes de santé, de la demande et de l'accès aux soins, ainsi que de la lutte contre les autres facteurs impactant la santé des mères et des enfants ?
- **Qualité du dispositif institutionnel :**
- **QE5.** Dans quelle mesure le dispositif institutionnel et les modalités de mise en œuvre (à Paris et sur le terrain) permettent-ils une réalisation efficace des projets ?
- **Impacts / durabilité :**
- **QE6. (Impacts pour les pays partenaires et durabilité)** Les interventions françaises Muskoka sont-elles susceptibles d'accélérer l'atteinte des OMD 4 et 5 ? Les effets observés sont-ils susceptibles de se poursuivre à l'issue de l'appui ?
 - **QE7. (Impacts pour la France)** Les interventions françaises Muskoka contribuent-elles à la visibilité de la France sur le thème de la santé maternelle et infantile sur le terrain et à l'échelle globale ?
- **Recommandations :** compte tenu des missions en cours relatives à la modernisation de l'action publique, l'évaluation s'est intéressée, dans un contexte de contraintes budgétaires fortes, aux moyens de renforcer la pertinence et les résultats de l'action française et de poursuivre l'engagement en faveur de la santé maternelle et infantile d'ici et après 2015.

En complément, un bilan des interventions Muskoka a été réalisé au préalable afin de présenter la stratégie, les acteurs, les financements et les modalités d'intervention mises en œuvre par la France depuis 2011. Le résultat de ce bilan a été intégré dans le contexte ainsi que dans les différents chapitres du rapport en fonction des questions abordées.

L'évaluation a également conduit une analyse comparée de la spécificité de l'action de la France par rapport à 5 autres bailleurs bilatéraux intervenant en santé maternelle et infantile (Etats-Unis, Royaume-Uni, Canada, Allemagne, Suède et Norvège). Les éclairages relatifs à ces analyses sont disponibles dans les différents chapitres du rapport, en particulier sous la question QE3 (cohérence externe) ainsi qu'en annexe 2.

Enfin, un état des lieux par pays bénéficiaire a été résumé sous la forme de 22 « **fiches pays** » présentées en annexe.

2. Contexte de l'évaluation

2.1. La situation de la santé de la mère et des enfants dans les pays en développement

L'amélioration de la santé maternelle et de la santé infantile constituent deux des huit objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) adoptés par la communauté internationale en 2000. Ces deux objectifs, leurs cibles et les indicateurs associés sont rappelés dans le tableau ci-dessous :

Tableau 3 : OMD concernant la santé maternelle et infantile

OMD 4/ réduire la mortalité infantile	
CIBLES	INDICATEURS
4.A. Réduire de deux tiers, entre 1990 et 2015, le taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans	4.1. Taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans 4.2. Taux de mortalité infantile (enfant de moins d'1 an) 4.3. Proportion d'enfants de 1 an vaccinés contre la rougeole
OMD 5/ Améliorer la santé maternelle*	
CIBLES	INDICATEURS
5.A. Réduire de trois quarts, entre 1990 et 2015, le taux de mortalité maternelle	5.1. Taux de mortalité maternelle 5.2. Proportion d'accouchements assistés par du personnel de santé qualifié
5.B. Rendre l'accès à la médecine procréative universel d'ici à 2015*	5.3. Taux de contraception 5.4. Taux de natalité parmi les adolescentes 5.5. Couverture des soins prénatals (la proportion des femmes ayant consulté un travailleur de santé qualifié au moins une ou au moins quatre fois pendant leur grossesse) 5.6. Besoins non satisfaits en matière de planification familiale

* Une nouvelle cible (5.B) et quatre nouveaux indicateurs destinés à suivre l'OMD 5 ont été ajoutés au cadre révisé des OMD préalablement établi par l'Assemblée générale des Nations unies lors du Sommet mondial de 2005. La nouvelle liste officielle est entrée en vigueur le 15 janvier 2008.

Source : Site officiel des Nations unies

Depuis 1990, la mortalité des enfants de moins de 5 ans et la mortalité maternelle ont diminué de manière significative à l'échelle mondiale : les décès maternels ont reculé de

47% et le taux de mortalité des enfants moins de cinq ans est passé de 90 à 48 décès pour 1000 naissances vivantes¹⁹.

Malgré ces progrès au niveau mondial, une quantité inexcusable d'enfants et de femmes enceintes continuent de mourir chaque année de causes que l'on pourrait prévenir²⁰, et les progrès réalisés en regard des OMD n°4 et 5 restent en deçà des attentes de la communauté internationale dans la plupart des régions du monde.

La majeure partie des décès maternels et infantiles se produisent dans des pays à revenu faible. On observe les taux de mortalité les plus élevés pour les mères, les nouveau-nés et les enfants de moins de 5 ans en Afrique subsaharienne et en Asie du Sud.

Tableau 4 : Suivi 2012 des Objectifs du millénaire pour le développement 4 et 5

Objectifs et cibles	Afrique		Asie				Océanie	Amérique latine et Caraïbes	Caucase et Asie centrale
	Du nord	Subsaharienne	de l'Est	du Sud-Est	du Sud	de l'Ouest			
OBJECTIF 4 Réduire la mortalité des enfants									
Réduire de deux tiers la mortalité des moins de 5 ans	mortalité faible	mortalité élevée	mortalité faible	mortalité faible	mortalité modérée	mortalité faible	mortalité modérée	mortalité faible	mortalité modérée
OBJECTIF 5 Améliorer la santé maternelle									
Réduire de trois quarts la mortalité maternelle	mortalité faible	mortalité très élevée	mortalité faible	mortalité modérée	mortalité élevée	mortalité faible	mortalité élevée	mortalité faible	mortalité faible

Ce tableau donne des informations à deux niveaux. L'explication dans chaque case indique le taux de réalisation de chaque cible. Les couleurs montrent la tendance vers la réalisation de la cible, selon la légende ci-dessous

Légende

■ A déjà atteint la cible ou devrait l'atteindre d'ici à 2015.

■ Progrès insuffisants pour atteindre la cible si les tendances actuelles perdurent.

Source : Site officiel des Nations unies

L'Afrique subsaharienne regroupe 14% de la population mondiale, mais elle enregistre 53% des décès maternels et 50% des décès d'enfants de moins de 5 ans.

En Afrique subsaharienne, la mortalité des jeunes enfants est aujourd'hui au même niveau qu'il y a dix ans et la mortalité maternelle n'a baissé que de 5% au cours des 15 dernières années, en partie du fait d'une natalité (5,3 enfants par femme) la plus élevée du monde²¹. Dans le monde, cinq pays totalisent à eux seuls près de la moitié des décès des

¹⁹ Site de l'OMS : <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/fr/>

²⁰ Rapport OMD 2013 « MDG report : assessing progress in Africa toward the Millenium Development Goals. Food security in Africa: issues, challenges and lessons. June 2012 ».

²¹ John May (Banque Mondiale), Jean-Pierre Guengant (IRD), cités dans L'Europe et le vide de puissance, Essais sur le gouvernement de l'Europe au siècle des Super-États, Éditions Jean Paul Bayol, mai 2008.

enfants dans cette tranche d'âge: la Chine, l'Inde, le Nigéria, le Pakistan et la République démocratique du Congo²².

La quasi-totalité des décès maternels (99%) se produisent dans des pays en développement, dont plus de la moitié en Afrique subsaharienne et près d'un tiers en Asie du Sud. Pour les femmes habitant dans les pays les moins avancés, le risque de mourir de complications liées à la grossesse ou à l'accouchement est 300 fois plus élevé que pour celles vivant dans des pays industrialisés. De même, un enfant né dans un des pays les moins avancés a 14 fois plus de risques de mourir dans les 28 premiers jours de sa vie qu'un enfant né dans un pays industrialisé.

2.2. Les engagements pris par les pays donateurs à Muskoka

Lors du Sommet de Muskoka en 2010, les membres du G8 se sont engagés à mobiliser **5 milliards de dollars supplémentaires** sur la période 2011-2015 pour améliorer la santé maternelle, néonatale et infantile en lançant l'Initiative de Muskoka. Ce financement représente un engagement supplémentaire de 1 milliard de dollars par an (+25%) par rapport à l'année 2008, définie comme une année de référence.

Au moment du sommet de Muskoka, les membres du G8 apportaient déjà une contribution de plus de 4,1 milliards de dollars par année sous forme d'aide au développement à l'appui de la santé des mères, des nouveau-nés et des enfants de moins de cinq ans²³.

Par ailleurs, d'autres acteurs, à savoir les gouvernements des Pays-Bas, de la Nouvelle-Zélande, de la Norvège, de la République de Corée, de l'Espagne et de la Suisse, ainsi que la Fondation Bill et Melinda Gates et les Fondations des Nations Unies, ont également adhéré à l'Initiative de Muskoka en promettant des financements supplémentaires de 2,3 milliards de dollars sur la même période.

Au total, les pays du G8 et leurs partenaires ont donc prévu que, sur la période 2010-2015 et sous réserve de leurs procédures budgétaires respectives, l'Initiative de Muskoka mobilise des ressources supérieures à 10 milliards de dollars²⁴.

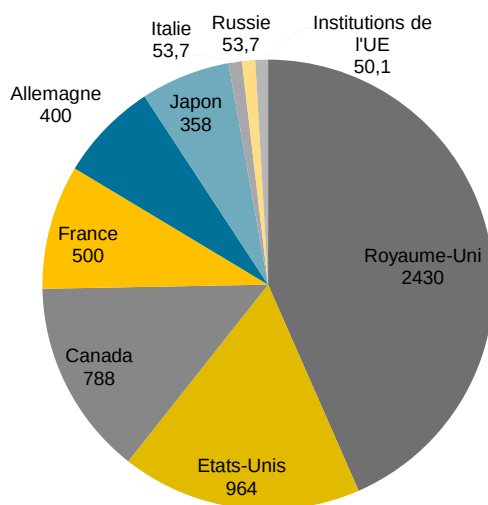
La plupart des pays engagés dans l'initiative de Muskoka ont défini leur engagement sur le calendrier 2010/11 – 2015, à l'exception des Etats-Unis (2010-2011) et de l'Union Européenne (2010-2013). En termes de montant global apporté à l'initiative, les quatre plus grands contributeurs sont le Royaume Uni, les Etats-Unis, le Canada et la France.

²² Site de l'OMS: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/fr/>

²³ Source : Déclaration du G8 à Muskoka Reprise et renaissance, <http://www.pm.gc.ca/fra/nouvelles/2010/06/26/declaration-du-g8-muskoka-reprise-et-renaissance>.

²⁴ <http://www.g8.utoronto.ca/summit/2010muskoka/communiqu.html>

Graphique 1 : Répartition des engagements pris à Muskoka par pays membre



Source : G8, Rapport de Deauville sur la redevabilité

L'initiative de Muskoka a pour but explicite de **renforcer les systèmes de santé nationaux** pris en charge par les pays eux-mêmes dans les pays en développement qui affichent un taux élevé de mortalité chez les mères et les enfants de moins de cinq ans et dont les besoins en planification familiale ne sont pas tous satisfaits.

La Déclaration G8 de Muskoka²⁵ souligne que l'amélioration de la santé des mères et des enfants passe par des **interventions globales et intégrées à fort impact, à l'échelle communautaire**, qui ciblent des interventions cruciales **tout au long du continuum de soins**, c'est-à-dire à des étapes critiques de vie des filles, des femmes et des enfants (à l'adolescence, avant et pendant la grossesse, à la naissance, après l'accouchement et durant la période néonatale, la petite enfance et l'enfance).

Les volets suivants sont notamment cités dans la Déclaration : soins prénatals ; accouchements assistés ; soins postnatals ; soins et services liés à la santé sexuelle et reproductive, y compris la planification familiale volontaire ; éducation sanitaire ; traitement et prévention des maladies, entre autres les maladies infectieuses ; prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant ; immunisation ; nutrition de base ; actions pertinentes dans le domaine de l'approvisionnement en eau potable et de l'assainissement.

Pour favoriser la pérennité des résultats, la Déclaration G8 de Muskoka cite une série de principes fondamentaux, tels que :

- ▶ assurer la **durabilité des résultats** ;
- ▶ miser sur **des interventions éprouvées et rentables (coût-efficaces)**, qui sont fondées sur des faits scientifiquement établis ;
- ▶ concentrer l'action sur **les pays qui ont les plus grands besoins**, tout en continuant de soutenir ceux qui progressent ;

²⁵ <http://g8.gc.ca/fr/sommet-du-g8/documents-du-sommet/declaration-du-g8-a-muskoka-reprise-et-rennaissance/>

- ▶ **soutenir les politiques et plans nationaux** des pays en matière de santé, qui bénéficient du soutien local;
- ▶ rehausser la cohérence des activités de développement par **une coordination et une harmonisation améliorées**;
- ▶ accroître la **responsabilisation des partenaires**.

2.3. Les interventions Muskoka de la France

2.3.1. Les objectifs des interventions mises en place par la France dans le cadre de l'initiative Muskoka et leur inscription dans la stratégie d'ensemble pour la santé globale

L'**objectif global** des interventions soutenues par la France dans le cadre de l'initiative Muskoka est de **contribuer à l'accélération de la réduction de la mortalité infantile et maternelle dans les pays en développement**, dans le cadre des OMD 4 et 5.

Pour atteindre cet objectif global, les interventions Muskoka mises en œuvre par la France poursuivent une série **d'objectifs spécifiques**, qui peuvent être regroupés selon la typologie suivante :

- ▶ **Le renforcement structurel des systèmes de santé** : il s'agit des interventions qui visent à renforcer les éléments clés des systèmes de santé :
 - Améliorer **la qualité des soins maternels et infantiles** à l'échelle du système de santé (un suivi prénatal de qualité, des soins obstétricaux d'urgence, des visites post-natales, des soins essentiels, prévention et traitement de la malnutrition aigüe et chronique, vaccinations, etc).
 - Augmenter **les effectifs du personnel sanitaire** chargé de fournir des services de santé primaires et améliorer son niveau de compétences en matière de santé maternelle et infantile (accès à du personnel qualifié, soins obstétricaux d'urgence avec césarienne, transfusion disponible et sûre).
 - Améliorer **les infrastructures**, la logistique, les technologies de l'information et de communication, les établissements de soins et la capacité de gestion pour garantir les soins de qualité et un aiguillage efficace.
 - Renforcer les **capacités institutionnelles et la gouvernance**, notamment pour l'élaboration de politiques sectorielles et de mécanismes de suivi/évaluation et du système d'information sanitaire.
- ▶ **La promotion de la santé, les droits sexuels et l'accès au planning familial** : il s'agit des mesures qui visent à mobiliser la société pour stimuler la demande de soins de santé maternelle et néonatale de meilleure qualité, ainsi qu'un environnement où les droits des femmes et des enfants sont protégés (l'extension et l'amélioration de l'offre de planification familiale et de contraception, la promotion de la demande des populations vis-à-vis de la planification familiale et de la contraception en mobilisant à cet effet les acteurs publics et associatifs compétents). Ce volet peut comporter aussi les interventions qui contribuent à l'adaptation du cadre politique et législatif en matière de santé sexuelle et de reproduction, notamment pour réduire les discriminations subies par les femmes et les filles.
- ▶ **Lutte contre d'autres facteurs impactant la mortalité des mères et des enfants** : il s'agit des interventions qui appuient la **lutte contre des maladies spécifiques**, telles

que le paludisme ou le sida, pour atténuer leur impact sur la santé maternelle et néonatale (notamment la prévention de la transmission mère-enfant du VIH au sein de structures de soins intégrés et le développement de nouvelles techniques de prévention des infections sexuellement transmissibles), ainsi que **la lutte contre la malnutrition** (prévenir, détecter et traiter la malnutrition chez la femme en âge de procréer et chez l'enfant de moins de cinq ans) ou encore **l'accès à un approvisionnement en eau salubre et un assainissement améliorés et la promotion de meilleures pratiques hygiéniques**, surtout au moment de l'accouchement.

Figure 1 : Objectifs des interventions de la France dans le cadre de l'initiative de Muskoka

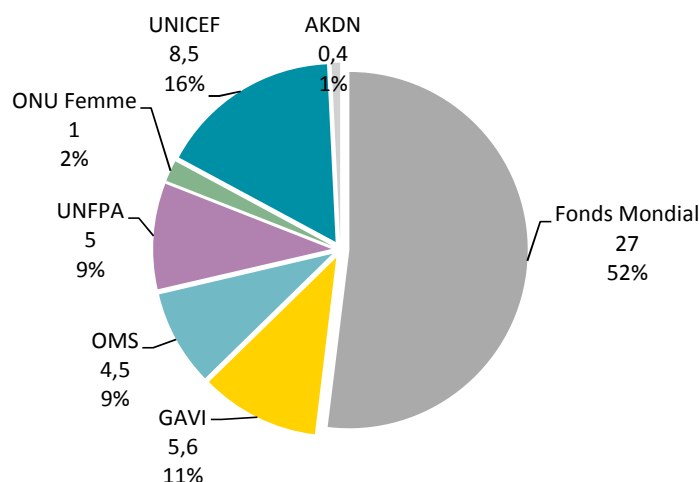


2.3.2. L'architecture des interventions mises en place par la France dans le cadre de l'initiative Muskoka

2.3.2.1. Les interventions soutenues par le MAEDI

Le MAEDI soutient les interventions en faveur de la santé maternelle et infantile grâce à un budget de 52 M€ annuels, financés notamment sur Fonds de solidarité prioritaires (FSP) et répartis entre sept organisations internationales.

Graphique 2 : Ventilation du volet Muskoka soutenu par le MAEDI par organisation (en M€ et en % par an)²⁶



Source : Données transmises par le MAEDI

Le projet FSP mis en œuvre par les agences des Nations unies

Quatre agences des Nations unies (OMS associée à l'AMPS²⁷, UNICEF, UNFPA, ONU Femmes) mettent en place un projet FSP²⁸ pour un montant total annuel de 19 M€ : dans le cadre de l'initiative Muskoka, le MAEDI a décidé de confier la gestion d'une partie de ses engagements, pour un total de 100 millions d'euros sur cinq ans, à ses partenaires multilatéraux du système des Nations unies que sont l'OMS, UNFPA, ONU FEMMES et UNICEF. Cette décision a conduit à l'élaboration d'un programme de travail conjoint partagé par les quatre agences qui poursuivent des objectifs communs et suivent un même cadre de programmation, de suivi et d'évaluation afin d'assurer une synergie optimale.

Encadré 1 : Le Fonds de Solidarité Prioritaire (FSP), un outil de financement pluriannuel

Le Fonds de Solidarité Prioritaire (FSP) est un outil de financement des actions de coopération du Ministère des Affaires étrangères dans le cadre de la politique d'aide au développement, visant à financer des projets ou des programmes de développement en faveur des pays pauvres ou des pays en crise. Ces projets concernent différents secteurs (appui à l'État de droit, à la réforme de l'État, coopération culturelle et scientifique, formation et enseignement supérieur...). Les projets financés sur FSP peuvent appartenir aux catégories suivantes :

- ▶ projets « **Pays** » : projets bilatéraux qui contribuent au développement d'un pays partenaire ;

²⁶ Le financement transitant par l'AKDN est décaissé de manière concentrée sur une période de 4 ans (2012-2015), à hauteur de 0,5M€ par an.

²⁷ La composante OMS jouit d'un volet dédié à l'Alliance mondiale pour les professionnels de santé (AMPS).

²⁸ Le CIICID a validé 3 projets FSP, le 19 juin 2011 : 2011-12 : 8,5 M€ UNICEF ; 2011-11 : 6M€ FNUAP/ ONUFEMMES et 2011-10 : 4, 5M€ OMS /AMPS

- ▶ projets « **Inter-Etats** » : projets dont des groupes d'États déterminés, le plus souvent réunis dans une organisation intergouvernementale (e.g. *Organisation pour l'Harmonisation en Afrique du Droit des Affaires - O.H.A.D.A.*, *Institut international de l'Ingénierie de l'Eau et de l'Environnement - 2iE*), sont les bénéficiaires ;
- ▶ projets « **Mobilisateurs** » : projets qui contribuent à l'élaboration de politiques sectorielles de développement (lutte contre le sida, culture et patrimoine, sport, femmes et développement, appui à la gouvernance locale, etc.), notamment par l'entremise d'opérations pilotes.

Source : site du MAEDI (diplomatie.gouv.fr)

Dans le cadre de l'initiative Muskoka, la finalité commune du financement FSP attribué aux quatre agences des NU est de « contribuer à la réduction de la mortalité et de la morbidité maternelles, néonatales et infanto-juvéniles dans les pays concernés, grâce à la mise en œuvre d'un groupe d'interventions de santé à fort impact, dans le cadre de la continuité des soins ». L'objectif principal est de contribuer au renforcement des systèmes de santé des pays d'Afrique francophone au sud du Sahara pour accélérer la lutte contre la mortalité maternelle, néonatale et infantile. Les modalités d'utilisation des fonds ont été conçues conjointement par le gouvernement français et les Agences des Nations unies autour des trois composantes d'intervention suivantes :

- Composante 1. Renforcement du système de santé dans les pays cibles ;
- Composante 2. Appui au mécanisme de coordination Harmonisation de la santé en Afrique (HHA) et aux activités inter pays et régionale;
- Composante 3. Gestion, suivi, évaluation et documentation des FSP.

Plus spécifiquement, la composante 1 est articulée autour des six piliers²⁹ du **renforcement des systèmes de santé** (RSS). Les interventions françaises Muskoka s'inscrivent dans ce cadre, et plusieurs réalisations par piliers ont été recensées dans différents pays (des exemples des réalisations pour l'année 2013 sont présentés dans les encadrés ci-après) :

1. Renforcement du leadership et de la gouvernance des actions de santé,

L'exemple de la Guinée

- Appui à l'élaboration de la politique nationale de Santé, du nouveau PNDS, du Plan stratégique survie de l'enfant, du Guide de formation à la revue des décès maternels, surveillance et riposte;
- Révision du plan stratégique de repositionnement de la PF, les supports IEC/PF
- Appui la diffusion du rapport d'évaluation nationale de la PF, des SONU, du Protocole de prévention et de la PEC des viols et violences sexuelles et de la Stratégie nationale IEC/SR
- Appui de l'organisation d'un atelier de formation en leadership et management de la santé maternelle de 22 cadres clés du ministère de la santé (niveau central et régional) et le suivi post-formation

2. Renforcement du système d'information sanitaire (SIS),

L'exemple du Mali

- Collecte des données sur les décès maternel, néonatal et infantile en utilisant la

²⁹ OMS

téléphonie mobile (Extension de la flotte mobile)

- Supervision des activités d'audits des décès maternels et néonataux

3. Renforcement du financement de la santé,

L'exemple du Niger

- Mise en place d'un système efficace permettant de remonter les données sur les dons et/ou financements de produits et autres intrants pharmaceutiques dans le cadre de la gratuité

4. Renforcement des ressources humaines,

L'exemple du Tchad

- Renforcement des compétences des prestataires dans différents domaines SMNI : 900 prestataires en PF, 57 en SONU, 25 en CPN recentrée, en PCIME, PTME et prise en charge pédiatrique (10 régions prioritaires), en soins après-avortement et revue des décès maternels.
- Formation des formateurs en SONUB, SONUC, et en PCIME Formation de 255 prestataires en RCP/SONU
- Formation de 75 prestataires sur le guide de sensibilisation en SR ;
- Formation continue sur la prévention et la prise en charge du paludisme, la diarrhée pour 43 paramédicaux et 5 médecins ; ces 48 agents sont affectés dans les 12 régions appuyées.
- Evaluation de la pratique sage-femme

5. Renforcement de l'accès aux produits et technologies médicales essentiels,

L'exemple du Bénin

- Appui à l'amélioration du système de maintenance, de la gestion des intrants; inventaire et utilisation du matériel/équipements
- Achat de CTA + TDR pour appuyer la gratuité de la PEC du Paludisme au niveau communautaire
- Fourniture d'intrants en faveur de l'ETME et de la prise en charge pédiatrique
- Fourniture des outils, de produits thérapeutiques, et d'équipements anthropométriques dans 17 ZS

6. Renforcement de la prestation de services

L'exemple d'Haïti

- Renforcement des capacités des ASC à la prise en charge des enfants malades dans la communauté (formation 10 membres de l'équipe de formateurs et de 30 Agents de Santé Communautaires)

7. Promotion au niveau Familial et communautaire des pratiques familiales Essentielles (PFE)³⁰

L'exemple de la RDC

³⁰ Aux six piliers « classiques » du renforcement des systèmes de santé, ce pilier a été ajouté dans le cadre de l'initiative Muskoka

- Organisation de 6 séances de remise à niveau des acteurs des ONG, des associations des jeunes et des relais communautaires (RECO) des 3 ZS ;
- Organisation de 47 séances de sensibilisation en faveur des hommes ; -
- Organisation des 47 séances de sensibilisation en faveur de la communauté,
- Formation des 20 relais prestataires de soins dans la communauté et 3 animateurs communautaires des ZS en PCIME communautaire ;
- Fourniture de 10 kits basiques complets de prise en charge communautaires et des outils de gestion dans les sites de soins communautaires (SSC)

Les deux autres composantes ont été conçues afin de faciliter la mise en œuvre de la composante 1 qui reste la composante principale.

Ainsi la composante 2 consiste à financer et appuyer le mécanisme HHA, dont la mission est de faciliter et coordonner le processus de développement guidé par les pays africains dans tous les aspects du renforcement des systèmes de santé. Créé à l'initiative de la Banque africaine de Développement, la Banque mondiale, le Fonds des Nations unies pour la Population (FNUAP), l'OMS, l'ONUSIDA et l'UNICEF, HHA regroupe également des partenaires bilatéraux – dont la France – et des partenariats et initiatives tel que le Fonds Mondial. Enfin la composante 3 vise à renforcer les aspects « gestion, suivi, évaluation et documentation » des FSP. A cet effet, une cellule de Suivi-Evaluation régionale a été mise en place à Dakar. Un Expert Technique International (ETI) est chargé de rendre effective cette troisième composante.

Par ailleurs, dans le cadre du FSP, les Agences des Nations Unies contribuent de façon complémentaire à l'accélération des résultats relatifs aux OMD 4 et 5 dans les domaines de l'espacement des naissances et de la prévention des grossesses non désirées ; du suivi des grossesses, des naissances et du postpartum ; de la santé infanto-juvénile et de la nutrition.

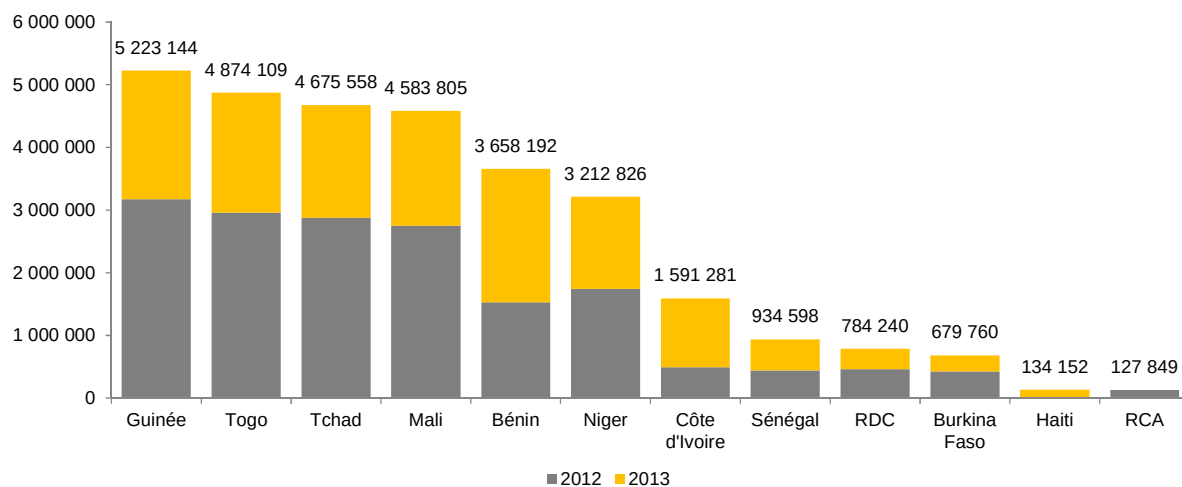
Les FSP ont donné la priorité aux interventions destinées à résoudre les goulots d'étranglement identifiés comme responsables des faibles progrès dans le renforcement des systèmes de santé des pays concernés. Cette focalisation sur le renforcement des systèmes de santé a été jugée stratégique pour permettre une bonne pérennité des actions entreprises pour l'amélioration de l'accès pour tous à des services de santé de qualité. Ces interventions s'inscrivent aussi dans le renforcement du leadership des ministères concernés par la santé des femmes et des enfants dans les pays ciblés et s'attaquent aux questions de disponibilité, d'accès, d'utilisation et de qualité des soins maternels et infanto-juvéniles, préventifs et curatifs, aux différents niveaux des systèmes de santé y compris le niveau communautaire.

Sur les 12 pays ciblés dans le cadre des FSP, les quatre pays (Guinée, Mali, Côte d'Ivoire et Togo) faisant l'objet d'interventions intégrées de l'ensemble des Agences impliquées dans l'initiative Muskoka ont été qualifiés de « **pays phares** ». Trois pays (Bénin, Niger, Sénégal) se sont par la suite ajoutés à la liste des pays phares.

A la fin de l'année 2013, 12 pays avaient bénéficié des financements sur FSP dans le cadre des interventions françaises Muskoka³¹.

³¹ A noter que la RCA a fait partie des pays sélectionnés à l'origine, mais les événements observés dans ce pays n'ont pas permis la poursuite des opérations.

Graphique 3 : Ventilation des financements du FSP mis en œuvre par les agences onusiennes par pays d'intervention Muskoka en 2012 et 2013



Source : Données transmises par le MAEDI

Tableau 5 : Stratégies principales mises en œuvre dans chacun des pays ciblés par le FSP (hors RCA) mis en œuvre par les agences onusiennes

		OMS	UNICEF	UN FPA	ONU Femmes
Bénin	Lutte contre la mortalité maternelle et infantile Renforcement des capacités de suivi et évaluation Mécanismes de financement du secteur Renforcement des effectifs des ressources humaines en santé Contribuer à l'amélioration de la disponibilité en intrants pour l'E-TME et la nutrition Amélioration les conditions de vie des adolescents et jeunes au Bénin en vue de l'atteinte des OMD Développement des services à base communautaire	x	x	X	x
Burkina Faso	Amélioration des prestations de services de santé Développement des infrastructures, des équipements et des produits de santé	X			
Cote d'Ivoire	Renforcement : de l'offre et de la demande de services SRMNI de qualité, de la demande de services de la coordination, du suivi et évaluation, la gouvernance du système.	X	x		
Guinée	Renforcement du leadership et de la Gouvernance finalisation ou révisions des différents plan stratégique ; appui à l'organisation des réunions du comité national multisectoriel et inter-Agences de coordination de la Santé de la reproduction. Renforcement du système d'information sanitaire démarrage de la mise en place du système d'information SMNI et prise en compte des activités des services à base communautaire Amélioration de l'accessibilité financière aux soins plaidoyer de haut niveau pour la mobilisation des ressources ; évaluation de l'impact et les coûts de l'application de la gratuité des soins obstétricaux Contribution au Renforcement des capacités des ressources humaines Renforcement des capacités des écoles de formation initiale des sages-femmes Renforcement de la Division des ressources humaines, évaluation de la pratique de sage femmes Renforcement de l'accès aux médicaments révision et dissémination de la liste nationale des médicaments essentiels; la quantification des besoins en médicaments ; approvisionnement des districts sanitaires en médicaments et produits de santé ; appui à la création des unités de néonatalogie Développement et Renforcement des activités au niveau des structures de santé et communautaire Augmentation de la disponibilité et l'utilisation des services préventifs, curatifs et promotionnels de santé infantile de qualité y compris la nutrition en particulier au niveau des centres de santé, des postes de santé et communautaire	X	x	x	x
Haiti	Le renforcement des capacités en leadership et en gouvernance par l'élaboration de documents normatifs et opérationnels; l'opérationnalisation des priorités. Le renforcement des systèmes d'information sanitaires par la production de données et d'informations (en SM, PF, Santé sexuelle et reproductive des jeunes..) aux fins d'éducation, de plaidoyer et de mobilisation de ressources. Le Renforcement des capacités par la formation des prestataires de services au niveau institutionnel et communautaire pour la prestation de service correspondant aux besoins en personnels en SRMNI Le renforcement de la prestation des services de SRMNI par le développement d' un paquet intégré de services comprenant les activités de la PF, la santé maternelle, la nutrition des enfants et les droits humains des femmes , la lutte contre les VBG, la communication inter personnelle et selon l'approche droits ; l'accès des couples et des individus à une information adaptée et aux services PF/SR. Le Développement/compilation/adaptation d'outils d'informations et de sensibilisation avec des messages adaptés à différentes populations cible contribuant ainsi à ce que l'information sur la PF soit accessible et que les bénéficiaires puissent faire des choix éclairés.	x			X

		OMS	UNICEF	UN FPA	ONU Femmes
Mali	Renforcement du leadership et la gouvernance des actions de santé Renforcement des systèmes d'information sanitaire Financement de la santé Renforcement des ressources humaines pour la santé Renforcement de l'accès aux produits et technologies médicales essentiels Renforcement de la prestation des services de santé maternelle, néonatale et infanto-juvénile, et santé reproductive Suivi, Evaluation et Documentation	X	x	x	x
Niger	Appuyer le renforcement du processus de planification et de budgétisation Appuyer la réforme du système National d'Information Sanitaire. Assurer l'approvisionnement des structures de santé en médicaments, matériel et équipements CPN et SONU Développer des mécanismes de financement de la sante en vue d'atteindre une couverture universelle aux soins et services de santé Promouvoir la recherche en santé en vue de contribuer à l'amélioration de l'état de santé de la population	x	X	x	x
RDC	Planification Suivi, Evaluation et Documentation; Renforcement du système d'information sanitaire ; Accroissement des ressources allouées à la SMNE au niveau du gouvernement de la Province Orientale ; Renforcement des ressources humaines pour la santé ; Renforcement de l'accès aux produits et technologies médicales essentiels ; Renforcement de la prestation des services de santé maternelle, néonatale et infanto-juvénile, y compris la santé reproductive ; Promotion au niveau familial et communautaire des Pratiques familiales essentielles (PFE)	X			
Sénégal	Le plaidoyer en faveur de la SRMNI Le renforcement du système de santé La responsabilisation des familles et des communautés La formation de partenariats opérationnels	X			
Tchad	Renforcement du leadership et de la gouvernance des actions de santé appui pour la production des documents stratégiques intégrant la SMNI Décentralisation de la planification et de la mise en oeuvre de la SMNI au niveau des DSR et DS ; coordination SNIS intégration des données SMNI et VBG, notification des décès maternels Renforcement des ressources humaines pour la santé formation et évaluation de la pratique sage-femme Dotation des structures de soins en matériels medicotechnique Amélioration de l'offres de soins par la supervision formative ; élimination de la TME VIH ; réduction des VBG Promotion des PFE implication des leaders communautaires, campagnes multimédia		X	x	x
Togo	Renforcement de l'offre des services de santé de la reproduction aux adolescents et aux jeunes, l'amélioration de l'accès aux soins obstétricaux et néonataux et le renforcement de l'offre des services de planification familiale Mise en oeuvre d'interventions à haut impact sur la santé de l'enfant au niveau communautaire et dans les formations sanitaires Renforcement de la gouvernance et du pilotage du système de santé, l'amélioration de l'accès aux médicaments, le renforcement du système d'information sanitaire, l'amélioration du financement du secteur et le développement des ressources humaines	x	X	x	x

x agence présente
X agence coordinatrice

Source : Rapport de suivi du FSP : « Rapport année 2 (2013), Fonds Français Muskoka », MAEDI, actualisé EY

Les contributions annuelles à l'Alliance mondiale pour la vaccination et l'immunisation (GAVI)

Des contributions annuelles complémentaires ont été consentis à l'**Alliance mondiale pour la vaccination et l'immunisation (GAVI)** pour un montant de 5,5 M€ par an financé sur le FSP.

L'appui de la France à l'Alliance GAVI à la suite de ses engagements pris à Muskoka, a pour objectifs :

- d'accélérer l'introduction de nouveaux vaccins dans le calendrier vaccinal et d'améliorer la demande de vaccins sous-utilisés dans les pays d'Afrique francophone, qui accusent le retard le plus important à réaliser les OMD 4 et 5 ;
- de permettre l'achat, la distribution et l'administration du vaccin pentavalent ;
- d'améliorer la couverture en vaccins fièvre jaune et la protection contre la méningite A.

Le projet comporte une première composante à destination des pays pauvres prioritaires de la coopération française et une seconde à destination des pays en crise (Afghanistan, Haïti, Côte d'Ivoire) et de la corne de l'Afrique. Une dernière composante, axée sur le management, vise à réaliser un suivi effectif du projet en vue de l'amélioration des synergies au sein de l'Alliance et un soutien renforcé aux pays francophones et pays en crise.

Selon les données disponibles au moment de l'évaluation, des 22 pays inclus dans le FSP, quatre pays ont été concernés par les activités sur le financement français lors des deux premières années (mise à disposition des vaccins pentavalents) : le Burkina Faso, la RDC, la Somalie et le Kenya.

Tableau 6: Ventilation géographique du budget alloué à l'Alliance GAVI (au 31 mars 2013)

Pays	Budget en €
Kenya	2,62 M€
RDC	2,22 M€
Burkina Faso	1,20 M€
Somalie	1,09 M€
Total	7,13 M€

Source : Données GAVI

Les contributions annuelles au Fonds mondial

Le **Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme** (Fonds mondial) est une institution financière internationale, fruit d'un partenariat public-privé créé en 2002. Son mandat s'inscrit dans le sixième objectif du millénaire pour le développementⁱ (OMD), avec pour but de mobiliser des fonds additionnels publics et privés afin de renforcer la lutte contre les trois pandémies mondiales qui tuent plus de six millions

de personnes par an dans le monde. En 2010, la France a décidé d'augmenter sa contribution annuelle de 300 à 360 M€. Dans le cadre de l'initiative Muskoka, une valorisation de cette contribution additionnelle a été faite suivant les règles de redevabilité élaborées par le G8, à hauteur de 27 M€ annuels (soit 46% du montant additionnel).

Aucune information n'est disponible sur la répartition géographique des ressources comptabilisées au titre des engagements « Muskoka », qui ne font pas l'objet d'un fléchage particulier.

Le projet FSP AKDN

La Fondation Aga Khan pour le Développement (AKDN) dispose d'un budget de 0,5 M€ par an (sur FSP également) pour un projet qui concerne les **régions transfrontalières** de trois pays : la province de Badakhshan (Afghanistan), l'Oblast Autonome de Gorno-Badakshan (Tadjikistan) et le district de Chitral (Pakistan). Le but de projet soutenu par la France est d'améliorer l'état de santé des femmes en âge de procréer (15-45 ans), des nouveau-nés et des enfants de moins de cinq ans. Les objectifs du projet consistent à améliorer :

- les capacités des professionnels de la santé et des établissements de santé à planifier et à fournir les soins et les interventions essentiels en santé de la mère et de l'enfant, que sont la vaccination, les soins prénatals, pendant et après l'accouchement, et les bonnes pratiques nutritionnelles ;
- les connaissances et la réactivité des communautés à adopter des pratiques essentielles de santé de la mère et de l'enfant, notamment la vaccination, les soins prénatals, pendant et après l'accouchement, et les bonnes pratiques nutritionnelles ;
- les capacités du gouvernement à planifier, financer, fournir et évaluer, au niveau sous régional, les soins et les interventions essentiels en santé de la mère et de l'enfant, comme la vaccination, les soins prénatals, pendant et après l'accouchement, et les bonnes pratiques nutritionnelles.

Le Pakistan et le Tadjikistan doivent recevoir chacun 800 000 euros au cours de la période du projet, et l'Afghanistan 400 000 euros. Comme le réseau AKDN en Afghanistan disposait déjà de ressources importantes dans le secteur de la santé, il n'a pas paru nécessaire de débloquent autant de fonds pour le projet en Afghanistan que pour le projet dans les deux autres pays récipiendaires.

Tableau 7 : Ventilation géographique du budget alloué à l'AKDN

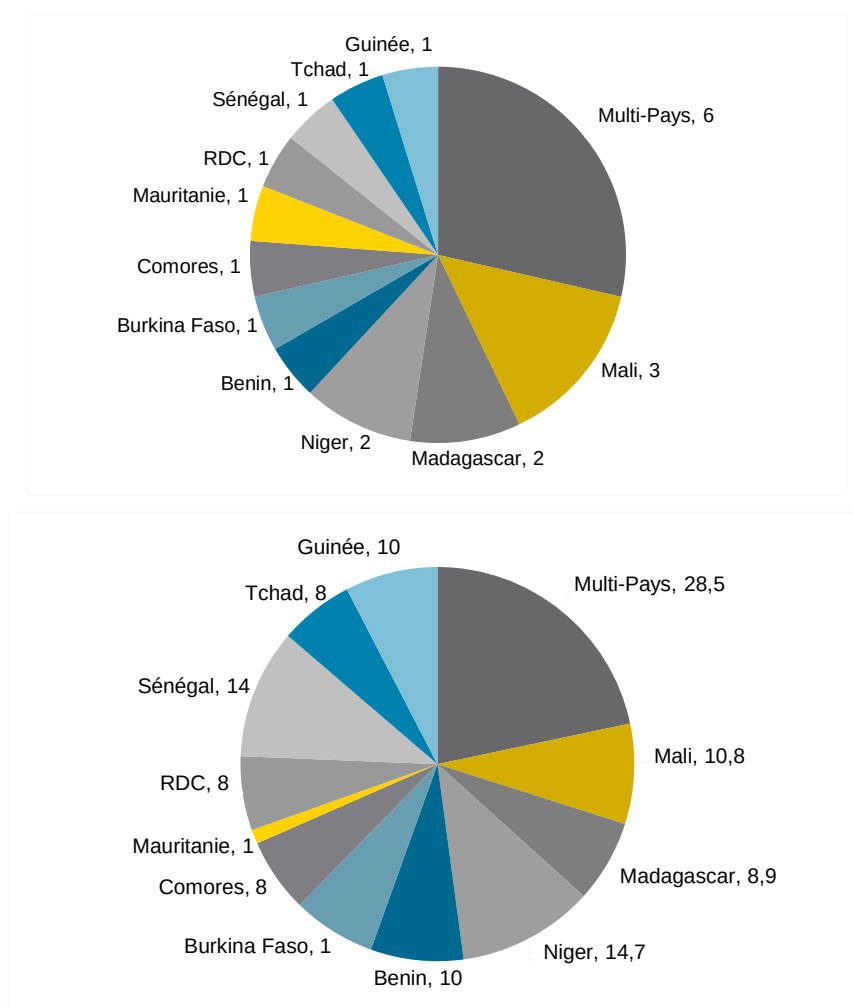
Pays	Budget en €
Pakistan	800 000
Tadjikistan	800 000
Afghanistan	400 000

2.3.2.2. Les interventions engagées par l'AFD

En tant qu'opérateur bilatéral, l'AFD a été mandatée pour engager, dans le cadre de l'initiative Muskoka, des projets bilatéraux en faveur de la santé des mères et des enfants dans les pays éligibles aux engagements Muskoka à hauteur de 48 M€ par an (soit 240 M€ sur la période 2011-2015).

A fin 2013, les projets AFD pilotés par la Division « Santé et Protection Sociale » recouvrent 16 projets bilatéraux dans 11 pays et 6 projets régionaux pour un volume budgétaire engagé de 132,4M€ (volume total de 137,7M€ en prenant en compte les projets initiatives ONG). La plupart de ces projets de la division Santé ont un montant engagé comptabilisé à hauteur de 100% selon les critères de la redevabilité Muskoka (soit 127M€). L'AFD finance également deux projets en Côte d'Ivoire, pour un montant de 69,8M€ (Projet de renforcement du système de santé 62,2M€ ; Projet d'intensification de la politique de planification familiale 7,6M€) qui ne sont pas financés sur l'enveloppe Muskoka mais sur les ressources du contrat de désendettement et de développement (C2D) de la Côte d'Ivoire.

Graphique 4 : Ventilation géographique des « projets Muskoka » de la division Santé de l'AFD » (en nombre de projets et en millions d'euros)



Source : Données transmises par l'AFD

3. Pertinence

QE1. Dans quelle mesure les interventions françaises Muskoka sont-elles conçues pour répondre aux besoins prioritaires des pays partenaires ?

Cadre méthodologique :

La question évaluative relative à la pertinence vise à apprécier si les interventions de la France dans le cadre de l'initiative Muskoka sont en adéquation par rapport aux besoins des pays concernés.

Afin d'y répondre, l'analyse questionne la pertinence à différents niveaux :

- ▶ La pertinence de **l'engagement global** de la France en faveur de la santé maternelle et infantile à travers l'initiative de Muskoka par rapport aux besoins existants en la matière au niveau mondial.
- ▶ La pertinence du **périmètre géographique** de l'intervention de la France.
- ▶ La pertinence **des thématiques** que la France a choisi de privilégier dans le cadre de ses interventions bilatérales et multilatérales.

Principaux constats :

- ▶ **L'engagement en faveur de la santé maternelle et infantile pris par la France à Muskoka est légitime et pertinent** dans la mesure où la mortalité maternelle et infantile reste un défi important au niveau mondial et où la coopération sanitaire française avait jusque-là peu portée sur ce domaine, alors même que l'évidence scientifique existante conforte la totale légitimité d'un investissement massif et prolongé en matière de SRMNI³². En effet, au-delà même de la réalisation des OMD, cet investissement peut contribuer à une action sanitaire efficace sur tout le cycle de vie des individus et adapter la réponse à la transition épidémiologique vers les maladies chroniques.
- ▶ Le périmètre géographique de l'intervention de la France, principalement défini en fonction des priorités géographiques générales de la coopération de la France pour le développement, **semble globalement pertinent** dans la mesure où quelles que soient les données et leurs sources, **le retard de l'Afrique de l'Ouest et du Centre à réaliser les OMD 4 et 5 est avéré. Aussi, si la pertinence géographique des contributions GAVI et du Fonds Mondial peut être questionnée, il apparaît que les projets AFD et le FSP Muskoka sont bien ciblés. En revanche**, avec le volume d'intervention par pays dont dispose l'AFD, la question de dispersion des interventions sur un nombre élevé de pays peut être soulevée.
- ▶ L'identification des interventions et des thématiques les plus susceptibles de contribuer à réduire la mortalité maternelle et infantile est un exercice complexe, dans la mesure où les déterminants de la santé des mères et des enfants sont multifactoriels et relèvent de disciplines très diverses et que la compréhension des causalités entre ces facteurs,

³² Voir annexe 1.

indispensable pour guider l'action publique, demeure limitée. L'implication de la France dans l'initiative Muskoka et le choix des thématiques d'intervention privilégient le **renforcement des systèmes de santé, dans la continuité des interventions appuyées précédemment par la France et en lien avec les principes énoncés dans la déclaration G8 de Muskoka**. L'appui de la France aux autres facteurs impactant la santé des mères et des enfants est plus ponctuel. Ainsi, le volet du programme Muskoka relatif aux **droits des filles et des femmes, à la santé sexuelle et reproductive et à la prévention ou la prise en charge des violences sexuelles**, est abordé de manière moins systématique par les projets de l'AFD, mais il passe en partie par la contribution à l'ONU Femme et au FNUAP. Les **volets nouveau-né, survie de l'enfant et nutrition** n'ont jusque-là pas été prioritaires dans la réalisation de la stratégie Muskoka financée par la France.

- L'approche française dans l'initiative Muskoka **ne s'est pas suffisamment accompagnée d'une réflexion stratégique sur le mix optimal d'interventions à promouvoir** (entre interventions ciblant spécifiquement la SRMNI, renforcement des systèmes de santé et politiques hors santé susceptibles d'impacter la SRMNI), ni d'un effort visant à collecter des informations permettant d'avancer dans ce sens.

3.1. Pertinence de l'engagement global de la France en faveur de la santé maternelle et infantile

3.1.1. Des retards importants pour réduire la mortalité maternelle et infantile au niveau mondial

Malgré les progrès au niveau mondial pour réduire la mortalité des enfants de moins de 5 ans et la mortalité maternelle depuis 1990, une quantité inexcusable d'enfants et de femmes enceintes continuent de mourir chaque année³³, et les progrès réalisés au regard des OMD n°4 et 5 restent largement en deçà des attentes de la communauté internationale dans la plupart des régions du monde. Pour rappel :

- **Le taux mondial de mortalité des enfants de moins de cinq ans a diminué de 41 %**, passant de 90 décès pour 1 000 naissances vivantes en 1990 à 48 décès en 2011. Il n'en demeure pas moins que 6,9 millions d'enfants de moins de cinq ans sont décédés en 2011, principalement à cause de maladies évitables (selon les estimations du PNUD) et une progression plus rapide est nécessaire pour réduire de deux tiers les décès d'enfants d'ici à 2015. Les décès d'enfants sont les plus nombreux dans les régions les plus pauvres et durant le premier mois de vie.
- **Le taux mondial de mortalité maternelle a diminué de 47 %** dans les 20 dernières années, passant de 400 à 210 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes entre 1990 et 2010.

3.1.2. Un engagement pertinent et légitime compte tenu des besoins existants

C'est dans ce contexte de progrès insuffisants vers l'amélioration de la santé maternelle et infantile que les pays du G8 et différents partenaires³⁴ ont pris l'engagement de mobiliser des

³³ Rapport OMD 2013 « MDG report : assesing progress in Africa toward the Millennium Development Goals. Food security in Africa: issues, challenges and lessons. June 2012 ».

³⁴ Les gouvernements des Pays-Bas, de la Nouvelle-Zélande, de la Norvège, de la République de Corée, de l'Espagne et de la Suisse, ainsi que la Fondation Bill et Melinda Gates et les Fondations des Nations Unies ont

ressources supplémentaires (10 milliards de dollars supplémentaires sur la période 2011-2015) lors du sommet du G8 à Muskoka en 2010.

Au moment du sommet (2010), les membres du G8 apportaient une contribution de plus de 4,1 milliards de dollars par année sous forme d'aide au développement à l'appui de la santé des mères, des nouveau-nés et des enfants de moins de cinq ans³⁵. Selon la dernière estimation disponible, **le total de l'aide au développement pour la SRMNI** aurait été de 5,58 milliards de dollars et 5,64 milliards de dollars respectivement en 2009 et 2010.

Ainsi, **l'engagement pris par la France à Muskoka est pertinent** en ce qu'il vise à apporter une **réponse à des besoins avérés en matière de la santé des mères et des enfants**.

L'importance d'agir pour lutter contre la mortalité des mères et des enfants ne fait pas débat. Cet engagement paraît d'autant plus important que les efforts réalisés jusqu'à ici en matière de santé n'ont pas suffisamment permis d'améliorer la situation malgré les engagements des OMD.

Ceci s'explique notamment par une forte concentration des efforts des bailleurs, y compris de la France, sur l'OMD 6. En effet, si les priorités stratégiques de la France ont clairement ciblé, les trois OMD relatifs à la santé, la lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme (OMD n°6) a longtemps été l'axe dominant de l'engagement français (voir l'encadré ci-dessous). En effet, l'impulsion politique particulièrement forte et constante en faveur de la lutte contre le sida a renforcé la concentration de l'aide de la France sur cette thématique et a permis à la France d'occuper une position de pointe pour la contribution à l'atteinte de l'OMD 6 dès les années 1990. Cet engagement ciblé sur les grandes pandémies s'est poursuivi dans les années 2000 en dépit de l'intégration des deux autres OMD en matière de santé maternelle et infantile en 2000. Ainsi, **avant le sommet du G8 à Muskoka en 2010, la santé maternelle et infantile n'a pas fait l'objet de la même attention, ni du même engagement politique de la part de la France, alors même que les progrès vers l'atteinte des OMD 4 et 5 au niveau mondial étaient lents.**

Encadré 2 : Prises de position internationales de la France en faveur de l'OMD 6

- ▶ Dès la **Conférence de Vancouver, puis à Abidjan en 1997**³⁶, la France s'affiche comme un précurseur mondial dans le domaine du SIDA, en prônant l'accès aux médicaments antirétroviraux pour tous les malades, et initie une nouvelle stratégie internationale dans ce domaine qu'elle défendra de façon continue aux côtés des États africains pour l'accès aux antirétroviraux (création du Fonds de solidarité thérapeutique international en 1998, relayé par le programme ESTHER à partir de 2002, investissement de la diplomatie française dans la création du Fonds Mondial à partir de 2002).
- ▶ Les positions politiques prises lors des grands rendez-vous internationaux expliquent en partie la multilatéralisation de l'APD française dans le secteur de la santé et ont fortement influencé les orientations stratégiques de la France. **La contribution au Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme (GFATM) est ainsi une**

également adhéré à l'Initiative de Muskoka en promettant des financements supplémentaires de 2,3 milliards de dollars sur la même période. Au total, les pays du G8 et leurs partenaires ont donc prévu que, sur la période 2010-2015 et sous réserve de leurs procédures budgétaires respectives, l'Initiative de Muskoka mobilise des ressources supérieures à hauteur de 10 milliards de dollars (dont 5 milliards pour les seuls pays du G8).

³⁵ Source : Déclaration du G8 à Muskoka Reprise et renaissance, <http://www.pm.gc.ca/fra/nouvelles/2010/06/26/declaration-du-g8-muskoka-reprise-et-renaissance>.

³⁶ Déclaration de Jacques Chirac à Abidjan

manifestation de la volonté française de s'engager en faveur des OMD santé dans un contexte multilatéral, avec une contribution croissante de la France (150 M€ en 2005, 225 M€ en 2006, 300 M€ par an pour 3 ans de 2008 à 2010, 360 M€ par an sur 3 ans pour 2011-2013). La France est actuellement le deuxième contributeur au Fonds Mondial. De même, la participation importante de la France à UNITAID, corolaire de l'implication française en faveur des financements innovants³⁷, a été décidée au plus haut niveau politique.

- D'autres engagements internationaux ont imprimé des priorités géographiques (la France s'est engagée lors du **G8 d'Heiligendamm en 2007** à affecter 1 Md USD par an au secteur de la santé en Afrique) ou thématiques (comme justement le sommet du G8 de Muskoka).

Le bilan de l'action de la France en faveur des OMD mené en 2003, avant l'élaboration de la stratégie santé de 2004³⁸, souligne avec force ce déséquilibre en faveur de l'OMD 6 en soulignant que la France était « **quasiment absente de la réduction de la mortalité infantile** » (OMD 4) et a alloué à **la lutte contre la mortalité maternelle (OMD 5) moins de 9% de ses ressources d'aide dédiées à la santé**³⁹. Ce constat peut être nuancé si l'on prend en compte qu'une partie de l'action centrée sur les grandes pandémies de l'OMD 6 relèvent de l'amélioration de la santé maternelle et infantile mais il n'en demeure pas moins un fort déséquilibre en faveur de l'OMD 6 par rapport aux OMD 4 et 5.

Pourtant, l'évidence scientifique existante (cf. annexe 1) donne une totale légitimité à un investissement massif et prolongé en matière de SRMNI qui, au-delà même de la réalisation des OMD, peut contribuer à une action sanitaire efficace sur tout le cycle de vie des individus et adapter la réponse à la transition épidémiologique vers les maladies chroniques (dites « non-transmissibles » depuis le sommet onusien de septembre 2011).

Ainsi, la littérature internationale d'une importance croissante sur l'hypothèse dite DOHAD (origine développementale des maladies et de la santé) conforte la pertinence des interventions en faveur de la SRMNI en ce que l'investissement dans ce domaine aurait non seulement un effet immédiat sur la mortalité maternelle et infantile, mais aussi des effets à long terme tout au long du cycle de vie (cf. annexe 1).

3.2. Pertinence du périmètre géographique d'intervention de la France

3.2.1. Un périmètre géographique de l'intervention de la France globalement pertinent compte tenu des besoins et de la stratégie de coopération de la France

Le choix des pays prioritaires d'intervention de la France a été principalement défini en fonction des priorités géographiques générales de la coopération de la France pour le

³⁷ Avec la création d'une taxe sur les billets d'avions pour le financement de l'accès des populations les plus pauvres aux médicaments essentiels (Sida, tuberculose, paludisme) dévolue à UNITAID, mais aussi à travers le mécanisme d'emprunt IFFIm pour la vaccination.

³⁸ « Participation de l'APD française aux objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) », MAE, 2003.

³⁹ Idem.

développement. En effet, le périmètre géographique Muskoka, correspond globalement à la liste des **pays pauvres prioritaires** de l'aide française et **aux pays en crise**.

- ▶ Conformément aux objectifs inscrits dans son Contrat d'objectifs et de moyens pour 2011-2013, l'AFD est autorisée à engager dans le cadre de l'initiative Muskoka des projets bilatéraux dans 18 pays éligibles⁴⁰ aux engagements Muskoka (16 pays pauvres prioritaires, ainsi que l'Afghanistan et Haïti). Au moment de l'évaluation, les « projets Muskoka » financés par l'AFD concernent directement 11⁴¹ pays africains (projets bilatéraux de l'AFD), et une majorité des pays africains en ce qui concerne les 6 projets régionaux.
- ▶ Pour les crédits multilatéraux dans le cadre de Muskoka, le périmètre géographique d'intervention des différentes organisations soutenues par la France correspond également à celui des pays pauvres prioritaires, mais il a été parfois resserré (12 pays pour le FSP Muskoka avec les agences des Nations unies) ou élargi pour satisfaire aux demandes de l'organisation concernée (ex. Djibouti, Ethiopie, Erythrée et Somalie ont été ajoutés à la liste des pays éligibles aux interventions de l'Alliance GAVI à la demande de cette organisation⁴²). Ce périmètre n'est pas clairement indiqué dans le cas du Fonds Mondial⁴³.

Ce périmètre géographique semble globalement pertinent dans la mesure où, quelles que soient les données et leurs sources, le retard de l'Afrique de l'Ouest et du Centre à réaliser les OMD 4 et 5 est avéré et reconnu (voir l'encadré ci-dessous). Plus largement l'Afrique dans son ensemble est en retard sur les autres continents pour réaliser ces OMD, et l'Afrique de l'Ouest et du Centre présentent un retard plus accusé encore.

Encadré 3: Les données disponibles sur le retard de l'Afrique de l'Ouest et du Centre à réaliser les OMD 4 et 5

▶ **Mortalité des enfants de moins de 5 ans :**

- L'Afrique continue à graduellement réduire son **taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans**, qui a reculé de 146 à 91 décès pour 1000 naissances vivantes entre 1990 et 2011, soit de 2,2 pour cent par an. Mais ce rythme n'est pas suffisant pour atteindre les objectifs de réduction fixés.
- Parmi **les régions africaines**, c'est l'Afrique du Nord qui a le plus progressé car elle a réduit son taux de mortalité des moins de 5 ans de 89 décès pour 1 000 naissances vivantes en 1990 à 41 décès en 2011, ce qui représente une diminution de 54 pour cent. Après l'Afrique du Nord viennent l'Afrique australe (46 pour cent), et l'Afrique occidentale et orientale (42 pour cent chacune). L'Afrique

⁴⁰ Afghanistan, Bénin, Burkina Faso, Cameroun, Comores, Congo, Côte d'Ivoire, Guinée, Haïti, Madagascar, Mali, Mauritanie, Niger, RCA, RDC, Sénégal, Tchad et Togo.

⁴¹ Sur les 12 pays initiaux de l'initiative, seuls 11 ont été confirmés en début d'année 2013, la situation en République Centrafricaine n'ayant pas permis la poursuite de l'appui. Ce chiffre s'élève à 13 pays si la Côte d'Ivoire est intégrée.

⁴² La convention cadre signée avec l'Alliance GAVI indique que la contribution de la France doit permettre d'augmenter la couverture vaccinale dans les « pays pauvres prioritaires », les « pays en crise » (Afghanistan, Haïti, Côte d'Ivoire) et dans les pays de la Corne de l'Afrique.

⁴³ La contribution complémentaire de la France au Fonds mondial dans le cadre de l'initiative Muskoka n'a pas fait l'objet d'une convention spécifique. La direction exécutive du Fonds mondial ne semble pas avoir reçu d'indication quant à l'orientation plus spécifique des financements attribués aux mères et aux enfants (27 millions par an) en direction des 16 pays prioritaires de l'aide française pour le programme Muskoka.

centrale a progressé le plus lentement. Son taux de mortalité parmi les moins de 5 ans restait élevé, 139 décès par 1 000 naissances vivantes, en 2011. Elle est aussi la seule région d'Afrique où le nombre des décès d'enfants de moins de 5 ans (pour 1000 naissances) est plus élevé aujourd'hui qu'il ne l'était en 1990.

- **Le taux de mortalité des moins de 5 ans varie d'un pays africain à l'autre.** L'Égypte, le Libéria et la Tunisie ont déjà dépassé la cible fixée pour 2015. Onze pays⁴⁴, dont deux pays d'intervention de la France (**Madagascar, Niger**), ont réduit leurs taux de mortalité parmi les enfants de moins de 5 ans de 60 pour cent entre 1990 et 2011. Par contre, le **Burkina Faso, le Cameroun, la République Centrafricaine, le Tchad, le Congo, la République Démocratique du Congo**, le Kenya, **le Mali, la Mauritanie**, la Somalie et le Swaziland (qui sont tous des pays prioritaires Muskoka de la France, sauf le Swaziland, la Somalie et le Kenya) ont enregistré une augmentation du nombre de décès d'enfants de moins de 5 ans (pour 1000 naissances) depuis 1990.

► **Mortalité infantile (enfant de moins d'un an) :**

- L'Afrique a pu graduellement réduire son taux de mortalité infantile, même si la baisse du taux de mortalité infantile (TMI) en Afrique a été plus lente que la baisse du taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans. Ce taux a régressé de 90 décès pour 1 000 naissances vivantes en 1990 à 60 décès pour 1 000 naissances vivantes en 2011, soit une diminution annuelle de 1,9 pour cent. Seize pays⁴⁵, dont un pays prioritaire Muskoka (Niger) ont réduit leur taux de mortalité infantile de plus de moitié pendant cette période. Parmi les cinq pays qui l'ont réduit le moins (Sao Tomé-et-Principe, **la Mauritanie, la République Démocratique du Congo, la République Centrafricaine** et le Swaziland) trois sont des pays prioritaires des interventions Muskoka de la France. Les quatre pays –qui sont tous des États fragiles – où le TMI est le plus élevé (supérieur à 100 décès pour 1 000 naissances vivantes) sont la Sierra Leone (119), la République Démocratique du Congo (111), la Somalie (108) et la République Centrafricaine (108).

► **Mortalité maternelle :**

- Malgré les progrès réalisés, l'Afrique reste la région du monde où le taux de mortalité maternelle (TMM) est le plus élevé, avec plus de 56 pour cent des décès mondiaux de mères à l'accouchement. Entre 1990 et 2010, l'Afrique est parvenue à réduire son TMM moyen de 745 à 429 décès pour 100 000 naissances vivantes, ce qui représente une réduction de 42 pour cent. Avec ce taux, l'Afrique demeure néanmoins à la traîne de toutes les régions en développement (240), de l'Asie du Sud (220) et des Caraïbes (190). De fait, les 10 pays aux TMM les plus élevés sont en Afrique.
- **Ce taux varie sensiblement d'un pays à l'autre à travers le continent.** La Guinée équatoriale a réduit son taux de mortalité maternelle de 81 pour cent depuis 1990. Elle est donc le seul pays d'Afrique à avoir atteint l'Objectif 5 de réduction de trois-quarts du taux de mortalité maternelle entre 1990 et 2015. L'Érythrée et l'Égypte sont en bonne voie de réaliser l'Objectif 5, car elles ont vu

⁴⁴ Cap-Vert, Égypte, Éthiopie, Libéria, Libye, **Madagascar**, Malawi, Maroc, **Niger**, Tunisie et Rwanda

⁴⁵ L'Égypte, l'Algérie, le Botswana, le Cap-Vert, l'Éthiopie, le Libéria, la Libye, Madagascar, le Malawi, le Maroc, le Mozambique, **le Niger**, le Rwanda, la Tunisie, la Tanzanie et la Zambie

leur taux de mortalité maternelle décliné d'au moins 5,5 pour cent par an pendant la période 1990-2010. En revanche, le Botswana, **le Cameroun, le Tchad, le Congo**, le Lesotho, la Somalie, l'Afrique du Sud, le Swaziland et le Zimbabwe ont vu leur taux de mortalité maternelle augmenter depuis 1990.

► **Proportion des accouchements assistés par le personnel :**

- En moyenne à l'échelle du continent africain, plus de 50% des femmes accouchent en dehors de la présence de personnel de santé qualifié, et dans certaines régions rurales, ce taux tourne davantage autour de 85 ou 90%. Aucun des pays qui présentent les taux d'accouchement en présence de personnel qualifié les plus élevés (au-delà de 75%⁴⁶), ne se situe en Afrique sub-saharienne francophone.

► **Taux d'utilisation des consultations prénatales (4 consultations sont recommandées au cours d'une grossesse) :**

- Les taux d'utilisation des consultations prénatales ne sont pas très élevés en général en Afrique subsaharienne (moins de 45% des femmes ont accès à ces quatre consultations, selon les données de l'OMS de 2011), ce qui ne permet pas de dépister dans de bonnes conditions des pathologies ou conditions qui s'avèreraient défavorables à un accouchement normal.

► **Grossesses adolescentes :**

- Les progrès relatifs à la réduction de la mortalité maternelle restent également limités par le fait des grossesses adolescentes qui provoquent souvent deux décès, celui de la mère adolescente et de son bébé. Sur le sujet des grossesses adolescentes, le rapport sur les OMD en 2012 à l'échelle mondiale précise ainsi, dans son résumé, qu'« *aucun progrès n'a été enregistré sur la période 1990-2000 et que la diminution des grossesses à l'adolescence est allée plus lentement dans la décennie 2000-2009* ». Les grossesses précoces concernent 18 millions de jeunes filles de moins de 20 ans et 3 millions d'adolescentes de moins de 15 ans. Les taux de grossesses précoces les plus élevés sont constatés dans une dizaine de pays africains, dont quatre en Afrique de l'Ouest ou du Centre (Angola, **Tchad, Guinée**, Libéria, Malawi, **Mali**, Mozambique, **Niger**, Ouganda et Zambie). Enfin, les mutilations sexuelles génitales restent un sujet tabou, peu considéré par les stratégies sanitaires tant nationales qu'internationales.

Source : *Évaluation des progrès accomplis en Afrique dans la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement, 2013*

Le fait que **les pays de la Corne de l'Afrique** soient bénéficiaires de financements de la France dans le cadre de sa contribution Muskoka à l'Alliance GAVI semble pertinent, car ces pays ont été intégrés à la demande de GAVI à un moment de recrudescence de la rougeole et d'épidémie de choléra en Somalie. En revanche, il ne s'agit pas des pays prioritaires de la coopération française et ce choix pose davantage une question de cohérence et de coordination : Ce choix, a-t-il été concerté avec les pays et la communauté internationale active dans la Corne de l'Afrique? Par ailleurs, selon les données disponibles au moment de l'évaluation, des 22 pays inclus dans le périmètre, quatre pays ont été concernées par le financement français lors des deux premières années (mise à disposition des vaccins

⁴⁶ L'île Maurice, l'Algérie, la Tunisie, le Botswana, l'Afrique du Sud, Sao Tomé et Príncipe, Namibie, Zimbabwe, Egypte et Cap Vert.

pentavalents) : le Burkina Faso, la RDC, la Somalie et le Kenya. Des pays prioritaires de l'aide française, le Mali ou la Côte d'Ivoire par exemple, n'ont pas bénéficié d'appui dans les deux premières années du projet alors que leur situation politique, économique et sociale et sanitaire aurait pourtant justifié un calendrier prioritaire.

Quant à l'**Afghanistan**, il est principalement concerné par le projet de l'AKDN (*The Aga Khan Development Network*) même s'il bénéficie également de financements GAVI et du Fonds mondial. L'appui à ce projet régional et frontalier est pertinent du fait de la situation locale, des énormes besoins des femmes dans ces régions, de la compétence de l'institution porteuse du projet pour travailler dans une région difficile tant du point de vue géographique que politique et climatique, ou du savoir-faire original et avantage comparatif indéniable de cette organisation.

Enfin, il apparaît que la pertinence de la contribution du **Fonds mondial** sur l'aire géographique doit être confirmée par un fléchage effectif des financements. En effet, aux dires de la direction exécutive du Fonds mondial, les autorités françaises ne lui ont pas transmis (par l'intermédiaire de la représentation au Conseil d'administration du Fonds ou par le MAE) d'indications quant à l'orientation plus spécifique des financements attribués aux mères et aux enfants (27 millions par an) en direction des 16 pays prioritaires de l'aide française pour le programme Muskoka. Or, il semble important d'attendre du Fonds mondial une contribution renforcée dans les pays prioritaires de la France en faveur de la prévention et de la prise en charge des 3 maladies en ciblant plus précisément les bébés et les femmes enceintes. Aucun suivi ne permet de dire si les taux de couverture de PTME par exemple, pour ne reprendre que cet indicateur, ont évolué avec l'appui du FM dans les pays prioritaires et dans quelle mesure la contribution supplémentaire française au titre de Muskoka a pu y contribuer. Il semble que ce ne soit pas le cas mais l'étude reste à faire de l'impact des contributions françaises au FM en vue d'accélérer la réalisation des OMD 4 et 5.

3.2.2. Une échelle d'intervention définie en fonction de critères en lien avec les capacités d'intervention de la France

Si le choix des pays prioritaires d'intervention de la France semble globalement pertinent par rapport à la réalité épidémiologique (pour autant qu'elle repose sur des données fiables et comparables entre les pays), **la répartition des financements entre les différents pays prioritaires et le choix des régions d'intervention à l'intérieur des pays, reflète la prise en compte de facteurs d'un autre ordre :**

- En ce qui concerne le volet bilatéral, les enveloppes d'intervention dans les différents pays ont été fixées à partir d'une **volonté de la France de couvrir de manière équilibrée l'ensemble des pays éligibles**. L'enveloppe annuelle bilatérale de l'AFD (48 M €) est répartie entre les pays éligibles selon les besoins déterminés lors des discussions avec les ministères des pays concernés. Les montants des projets bilatéraux de renforcement des systèmes de santé sont très variables avec des montants de moins de 500.000 EUR pour certains projets portés par des ONG et des montants de 12M EUR à 14M EUR lorsque la capacité d'absorption des pays le permet. Le volume des interventions dans certains pays pourrait être questionné. Par exemple, en RDC, l'échelle d'intervention de la France, par rapport aux besoins et par rapport au volume d'intervention des autres PTF ne permet pas d'espérer des impacts importants sur l'accélération des résultats pour atteindre les OMD 4 et 5. Ainsi, avec le volume d'intervention par pays dont dispose l'AFD, la question de la dispersion des interventions sur un nombre élevé de pays peut être soulevée.

- ▶ La pertinence de **la répartition des enveloppes du FSP Muskoka** entre les différents pays, discutée au sein du comité de pilotage, mais définie *in fine* par les agences concernées, peut parfois être questionnée. Ainsi, par exemple, la contribution française à l'OMS en RDC semble « noyée » dans le financement global du projet appuyé et dans le budget global de l'agence. Il en est de même pour la contribution de la France à l'AKDN, qui demeure modeste à l'échelle du budget global de cette organisation.
- ▶ Par ailleurs, **le montant limité des enveloppes d'intervention par pays** a souvent conduit l'AFD à cibler ses financements sur une région :
 - **Ainsi, les capitales** (ex. Kinshasa en RDC) **ou les régions peu éloignées de la capitale** (région de Louga au Sénégal) **sont parfois privilégiées**. Si ces choix s'expliquent par une demande du pays bénéficiaire et peuvent en partie se justifier sur le plan des besoins (ex. les interventions dans les capitales permettent de cibler un grand nombre des bénéficiaires), ainsi que sur le plan opérationnel (ce choix facilite le suivi des projets par les équipes de l'AFD), ils peuvent avoir des **conséquences sur la visibilité de la France** dans des zones et régions déjà investies par de nombreux autres bailleurs, notamment dans les pays de taille importante et/ou qui bénéficient d'appuis beaucoup plus importants d'autres partenaires techniques et financiers (PTF).
 - **Pour les agences multilatérales, notamment les agences onusiennes, le besoin de ciblage a ainsi amené ces partenaires à concentrer leurs efforts dans différentes régions en fonction de leurs capacités ou en fonction de l'historique de leurs activités sans que la France puisse toujours avoir une influence sur les choix effectués**. Ainsi, au Togo, l'Unicef intervient exclusivement dans la région des Savanes et la région de la Kara, tandis que le FNUAP intervient en partie dans la région maritime. Au final, il apparaît que certains districts peuvent paraître « sous-dotés » en termes d'interventions françaises Muskoka, notamment les districts sanitaires de la région Centrale et de la région des Plateaux. En RDC, la France a cherché à cibler l'intervention de l'OMS sur la ville de Kinshasa (pour améliorer la synergie avec le projet de l'AFD). Cependant, cette demande n'a pas été respectée. En effet, le financement français venait compléter le budget d'un projet déjà bien défini (dans le cadre de H4+) dont il était difficile pour la France de modifier le contenu, compte tenu de la faiblesse relative du financement au regard du montant total du projet (soutenu par plusieurs autres bailleurs, notamment le Canada).

3.3. Pertinence du choix des thématiques appuyées dans le cadre des interventions Muskoka

3.3.1. L'identification des thématiques spécifiques à privilégier pour améliorer la SRMNI se heurte à des limites de connaissances scientifiques et une faible qualité des données disponibles

L'identification des interventions et des thématiques les plus susceptibles de contribuer à réduire la mortalité maternelle et infantile est un exercice complexe dans la mesure où les déterminants de la santé des mères et des enfants sont multifactoriels et relèvent de disciplines très diverses (obstétrique, épidémiologie, santé publique, démographie, sciences économiques et sociales) et que la compréhension des causalités entre ces facteurs, indispensable pour guider l'action publique, demeure limitée.

Ainsi, **les différentes causes de mortalité maternelle et infantile ont été largement analysées** dans la littérature scientifique internationale et par les organisations spécialisées dans le domaine de la santé (cf. encadré ci-dessous). Même si **cette littérature fournit de forts arguments en faveur des certaines relations de causalité**, (notamment entre réduction de cette mortalité et augmentation du revenu des population pauvres, niveau d'éducation des femmes, retards de croissance fortement liés à malnutrition, certaines interventions biomédicales, et centrées sur les soins obstétriques, périnataux et néonataux, cf Annexe 1), une **compréhension plus fine de la chaîne causale** demeure nécessaire pour éclairer quelles interventions précises sont les mieux à même d'apporter les impacts attendus.

Encadré 4 : Les causes de mortalité maternelle et infantile

Les études épidémiologiques ont permis de mieux connaître les causes médicales des décès maternels et infantiles. En même temps, d'importants progrès ont été réalisés dans la compréhension des mécanismes physiopathologiques des complications maternelles et néonatales, grâce notamment à l'apport de l'épidémiologie d'évaluation. Les causes non médicales ont été également recherchées pour mettre au point les stratégies et les interventions les plus pertinentes.

Ainsi, plusieurs études classifient les causes de la mortalité maternelle et infantile dans trois grandes catégories :

► **causes directes et indirectes au niveau individuel :**

- **causes directes** : causes liées à des complications obstétricales pendant la grossesse, le travail ou la période post-partum,)
- **causes indirectes** : facteurs qui contribuent au risque de mortalité chez la mère, mais qui ne sont pas propres à la grossesse, même s'ils peuvent être exacerbés par celles-ci et/ou par l'accouchement (anémie, carences en iode, paludisme, VIH / SIDA).

► **facteurs relevant des services et politiques de santé**

► **facteurs structurels** : facteurs socio-économiques et culturels, comme le revenu, l'éducation, les relations de genre (violences faites aux femmes), etc.

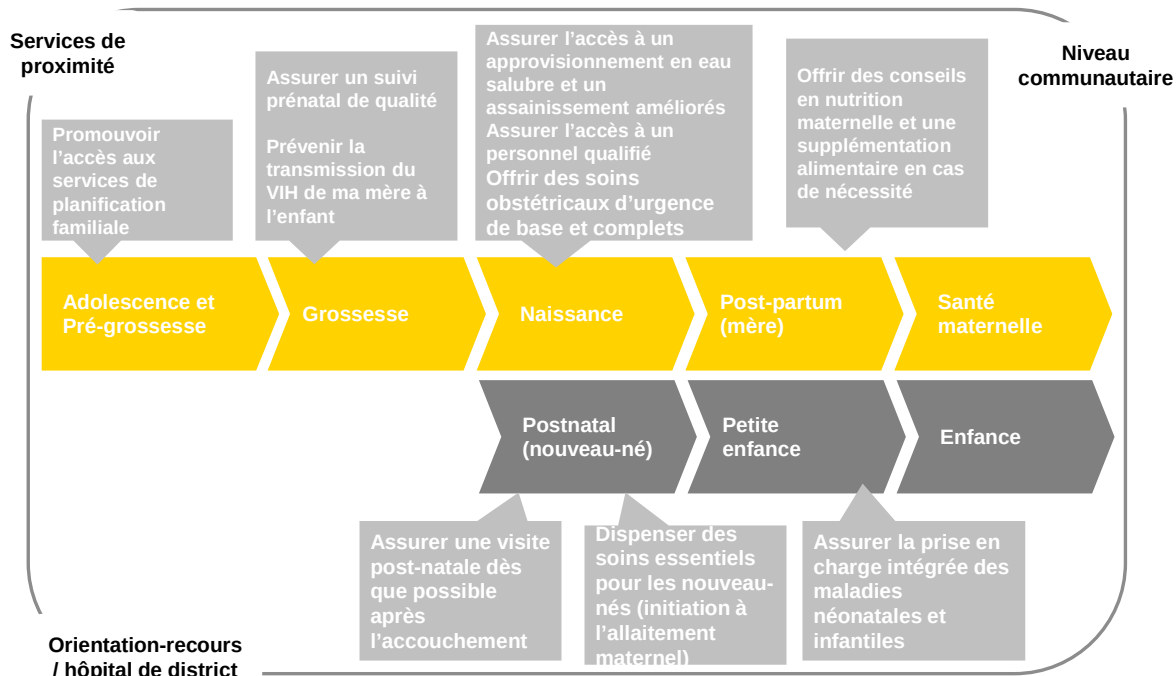
Dans les années 1990, D. Maine a rédigé un article important intitulé « *Too Far to Walk: Maternal Mortality in Context* ». En étudiant des cas de décès maternels, le chercheur a pu déterminer les trois délais qui déterminent souvent si une femme connaissant des complications à l'accouchement survivra : délai pour prendre la décision de chercher à obtenir des soins ; délai pour atteindre un établissement obstétrical approprié ; délai pour obtenir un traitement adéquat et approprié.

Ce cadre de travail conceptuel revêt une grande importance pour comprendre pourquoi les femmes décèdent de complications évitables liées à la grossesse.

Malgré ces difficultés de nature scientifique, les différentes initiatives internationales ont tenté d'établir un consensus sur le contenu à donner aux interventions en matière de SRMNI. C'est le cas, par exemple, de la publication « Interventions essentielles, produits et lignes directrices en santé reproductive, maternelle, néonatale et infantile » produite par le PMNCH

(Partenariat pour la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant)⁴⁷ qui compile et classe les interventions par ordre de priorité en indiquant le degré de consensus sur les preuves de leur efficacité sanitaire (en fonction des données probantes disponibles).

Figure 2 : Exemples d'interventions pour réduire la mortalité maternelle et néonatale tout au long du continuum des soins de santé



Source : *La situation des enfants dans le monde, UNICEF, 2009.*

De la même manière, la Déclaration du G8 de Muskoka spécifie⁴⁸, sans établir de hiérarchie, les thématiques qui doivent être ciblées par les bailleurs de fonds. Pour aller plus loin, le groupe de travail sur la santé du G8 a défini, dans un objectif de redevabilité et de comptabilisation de l'effort financier en faveur de la SRMNI, des « pourcentages d'éligibilité Muskoka » en fonction de différentes catégories de projets (voir l'encadré ci-dessous) qui sont censés refléter un degré de causalité entre différents types d'interventions et la santé de mère et des enfants. Les discussions en cours sur la pertinence de cette méthodologie illustrent bien les difficultés à établir un consensus sur des causalités claires et prévisibles entre interventions et SRMNI (voir l'encadré ci-dessous).

Encadré 5 : La méthodologie de redevabilité retenue par le G8 et ses limites

La méthodologie appliquée pour la comptabilisation des engagements Muskoka se base sur la déclaration par secteurs de l'Aide Publique au développement au Comité d'aide au développement de l'Organisation de Coopération Economique et de Développement (CAD-OCDE). Jusqu'en 2010, il n'existait pas de méthodologie harmonisée pour le suivi des

⁴⁷ Partenariat pour la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant, 2011. *Tour d'horizon mondial des interventions essentielles en santé reproductive, maternelle, néonatale et infantile.*

⁴⁸ Dans son annexe I (§2, §3)

contributions des bailleurs de fonds à la SRMNI.

En prévision du Sommet de Muskoka, le Groupe de travail sur la santé du G8 a défini et recommandé l'attribution de pourcentages « SRMNI » aux dépenses bilatérales via les codes du SNPC⁴⁹ du CAD de l'OCDE, retenus pour leur lien direct (hors recherche médicale) ou indirect (eau, assainissement) à l'amélioration de la santé. Cette méthodologie a été entérinée par l'OCDE, la Banque mondiale et par Countdown2015, consortium d'institutions internationales, académiques et d'ONG œuvrant dans le domaine de la SRMNI.

Le G8 a déterminé cinq catégories de projets pouvant être inclus dans le périmètre de l'initiative Muskoka, et attribué à chacune de ces catégories un « pourcentage d'éligibilité Muskoka » :

- ▶ **Activités axées entièrement ou principalement sur les femmes en âge de procréer et/ou les enfants de moins de cinq ans** (pourcentage attribué : **100 %**) : Nutrition de base, Soins en matière de fertilité, Planification familiale, Formation de personnel en matière de population et de santé et fertilité.
- ▶ **Activités destinées à l'ensemble de la population** (pourcentage attribué : **40 %**) : Politique de la santé et gestion administrative, Éducation et formation médicales, Services médicaux, Soins et services de santé de base, Infrastructure pour la santé de base, Lutte contre les maladies infectieuses, Éducation sanitaire, Formation de personnel de santé, Politique/programmes en matière de population et gestion administrative
- ▶ **Appui budgétaire** (pourcentage attribué : **4 %**)
- ▶ **Codes du CAD associés à des maladies précises** : Lutte contre le paludisme 88,5 %, Lutte contre la tuberculose 19 %, Lutte contre les MST et VIH/sida 46 %
- ▶ **Approvisionnement en eau potable et assainissement** (pourcentage attribué : **15 %**) : Approvisionnement en eau potable et assainissement – dispositifs de base, Approvisionnement en eau potable – dispositifs de base, Assainissement – dispositifs de base.

Concernant les contributions à des institutions multilatérales, une démarche similaire a été adoptée pour aboutir à l'affectation suivante de pourcentages d'éligibilité :

- ▶ GAVI : 100 %
- ▶ UNFPA – Fonds des Nations Unies pour la population : 67 %
- ▶ UNICEF : 55 %
- ▶ Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme : 46 %
- ▶ Organisation mondiale de la santé : 22%
- ▶ Banque mondiale : 5 %
- ▶ Programme alimentaire mondial : 15 %
- ▶ Banques régionales de développement : de 1 à 3%

Cette méthodologie a plusieurs limites :

- ▶ **L'utilisation des codes CAD est assez restrictive** et ne permet pas toujours de refléter la réalité concrète des interventions. Seuls 4 codes CAD, portant sur la nutrition et la

⁴⁹ Codes sectoriels appelés codes du « Système de notification des pays créanciers » (SNPC)

santé sexuelle et reproductive, permettent une imputation à 100% Muskoka d'un financement. Par exemple, un projet de construction ou de réhabilitation du département pédiatrique d'un hôpital serait codé « infrastructures santé de base » et ne serait donc comptabilisé qu'à 40% Muskoka, alors qu'il bénéficierait uniquement aux enfants. De la même manière, un projet bilatéral de vaccination serait probablement codé « Lutte contre les maladies infectieuses » et ne serait donc éligible à Muskoka qu'à 40% (alors qu'un financement GAVI est pris en compte à 100%).

- ▶ **Redevabilité à deux vitesses** : contrairement aux projets bilatéraux, **les contributions multilatérales** éligibles contribuent aux engagements Muskoka à partir du moment où elles sont **versées** aux organisations ou initiatives multilatérales (et non au moment où elles sont décaissées sur le terrain). **Le déséquilibre en matière de respect des engagements entre le canal bilatéral et celui multilatéral tient à cette différence de traitement comptable qui ne correspond en rien à une différence concrète de réalisation sur le terrain.**
- ▶ **Valorisation inégale des initiatives multilatérales** : la méthodologie de redevabilité du G8 ne permet pas d'intégrer les contributions à l'UNITAID et à l'IFFIm, en dépit de leurs rôles respectifs dans la lutte contre le VIH/ SIDA et dans la promotion des vaccins et de l'immunisation (en lien avec GAVI).

3.3.2. Une concentration des interventions de la France sur le renforcement des systèmes de santé

Les thématiques d'intervention de l'action de la France **visent principalement le renforcement des systèmes de santé**. Ainsi, la majorité de projets bilatéraux engagés par l'AFD (cf. encadré 7) dans le cadre de l'initiative Muskoka, ainsi que le FSP avec les agences des Nations Unies (voir Tableau 3), sont principalement conçus autour de cet objectif et comportent toutes les composantes nécessaires (un appui à la gouvernance, le financement des infrastructures, des équipements et des intrants ainsi que la formation des effectifs du personnel sanitaire).

L'appui de la France aux autres facteurs impactant la santé des mères et des enfants est plus ponctuel ou passe par les contributions aux organisations multilatérales.

- ▶ Le volet du programme Muskoka relatif aux **droits des filles et des femmes, à la santé sexuelle et reproductive et à la prévention ou la prise en charge des violences sexuelles**, est abordé de manière moins systématique par les projets de l'AFD, mais il passe en partie par la contribution à l'ONU Femme et au FNUAP.
- ▶ L'appui de la France à la **lutte contre des maladies spécifiques**, telles que le paludisme ou le sida, pour atténuer leur impact sur la santé maternelle et néonatale (notamment la prévention de la transmission mère-enfant du VIH au sein de structures de soins intégrés et le développement de nouvelles techniques de prévention des infections sexuellement transmissibles) passe principalement par la contribution de la France au Fonds mondial.
- ▶ Les **volets nouveau-né, survie de l'enfant et nutrition** ne paraissent pas prioritaires dans la réalisation de la stratégie Muskoka financée par la France (aucune intervention des agences onusiennes et seulement quatre projets de l'AFD à la fin 2013), alors même que la portée de l'initiative Muskoka fait explicitement référence à « certains volets de

l'OMD1 (nutrition) »⁵⁰ et que de nombreuses études font état du retentissement considérable de la malnutrition de la mère pendant la grossesse ainsi que de la malnutrition du nouveau-né et du nourrisson sur le développement psychomoteur et intellectuel de l'enfant.

- En ce qui concerne **l'accès à un approvisionnement en eau salubre et un assainissement amélioré**, l'AFD finance un certain nombre de projets qui contribuent à cet objectif, même si en majorité ceux-ci concernent uniquement le volet eau, alors que le traitement conjoint du problème de l'eau et de l'assainissement semble crucial pour assurer un impact durable sur la santé des mères et des enfants.

Tableau 8 : Thématiques soutenues dans le cadre des projets AFD

Projets AFD			Renforcement des systèmes de santé	Planification familiale - SMI	Nutrition	Maladies spécifiques
Bénin	Programme d'appui à l'amélioration de la santé maternelle et infantile au Bénin	10 M€	x	x		
Tchad	Santé urbaine à N'Djaména	8 M€	x	X		
Comores	Programme d'appui au secteur de la santé aux Comores	8 M€	x	X		
Burkina Faso	Santé de la reproduction et planification familiale au Burkina Faso	9 M€	x	X		
Niger	Cofinancement du Fonds Commun d'appui à la politique sectorielle santé 2011-2015 du Niger	14 M€	x			
Mauritanie	Projet d'appui à l'extension et la consolidation du forfait obstétrical	2,5 M€	x	X		
RDC	Améliorer la prise en charge de la santé mère-enfants à Kinshasa	8 M€	x			
Madagascar	Programme d'Amélioration de la santé maternelle et infantile	8 M€	x	X		
Mali	Facilité Santé Nord Mali	8 M€	x	X	X	
Sénégal	Appui au programme de santé de la reproduction et du nouveau-né au Sénégal	14 M€	x	X		
Guinée	Projet d'appui à la santé en Guinée	10 M€	x			
Multi-pays	Améliorer la santé de la mère et de l'enfant et accompagner la transition	7 M€	x	X		

⁵⁰ Annexe I (§2) de la Déclaration du G8

Projets AFD		Renforcement des systèmes de santé	Planification familiale - SMI	Nutrition	Maladies spécifiques
	démographique dans 4 pays sahéliens : Mali, Niger, Mauritanie et Tchad				
Multi-pays	Appuyer le développement des réseaux hospitaliers et des partenariats entre les hôpitaux des pays en développement et émergents et les hôpitaux français	2 M€	x		
Madagascar	Appui à la création d'une entreprise sociale de distribution de complément alimentaire pour bébé chez les populations défavorisées	0,9 M€		X	
Mali	Développement et vulgarisation d'un produit alimentaire à haute potentialité énergétique dans les zones rurales	0,8 M€		X	
Niger	Réduire la malnutrition en développant de nouvelles approches communautaires pour la prévention et la prise en charge	0,7 M€		X	
Mali	Malaria Research Training Center (MRTC) (paludisme)	2 M€			X
Multi-Pays	Renforcement des capacités des programmes nationaux de lutte contre la tuberculose dans 7 pays africains francophones	3,5 M€			X
Multi-Pays	Développer l'accès à de nouveaux traitements pour le traitement du VIH pédiatrique, de la maladie du sommeil et du paludisme en Afrique	5 M€			X
Multi-Pays	Appui au secteur des laboratoires biomédicaux en Afrique	5 M€	x		X
Multi-Pays	Mise en place d'un réseau régional de surveillance intégrée des maladies et préparation à l'autonomie complète de l'unité de veille sanitaire au sein de la Commission de l'Océan Indien	6 M€	x		X

Source : Analyse EY sur la base des données transmises par l'AFD.

Légende : (X) : axe principal identifié, (x) : axe secondaire identifié

A l'avenir, il peut être recommandé que les interventions bilatérales de la France soient élargies aux cibles des **adolescentes enceintes**, et à la **malnutrition des enfants**, thématiques peu valorisées bien que prioritaires à la fois dans la situation actuelle et dans

les années à venir compte tenu des taux de fécondité qui restent élevés dans la zone géographique des pays prioritaires de l'aide française.

Encadré 6 : Comparaison avec l'approche des autres bailleurs

Outre la France, seuls les Etats-Unis et le Canada font du « renforcement des systèmes de santé » un axe prioritaire de leurs interventions en matière de SRMNI. Les pays nordiques (Suède, Norvège) axent davantage leur politique sur la thématique de la santé sexuelle et reproductive et sur le droit des femmes via la mobilisation au niveau communautaire et individuel. L'Allemagne a dédié une initiative à la thématique « planning familial autodéterminé » approchée par le biais de l'éducation et de l'indépendance financière des femmes. Le Royaume-Uni a défini trois domaines d'intervention principaux : la santé reproductive, la planification familiale et les maladies sexuellement transmissibles.

3.3.3. Un choix assumé, mais qui ne semble pas accompagné d'une réflexion stratégique sur le mix optimal d'interventions à promouvoir

Le choix de la France de cibler ses interventions sur l'amélioration de la qualité et de la disponibilité des soins s'inscrit dans **la continuité de la coopération sanitaire de la France**, mais il est également assumé comme **une conviction partagée par les différents acteurs français** selon laquelle la réduction de la mortalité maternelle et infantile passe forcément par un appui prolongé à l'amélioration globale des systèmes de santé des pays partenaires dans leur ensemble.

Dans ce sens, les financements français, s'ils **n'ont pas conduit à des interventions nouvelles ou innovantes**, cherchent en revanche à **augmenter la capacité d'action des pays ciblés**, à changer d'échelle en termes de soutien à la mise en œuvre des stratégies nationales de développement sanitaire et à orienter en partie les projets vers la prise en compte de certains facteurs affectant plus particulièrement la mortalité des mères et/ou des enfants (PF, genre...).

Si cette orientation en faveur d'un renforcement des systèmes de santé est globalement confortée par de nombreuses études, la répartition optimale entre divers types d'interventions relevant des systèmes de santé entre amélioration générale du financement de la couverture assurantielle, amélioration globale de l'infrastructure humaine et matérielle du système de santé et interventions spécifiques en matière de SRMNI pour maximiser la réduction de la mortalité maternelle et infantile **demeure un sujet de discussion**.

L'évaluation note que l'engagement de la France dans l'initiative Muskoka **n'a pas été encadré par une stratégie ni par un programme spécifique**, en dehors d'une fiche repère intitulée « La France et les engagements de Muskoka » qui décrit le contexte et le système de mise en œuvre des engagements de la France. Cette fiche n'explicite ni les objectifs que le MAEDI ou l'AFD se sont assignés à l'époque, ni la logique qui sous-tend la répartition des crédits entre les différents canaux ou les différents opérateurs.

Au-delà de l'absence d'une stratégie formalisée, il ressort des différents entretiens réalisés dans le cadre de l'évaluation que le choix de l'approche de la France dans l'initiative Muskoka ne s'est pas suffisamment accompagné d'une réflexion stratégique articulée sur le **mix optimal d'interventions et de politiques à promouvoir** (entre interventions ciblant spécifiquement la SRMNI, renforcement des systèmes de santé et politiques hors santé susceptibles d'impacter la SRMNI), ni d'un effort visant à collecter des informations permettant d'avancer dans ce sens. Pour la composante bilatérale par ailleurs, l'AFD, conformément à son mandat, appuie des stratégies nationales dans leur globalité, même si

elle peut, au sein de ces stratégies, prioriser certaines interventions et flécher ses financements sur la SMNRI.

De façon plus prospective, il ne semble pas, sur la base des différentes discussions menées dans le cadre de l'évaluation, que les transformations démographiques, économiques et sociales et les dynamiques épidémiologiques en cours ou d'avenir aient été suffisamment abordées, aussi bien par les acteurs français que par les institutions multilatérales soutenues.

3.3.4. Sur le terrain, une recherche de pertinence à travers l'alignement sur les demandes des pays partenaires, fortement conditionnée par la qualité des stratégies nationales

L'appui de la France à la réduction de la mortalité maternelle et infantile paraît **globalement pertinent et aligné sur les priorités nationales des pays**, tant pour le volet bilatéral que pour son volet multilatéral. Les interventions prévoient de répondre à la fois aux déficits de la demande des populations pour les services de santé et de la disponibilité et de la qualité de l'offre de services.

Les missions de terrain dans les trois pays concernés par l'initiative Muskoka ont mis en avant un fort alignement des interventions de l'AFD sur les stratégies nationales.

Encadré 7 : Pertinence des interventions de la France dans les trois pays visités lors des missions de terrain

- ▶ **Sénégal** : L'appui de la France à la réduction de la mortalité maternelle et infantile au Sénégal dans le cadre des interventions Muskoka est pertinent, tant dans sa dimension bilatérale que multilatérale. L'ensemble de l'intervention française est aligné sur les priorités nationales du Sénégal, et complémentaire des interventions nationales et des aides extérieures en appui à la réalisation des OMD 4 et 5. Les financements Muskoka marquent par ailleurs le retour de l'aide bilatérale en appui au secteur de la santé du Sénégal, et un renouvellement de la visibilité de la coopération sanitaire française sur le terrain, à la fois par son volet AFD (appui central et dans la région de Louga) et par son volet multilatéral (soutien apporté aux bureaux nationaux de l'UNICEF, de l'OMS et du FNUAP en appui au pays).
- ▶ **Togo** : les interventions françaises Muskoka au Togo portées par les 4 agences onusiennes (UNICEF, OMS, FNUP et ONU Femmes) sont pleinement alignées avec la stratégie nationale de réduction de la mortalité maternelle et infantile du pays (PNDS 2012-2015) qui constitue une feuille de route pertinente et cohérente pour renforcer le système de santé du pays.
- ▶ **RDC** : les interventions françaises Muskoka en RDC (volet bilatéral et multilatéral) sont alignées sur les priorités du pays en matière de santé maternelle et infantile, telles qu'exprimées notamment dans le « Cadre d'accélération des OMD 4 et 5 » (CAO). L'analyse des affectations des fonds Muskoka en RDC, permet de réaliser qu'elles se sont appuyées sur les stratégies d'actions sus-évoquées. En effet, les fonds Muskoka versés à l'OMS, en ayant servi à l'appui de la DPS et de 3 zones de santé (ZS) de la province Orientale (aux indicateurs SRMNI les moins performants) ont permis de renforcer la gouvernance et la gestion des ZS ciblées, puis d'améliorer la couverture des soins pour les populations les plus vulnérables. Cependant, les activités à haut impact n'ont été appuyées que dans 3 ZS sur les 89 que compte cette province. Le projet de l'AFD, avec l'appui au Ministère de la Santé et aux deux hôpitaux du niveau secondaire à Kinshasa, s'inscrit logiquement dans les stratégies du CAO, notamment celle de l'appui à

la continuité des soins au niveau périphérique et plus spécifiquement aux structures de référence.

Cependant, il découle logiquement de ce souci d'alignement sur les stratégies de santé des pays récipiendaires que la pertinence des interventions françaises est conditionnée par :

- ▶ **la qualité des stratégies nationales et la fonctionnalité des systèmes de santé des pays** : au-delà de difficultés de connaissances scientifiques mentionnées dans le chapitre précédent, **les systèmes de santé des pays concernés présentent des faiblesses avérées à tous les niveaux définis par l'OMS⁵¹**.
- ▶ **la capacité des pays partenaires à assurer le leadership et le pilotage national des interventions des différents bailleurs** : dans un contexte où les besoins sont énormes, mais où l'Etat manque de moyens et souffre de capacités institutionnelles limitées dans le secteur de la santé, ce dernier a tendance à s'aligner sur les financements et les initiatives proposées par les partenaires. Au-delà de l'expression de stratégies nationales, souvent crédibles et légitimes, la stratégie de fait suivie par les pays partenaires « est souvent celle des autres », c'est à dire qu'elle est fortement influencée par les exigences des différents bailleurs dont les programmes et projets n'ont pas toujours l'ambition de couvrir tout le spectre du problème. Ce manque de leadership et de pilotage national effectifs ne permet pas de mettre en œuvre une approche plus globale et concertée, et de s'attaquer aux différents déterminants de la santé sous des angles complémentaires. Cette situation a pu être observée notamment en RDC et au Togo, mais elle concerne sans doute plusieurs autres pays prioritaires de la France (notamment les pays en crise, ou en sortie de crise).

⁵¹ Gouvernance, Ressources humaines, Information, Financement; Médicaments, vaccins et technologies, Prestation de services.

4. Cohérence interne

QE2 (cohérence interne). Dans quelle mesure la logique sous-tendant la répartition des crédits Muskoka est-elle cohérente (la cohérence interne des interventions Muskoka) ? Dans quelle mesure les interventions Muskoka sont-elles cohérentes par rapport à la stratégie d'ensemble de la France en faveur de la santé globale ?

Cadre méthodologique :

Cette question évaluative vise à analyser la cohérence interne des interventions françaises Muskoka à plusieurs niveaux :

- **Articulation des interventions Muskoka entre-elles** : il s'agit d'évaluer la logique qui sous-tend la répartition des crédits Muskoka à la fois entre le canal bilatéral et multilatéral, mais aussi entre les différents partenaires multilatéraux. Cette question analyse également le ciblage géographique, et le choix des modalités d'intervention retenues.
- **Articulation des interventions Muskoka avec les autres interventions de la coopération française en faveur de la santé** : Les interventions Muskoka sont-elles cohérentes avec la globalité de la stratégie française en faveur de la santé ? La mise en œuvre de ce programme a-t-elle modifié la composition de l'aide française dans le secteur de la santé et au niveau global dans les pays ciblés ?

Afin de répondre à ces questions, les analyses ont été structurées autour de deux parties :

- ▶ Logique de répartition des crédits Muskoka, entre les différents canaux de l'APD santé,
- ▶ Cohérence interne et intégration du dispositif Muskoka dans le périmètre plus large de l'action de la France en matière de santé.

Principaux constats :

- ▶ La répartition des crédits Muskoka est fondée sur différentes considérations, dont la logique n'est pas nécessairement celle visant à augmenter la cohérence interne des interventions. Au regard du poids historique important du canal multilatéral dans la coopération française en santé, **la ventilation des crédits Muskoka a d'abord permis un rééquilibrage en faveur du canal bilatéral**. L'initiative Muskoka a représenté une opportunité de maintenir la capacité d'intervention sous forme de dons de l'AFD dans le secteur de la santé. Le choix des interventions multilatérales répond à différentes logiques et peuvent résulter d'un choix politique (Aga Khan) ou d'une démarche qui, sans préjuger de sa pertinence, peut sembler correspondre à une opportunité pragmatique de renforcer la présence française dans les grandes organisations multilatérales du champ de la santé globale (Fonds mondial, GAVI). Le montage des projets FSP avec les quatre agences onusiennes (OMS, FNUAP, UNICEF, ONU Femmes) a constitué en revanche une démarche innovante répondant à une claire recherche d'additionnalité, utilisant le financement Muskoka pour les inciter à une mise en commun des compétences respectives de chaque agence.
- ▶ Dans l'ensemble, s'il ne peut pas être relevé d'incohérences flagrantes, peu de synergies peuvent être mises en avant entre les différents canaux.

- ▶ La thématique SRMNI, faisant l'objet de l'Initiative Muskoka, est fortement complémentaire des actions de la France en matière de santé globale et alignée sur les orientations stratégiques.

4.1. Cohérence interne et logique de répartition des crédits Muskoka

4.1.1. Une allocation des crédits Muskoka fondée sur des considérations de redevabilité et de rééquilibrage entre bi et multi

La répartition des crédits Muskoka (52% via le canal multilatéral, 48% via le canal bilatéral) a répondu davantage à des considérations d'ordre financier (nécessité de décaisser rapidement) et d'opportunité (possibilité de rééquilibrer l'enveloppe en faveur du canal bilatéral) qu'à une logique de cohérence interne et une recherche de complémentarité et de synergie effective entre les différents canaux et instruments. Elle reste cependant fondée du point de vue de la coopération française dans son ensemble et de ses contraintes spécifiques :

- ▶ L'enveloppe financière « Muskoka » a d'abord été répartie de manière quasi-égale entre les canaux multilatéraux et bilatéraux, qui se sont vu alloués chacun respectivement 52% et 48% du montant total des engagements français. De manière historique, le multilatéral est longtemps resté le canal d'intervention privilégié par la France dans le secteur de la santé. En 2011, les organisations multilatérales avaient capté près de 80% de l'APD santé française. La répartition des crédits Muskoka entre le bi et le multi résulte donc d'abord d'une volonté légitime de **rééquilibrage** de la coopération sanitaire française en faveur du canal bilatéral. Elle a ainsi permis de stabiliser à un niveau relativement élevé le montant des subventions mises en œuvre par l'AFD dans le champ de la santé (sur une enveloppe des subventions d'environ 200 M€ par an, le secteur de la santé a représenté 46,6M€ en 2007 ; 18,5M€ en 2008 ; 52 M€ en 2009, et 15 M€ en 2010)⁵².
- ▶ La répartition bi/multi a aussi largement tenu compte des contraintes propres au système de redevabilité de Muskoka, qui implique de décaisser rapidement pour mettre en œuvre ses engagements à horizon 2015. A ce titre, le recours au canal multilatéral présente l'avantage, au sens de la redevabilité Muskoka, que toute contribution aux acteurs multilatéraux est instantanément valorisée en tant que décaissement participant à la mise en œuvre des engagements Muskoka (bien que non nécessairement comptabilisée à 100% Muskoka), indépendamment de toute action en faveur des bénéficiaires finaux sur le terrain.

4.1.2. Le choix des modalités d'intervention par le canal multilatéral a combiné considérations d'opportunité et vision véritablement stratégique

Le choix et le montage des projets au travers des programmes multilatéraux financés par le MAEDI ont répondu à des considérations différentes.

⁵² Document de Politique Transversale, Projet de loi des finances pour 2012, Politique française en faveur du développement.

D'une part, les trois FSP mis en œuvre par les 4 agences des Nations unies (OMS, UNICEF, UNFPA et ONU Femmes) correspondent à une vision stratégique dans le but explicite de promouvoir un **dispositif additionnel au travers des capacités respectives existantes** de ces agences. Elles ont été choisies en raison de la complémentarité de leur cœur de métier d'une part, et pour travailler en amont sur les déterminants de la mortalité maternelle, tels que les droits des filles et des femmes d'autre part.

D'autre part, ce sont plutôt des raisons d'opportunité qui ont guidé les autres choix du canal multilatéral. Le choix de l'**AKDN** a suivi une **instruction politique** visant à valoriser les partenariats engagés avec les Fondations Gates et Aga Khan. **Le choix de GAVI a été essentiellement motivé par le fait que GAVI fait partie des initiatives multilatérales comptabilisées « 100% »** santé maternelle et infantile selon les critères de redevabilité définis lors du sommet de Muskoka. Le choix du Fonds Mondial est en cohérence forte avec la contribution renforcée et augmentée de la France à cet instrument dans la dernière décennie (2,6 Mds€ depuis sa création, faisant de la France le 2nd contributeur) et confirmée en juillet 2013 via l'annonce par le président de la République d'un maintien de la contribution française de 2014 à 2016 (soit 1,08 Mds €) malgré les contraintes budgétaires.

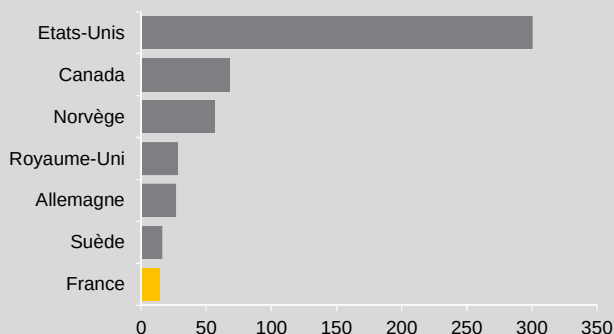
4.1.3. Un périmètre géographique ciblé et aligné avec les priorités françaises, mais sur lequel les synergies et les complémentarités entre les différents canaux n'ont pas été recherchées.

Sur un plan géographique, les zones d'interventions des différents canaux et instruments, qu'ils soient bi ou multi, ciblent un périmètre commun privilégiant les 16 pays pauvres prioritaires de la France et les pays en crise (cf. chapitre pertinence). L'enveloppe multilatérale bénéficie néanmoins à un périmètre de pays élargi à d'autres zones telles que la Corne de l'Afrique (Alliance GAVI) ou d'autres pays en développement (Fonds mondial).

La répartition des crédits ne s'inscrit pas dans une logique de synergies ou de complémentarité entre les différents canaux et instruments sur le terrain. Ainsi, parmi les pays concernés par les interventions Muskoka, il existe des pays qui bénéficient uniquement de projets bilatéraux ou uniquement de projets multilatéraux (notamment le FSP Muskoka), et des pays où les deux composantes sont mises en œuvre, sans que cette situation ne s'appuie sur une recherche de synergies et de complémentarité..

Encadré 8 : Comparaison du nombre de pays d'interventions par bailleurs

Montant moyen d'APD santé versée entre 2008 et 2012 par pays prioritaire en M\$



- Une analyse « macro » du montant moyen disponible par pays éligible pour les interventions françaises (montant total de l'APD santé versée aux pays en développement divisé par le nombre de pays prioritaires identifiés par chaque bailleur en matière de SRMNI) relève un risque potentiel de **dispersion des financements français**.

- Pour les six autres bailleurs étudiés, le **nombre moyen de pays prioritaires** d'intervention en matière de SRMNI est de **15 pays**. La Norvège avait fait le

choix, de 2008 à 2012, de concentrer ses financements en faveur des OMD 4 et 5 sur cinq pays uniquement (Nigéria, Tanzanie, Malawi, Inde et Pakistan) avant d'élargir ses interventions sur un périmètre géographique plus large et de privilégier le co-financement d'instruments dédiés (RMNCH trust fund, CoIA, HRITF – RBF, Innovation for MNCH...). A l'inverse, au Royaume-Uni, 28 pays prioritaires ont été définis par DFID.

Source : Données du CAD et documents cadres nationaux

Encadré 9 : Focus sur l'approche retenue par les autres bailleurs

Les **Etats-Unis**, et plus spécifiquement l'USAID, ont défini 24 pays prioritaires en matière de SRMNI et formalisé la prise en compte des critères de sélection suivants :

- Le nombre de décès et le taux de mortalité maternelle et infantile (les pays d'intervention d'USAID concentrent 70% des décès maternels dans le monde)
- L'implication des pays sur cette thématique,
- La présence de programmes de santé déjà initiés par l'USAID,
- La possibilité d'établir des partenariats avec les autres acteurs.

De même, le **Canada** a privilégié les interventions dans les pays :

- où les indicateurs sanitaires sont les plus critiques en termes de morbi-mortalité maternelle,
- sur la base de la démonstration par les pays que des efforts en termes d'amélioration de la SRMNI étaient possibles.

Les autres bailleurs n'ont pas explicité ou formalisé leur politique d'intervention en matière de SRMNI, et s'inscrivent – **à l'instar de la France** – dans la continuité de leur historique en matière de coopération en santé.

Source : documents stratégiques (*Ending Preventable Maternal Mortality: USAID Maternal Health Vision for Action*, Juin 2014; site du ministère des Affaires étrangères canadien), entretiens

4.1.4. Une organisation institutionnelle du programme Muskoka français principalement fondée sur les schémas historiques de la coopération sanitaire française

Malgré une volonté réelle de pilotage, il apparaît que le dispositif Muskoka est demeuré disparate et peu coordonné, rendant peu lisibles et peu visibles les contributions de la France en faveur de la réalisation des OMD 4 et 5, ce qui a déjà été relevé par les évaluations indépendantes extérieures de la coopération sanitaire française, ou celles de la Cour des Comptes⁵³.

Ainsi, il apparaît que les institutions en charge de la coopération sanitaire ont comptabilisé comme contribution Muskoka des interventions déjà existantes et utilisé des dispositifs (administratifs, instruments financiers) préexistant aux interventions françaises. Pour l'AFD,

⁵³ Rapports HCCI 2002, Morange 2005, Kourilsky 2006, Gentilini 2006, Manton, 2012, Kerouedan 2010, ACODESS-Fonds Mondial 2013, Kerouedan, 2014, Cour des Comptes Fonds mondial, 2014

l'enveloppe affectée au titre de l'initiative Muskoka est devenue la totalité du montant *en subvention* de l'AFD en appui au secteur de la santé⁵⁴. Le MAEDI a également inscrit l'initiative Muskoka dans le cadre de ses interventions historiques (en signant sur crédits FSP, via des subventions avec les agences de l'ONU, via l'Alliance GAVI et la Fondation de l'Aga Khan). Pour ce qui concerne la contribution au Fonds mondial, il n'y a pas eu de directive précise de la France au Fonds mondial pour augmenter, dans la région francophone d'Afrique, les financements en faveur de la santé maternelle et infantile. La contribution Muskoka s'est avérée une mesure comptable, indiquant que 46% de 60 millions d'euros supplémentaires (soit 27 millions d'euros) allaient, de fait, être alloués à la SRMNI dans les pays prioritaires de la France, conformément à la méthodologie de redevabilité (cf. encadré 6).

Compte tenu du calendrier de décision des contributions de la France en faveur des engagements pris par les Etats du G8 à Muskoka en 2010, il apparaît que le montage institutionnel administratif et financier du programme Muskoka a été **calqué sur l'organisation institutionnelle du dispositif français de coopération lui-même**, et plus précisément celui de la coopération sanitaire française, avec les actions bilatérales de coopération sanitaire confiées à l'AFD par le CICID de 2004, tandis que les relations de coopération avec les organisations multilatérales relevaient du MAE. En cela, les limites constatées de l'efficacité institutionnelle du programme France-Muskoka interpellent, de fait celles de l'organisation institutionnelle de la coopération sanitaire française.

En conclusion, un **décalage** a été observé entre la conception « initiale » du projet et son montage « dans l'urgence ». Institutions multilatérales et partenariats ont été inclus sur une **logique politique de cohérence externe et de capitalisation sur l'existant, plutôt qu'en s'interrogeant sur la stratégie d'ensemble de la France dans le champ multilatéral de la santé globale (à l'exception des FSP avec les quatre agences onusiennes), et sur les situations et les priorités nationales des pays partenaires**, ainsi que leurs évolutions. Une approche alternative aurait consisté à construire de façon « ascendante » le dispositif de pilotage et les modalités de mise en œuvre du projet, autour des questions suivantes : quelles sont les dynamiques qui agissent et influent sur la santé des femmes et des enfants dans la région prioritaire francophone d'Afrique ? Quels sont les objectifs de la France en faveur des femmes et des enfants ? Quelle politique et quelle stratégie, avec quels partenaires opérationnels efficaces la France souhaite-t-elle intervenir plus concrètement sur le terrain ? Comment l'intervention française Muskoka peut-elle faire progresser sa vision stratégique du partenariat Nord/Sud dans le champ de la santé globale ?

4.2. Cohérence par rapport à la stratégie et les actions de la France en faveur de la santé plus largement

4.2.1. Une thématique SRMNI complémentaire des actions de la France en matière de santé et alignée sur les orientations stratégiques

Les interventions financées par la France en faveur des engagements promis au G8 de Muskoka sont **parfaitement en phase** avec les priorités stratégiques de la France. La

⁵⁴ L'AFD a affecté au secteur santé 48M EUR de subventions de l'enveloppe 209 en 2011 et 2012 et 40M EUR en 2013 (8M€ redirigés vers la Syrie) pour des montants engagés de 45M EUR en 2011, 48,4M EUR en 2012 et 39M EUR en 2013. Ces subventions sont fléchées sur des projets ciblant principalement la SRMNI dans les pays éligibles Muskoka.

question est peut-être d'améliorer la cohérence et les synergies entre les nouvelles interventions et celles qui leur préexistaient en matière de santé des femmes et des enfants.

La stratégie santé élaborée en 2012⁵⁵ entérine la stabilité des objectifs de la France autour des OMD, y compris les OMD 4 et 5. Désormais, la SRMNI fait partie des **cinq grandes priorités thématiques** de la stratégie de la France en matière de coopération sanitaire internationale aux côtés du renforcement des systèmes de santé, de la lutte contre les maladies transmissibles, de la lutte contre les maladies (ré) émergentes, et de la lutte contre les maladies non transmissibles.

Encadré 10 : Les objectifs de « La stratégie de la France pour la coopération internationale dans le domaine de la santé »

La stratégie 2012 articule l'intervention française face à **trois enjeux principaux** (réalisation des OMD, sécurité sanitaire internationale, coordination des acteurs de la gouvernance sanitaire aux niveaux interne français et international) et autour de **cinq grandes priorités thématiques** :

- ▶ La stratégie cible prioritairement la réalisation des OMD 4,5 et 6 dans la continuité de la stratégie santé de 2003.
- ▶ Elle vise également à renforcer la lutte contre les maladies infectieuses émergentes et réémergentes, susceptibles de compromettre la sécurité sanitaire internationale (gripes pandémiques, zoonoses, infections multirésistantes, etc.).
- ▶ Elle intègre, enfin, le poids croissant des maladies chroniques non transmissibles sur l'équilibre des systèmes de santé, en mettant l'accent sur la nécessité de politiques multisectorielles de prévention au niveau des facteurs de risques communs et des déterminants sociaux et environnementaux.
- ▶ La stratégie promeut le renforcement des systèmes de santé les plus fragiles (extrême pauvreté, situations de crise), notamment en Afrique francophone, via l'appui au financement durable et solidaire de la santé, la formation de ressources humaines compétentes et motivées, et le développement de systèmes d'information sanitaire fiables. Elle encourage également la coopération scientifique et universitaire dans l'ensemble des pays en développement, notamment avec les pays émergents où la demande de partenariats en santé est forte.

Au-delà de l'approche verticale par pathologie ou par population, la France souhaite renforcer des approches plus transversales pour faire face aux défis structurels pesant sur les systèmes de santé et favoriser l'accès universel à des traitements de qualité, sûrs, efficaces et abordables. **Huit objectifs pour la stratégie santé** ont été définis :

- ▶ Poursuivre **l'effort financier pour la santé** à hauteur de 1 milliard d'euros par an, notamment en faveur du Fonds mondial, de GAVI et d'Unitaid. Appuyer les organisations onusiennes (OMS, Onusida, FNUAP, Unicef, ONU Femmes) investies dans la santé des femmes et des enfants à partir de projets associant aussi les ONG françaises et faire de la santé des femmes et des enfants la priorité des programmes santé de l'AFD, notamment sur les aspects de planification familiale.
- ▶ Mieux **articuler l'aide bilatérale avec l'aide multilatérale** en créant un pôle santé à France Expertise Internationale (FEI) pour mobiliser l'expertise francophone en appui des pays bénéficiaires du Fonds mondial dans le domaine des trois pandémies. Animer des

⁵⁵ « La stratégie de la France pour la coopération internationale dans le domaine de la santé » MAEDI 2012

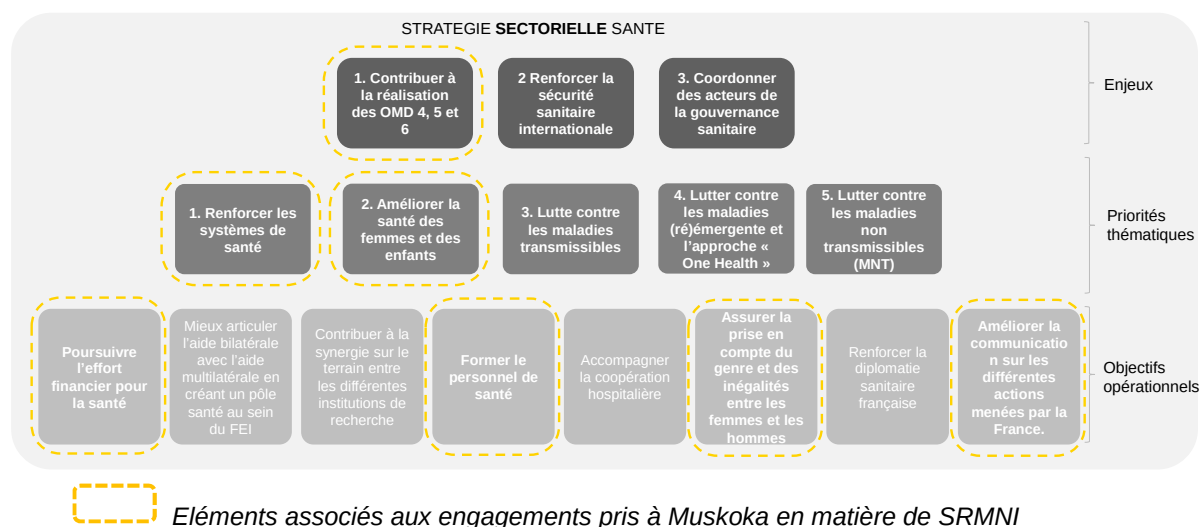
plateformes sur chacune des priorités françaises : financement de la santé, ressources humaines, médicaments, veille épidémiologique, maladies non transmissibles. Mobiliser le réseau des conseillers régionaux en santé qui est l'interface des actions bilatérales et multilatérales.

- ▶ Contribuer à la **synergie sur le terrain entre les différentes institutions de recherche** (universités, réseau des Instituts Pasteur, ANRS, Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm), Institut de recherche pour le développement (IRD), Centre national de la recherche scientifique (CNRS), etc.)
- ▶ Renforcer les capacités des pays en soutenant la formation de personnels de santé et la gestion des systèmes de santé, des projets de fidélisation et d'amélioration des conditions de travail. Soutenir la coopération universitaire et la formation en France en favorisant les coopérations interuniversitaires et les enseignements universitaires de santé publique.
- ▶ Accompagner la coopération hospitalière à travers les partenariats et les jumelages hospitaliers, à travers ESTHER, le Fonds des partenariats hospitaliers et le dispositif de coopération hospitalière du ministère de la Santé.
- ▶ Renforcer la diplomatie sanitaire de la France auprès de ses partenaires en faveur d'une meilleure coordination des initiatives internationales pour la santé (IHP+) et par une meilleure prise en compte de la santé dans les différents outils d'aide européens. Plaider pour de nouveaux financements innovants, dont une partie devrait revenir à la santé.
- ▶ Assurer la prise en compte du genre et des inégalités entre les femmes et les hommes dans les programmes de santé : analyse des inégalités femme-homme dans les différents programmes financés par la France, promotion de la question de l'égalité femme-homme dans les différentes instances internationales.
- ▶ Promouvoir la mise en place de systèmes d'information sanitaire fiables. Elle encourage également la coopération scientifique et universitaire dans l'ensemble des pays en développement, notamment avec les pays émergents où la demande de partenariats en santé est forte.

Source : « La stratégie de la France pour la coopération internationale dans le domaine de la santé », MAEDI 2012.

Le schéma ci-après illustre l'inscription des interventions Muskoka dans le cadre stratégique de la France en matière de coopération pour la santé.

Graphique 5 : Inscription des interventions Muskoka dans le cadre stratégique de la France en matière de coopération pour la santé.



Source : « La stratégie de la France pour la coopération internationale dans le domaine de la santé », MAEDI 2012.

Au niveau **bilatéral**, les interventions françaises Muskoka s'inscrivent en cohérence avec la stratégie déclinée pour les concours de l'AFD, via le « Cadre d'intervention sectoriel santé et protection sociale 2012-2014 »⁵⁶ et le Contrat d'objectifs et des moyens de l'AFD qui fixe des objectifs à l'AFD. L'amélioration de la santé des mères et des enfants constitue le premier axe du **cadre d'intervention sectoriel santé et protection sociale 2012-2014 de l'AFD**.

Encadré 11 : Les objectifs du « Cadre d'intervention sectoriel santé et protection sociale 2012-2014 »

Partant de l'identification de quatre enjeux fondamentaux (maîtriser la fécondité en Afrique subsaharienne, répondre à la montée en puissance des maladies non transmissibles et des maladies émergentes, améliorer le financement de la santé et réduire les risques financiers liés à la maladie et à la vieillesse, améliorer la gouvernance des systèmes de santé), **l'Agence propose en effet trois axes d'intervention en cohérence avec la stratégie santé du MAEDI** (en complément des contributions multilatérales importantes de la France ciblées sur les grandes endémies) :

- ▶ **L'amélioration de la santé maternelle et infantile et des politiques de population** dans les pays prioritaires d'Afrique subsaharienne, pour réduire la mortalité des femmes, des nouveau-nés et des enfants et pour accélérer la transition démographique
- ▶ **L'adaptation des systèmes de santé et de protection sociale** à l'accroissement des maladies chroniques et des problèmes de santé découlant de l'élévation des niveaux de vie et du vieillissement, pour consolider la croissance économique et la paix sociale
- ▶ **Le renforcement de la surveillance épidémiologique et de la capacité des pays à agir sur les déterminants environnementaux de la santé**, pour mieux maîtriser sur le long terme les impacts négatifs sur la santé de la mondialisation et des dégradations de

⁵⁶ « La stratégie de la France pour la coopération internationale dans le domaine de la santé » MAEDI 2012

l'environnement.

Ces priorités thématiques sont croisées avec des priorités géographiques :

- ▶ En Afrique subsaharienne, priorité au renforcement de la santé maternelle et infantile et des politiques de population. Ces opérations seront financées sur les subventions Muskoka.
- ▶ Sur l'Outre-mer, priorité à la modernisation de l'offre hospitalière et au développement de l'offre médico-sociale.
- ▶ Pour le pourtour méditerranéen, la priorité au renforcement des systèmes de santé et des systèmes de protection sociale pour améliorer la prise en charge du vieillissement et des maladies non transmissibles.
- ▶ Dans les régions Asie, Amérique latine et Caraïbe, priorité au renforcement des systèmes de santé et de protection sociale pour améliorer la prise en charge des maladies chroniques et des personnes âgées.

L'impulsion donnée par l'Initiative Muskoka a été par la suite renforcée lors de la conférence de Ouagadougou de février 2011⁵⁷. La France et neuf pays partenaires d'Afrique de l'Ouest⁵⁸ ont appelé à une action renforcée en faveur de ces pays en matière de **planification familiale** (la reconnaissance et la mise en œuvre des droits reproductifs et sexuels, et la prise en compte des déterminants sociaux de la santé). La France s'est ainsi engagée à affecter 100 millions d'euros sur la période 2011-2015 - comptabilisés dans le cadre de la redevabilité Muskoka au G8 - à cette thématique.

Sur le terrain la cohérence interne des interventions financées par la France au travers de mécanismes bilatéraux et multilatéraux gagnerait en visibilité et efficacité s'il était mis en place des **dispositifs de coordination** réunissant régulièrement les parties prenantes, co-animés par les SCAC/et ou AT français et les services nationaux concernés (direction de la santé de la reproduction et de la santé maternelle et infantile du ministère de la santé par exemple).

4.2.2. Une cohérence interne devant faire l'objet d'une attention particulière

Si la cohérence interne des interventions françaises Muskoka au sein de l'action de la France en matière de santé est globalement constatée, il n'en demeure pas moins que deux **points de vigilance** sont identifiés à court et moyen terme, relatifs (i) au degré de priorisation de l'initiative Muskoka dans l'agenda de la coopération française en santé et (ii) à la programmation budgétaire qui en découle.

Ainsi, la cohérence interne est fragilisée par l'**insuffisant portage politique** du Fonds français Muskoka, couplé à une **présence limitée** de la France dans les structures de gouvernance internationale en SRMNI⁵⁹. En effet, une moindre visibilité au niveau international peut présager une moindre visibilité au niveau du portefeuille des interventions françaises en santé et fragiliser de facto la cohérence interne.

⁵⁷ « Population, développement et Planification familiale en Afrique de l'Ouest francophone : l'urgence d'air »,

⁵⁸ Bénin, Burkina Faso, Côte d'Ivoire, Guinée, Mali, Mauritanie, Niger, Sénégal et Togo.

⁵⁹ Voir le détail dans le chapitre « Cohérence externe » (Paragraphe 4.1.2)

Encadré 12: L'après-Muskoka au cœur de l'actualité en matière de coopération en santé au Canada

Le 29 mai 2014, le Premier ministre canadien a annoncé à Toronto lors du **Sommet sur la santé maternelle, néonatale et infantile** un nouvel engagement de 3,5 milliards de dollars sur la période de 2015 à 2020. Ce financement s'ajoute aux 2,8 milliards \$ déjà consacrés par le gouvernement fédéral à l'Initiative de Muskoka pour la santé maternelle, néonatale et infantile, dévoilée au sommet du G8 en 2010. Cette initiative continuera de mettre un accent sur les piliers de la stratégie canadienne (renforcement des systèmes de santé, nutrition, baisse du fardeau des maladies) en renforçant également les actions visant la couverture vaccinale et la collecte des statistiques pour améliorer le type et la quantité de soins offerts aux enfants et aux mères. Le Canada poursuivra aussi sa lutte contre la sous-alimentation, qui est responsable de près de 45 % des décès d'enfants de moins de cinq ans. De nombreux acteurs du développement se sont félicités de cette initiative, tandis que certains – tel l'AKDN – soulignaient que les progrès avaient à ce stade été « *insuffisants et inégaux* ».

Source : Communiqués de presse du 29 mai 2014, Centre d'actualités de l'ONU

La **programmation** des fonds français Muskoka pour 2015 et les années suivantes n'a pas été pour l'instant établie. De plus, les fonds alloués à la SRMNI ont été diminués (-5% entre 2013 et 2014). Si de nouvelles réductions devaient intervenir, la pérennité des interventions commencées ou planifiées dans les pays pourrait être menacée et remettre en cause la cohérence d'ensemble du dispositif français Muskoka.

Des leviers de renforcement de la cohérence interne, en lien avec la visibilité de la France, existent mais ne pourront être actionnés que dans un contexte de maintien des financements afin de poursuivre les travaux engagés, tant en termes politiques que d'action sanitaire.

5. Cohérence externe

QE3 (cohérence externe). Dans quelle mesure les actions françaises Muskoka sont-elles complémentaires des actions des autres bailleurs ?

Cadre méthodologique :

La gouvernance sanitaire se caractérise par une multiplicité d'initiatives et d'acteurs. Dans le financement et la coordination de l'aide au développement en santé, des mécanismes innovants, des donateurs émergents et des fondations philanthropiques ont apporté des ressources additionnelles. En s'appuyant sur la déclaration de Paris sur l'efficacité de l'aide, certains pays s'efforcent légitimement de limiter l'éparpillement des initiatives en santé pour viser une meilleure efficacité de l'aide. De nombreuses initiatives ont été mises en place pour coordonner les efforts de bailleurs en la matière au niveau international, comme c'est le cas du Partenariat International pour la Santé (IHP+) ou encore du Partenariat *Harmonisation pour la Santé en Afrique* (HHA). Par ailleurs, des mécanismes de coordination sectorielle existent dans la plupart des pays partenaires. A cet égard, l'évaluation (en particulier à travers les missions pays) doit permettre d'apprécier la réalité des efforts de coordination et la valeur ajoutée des interventions de la France par rapport aux actions des autres bailleurs de fonds dans l'esprit de la déclaration de Paris et des efforts d'harmonisation engagés avec les partenaires techniques et financiers.

- Au niveau international : Quels sont les mécanismes de coordination existants entre les différents bailleurs intervenant dans ce secteur ? Dans quelle mesure la France participe aux efforts d'harmonisation des interventions en faveur de la santé des mères et des enfants ? Le choix de la France de soutenir le mécanisme de coordination HHA est-il générateur de valeur ajoutée ?
- Sur le terrain (et en particulier dans les trois pays cibles de l'étude) : Dans quelle mesure les interventions françaises Muskoka sont complémentaires des actions des autres bailleurs intervenant sur cette thématique ? Quelle appréciation peut-on porter sur les efforts, les méthodes et la capacité de la France à travailler en coordination avec les autres bailleurs dans ce domaine ?

Afin d'y répondre, ce chapitre a été structuré autour de trois parties :

- ▶ Cohérence du positionnement de la France au niveau international, que ce soit au travers de sa contribution à l'APD en santé ou de sa participation aux dispositifs internationaux de collaboration en matière de SRMNI ;
- ▶ Cohérence du positionnement des interventions françaises Muskoka, en termes de périmètre géographique et en termes de thématiques couvertes au regard de l'intervention des autres bailleurs ;
- ▶ Cohérence externe des actions menées sur le terrain, via l'évaluation des processus de coordination mis en place au niveau des pays partenaires et via les projets mis en œuvre dans le cadre des interventions françaises Muskoka par rapport aux projets mis en œuvre par les autres bailleurs.

Principaux constats :

- ▶ L'initiative Muskoka s'inscrit pleinement dans la volonté de la France d'augmenter son investissement historique dans le domaine de la coopération en santé. Ces actions permettent donc une continuité dans le rôle que joue la France par rapport à l'investissement des autres bailleurs ;
- ▶ Les dispositifs de gouvernance internationale sont nombreux et éclatés en ce qui concerne la SRMNI, et la France n'est que peu active et peu représentée. Cette absence de portage politique et technique au plus haut niveau est en décalage avec la position de financeur majeur de la thématique santé, et de la SRMNI en particulier, au niveau international et amoindrit l'impact potentiel des positions défendues par la France ;
- ▶ Les interventions françaises Muskoka présentent une forte complémentarité avec les autres bailleurs, au niveau de la couverture géographique (moins de bailleurs sont présents en Afrique francophone) mais également des thématiques prioritaires ;
- ▶ Lorsque des cadres de concertation sectoriels existent au niveau national, les acteurs français y participent systématiquement, même si leur influence effective est fonction du portage national et de la présence d'autres bailleurs ;
- ▶ Au niveau du terrain, la cohérence externe des interventions françaises Muskoka a pu être constatée « de fait » lors des trois missions pays réalisées, mais avec des situations hétérogènes (répartition des domaines d'intervention au Sénégal, positionnement de niche contraint en RDC, nombre limité de bailleurs en SRMNI au Togo).

5.1. Positionnement de la France au niveau international

5.1.1. Une initiative Muskoka qui vient renforcer le positionnement de la France sur la thématique de la coopération en santé

Dans les années 1980, le secteur de la santé était le premier poste de l'APD française, et comportait un effort important en matière de formation et d'assistance technique. La part consacrée au secteur a ensuite connu **une diminution continue pour ne plus représenter que 4% de l'aide française au début des années 2000**, soit sensiblement moins que la moyenne de l'ensemble des pays du CAD, qui s'établissait à 11% sur la même période 2001-2003⁶⁰.

Les évolutions récentes de l'aide française ont manifesté **un regain d'intérêt pour le secteur de la santé**, qui représentait 773 millions d'euros⁶¹ en 2012. Si cette augmentation, en valeur et en poids ont permis d'élever le part de la santé à **8,3%** du total de l'APD française en 2012, il n'en demeure pas moins que cette proportion est inférieure à la moyenne de l'ensemble des bailleurs (qui consacrent 12% de l'APD au secteur de la santé).

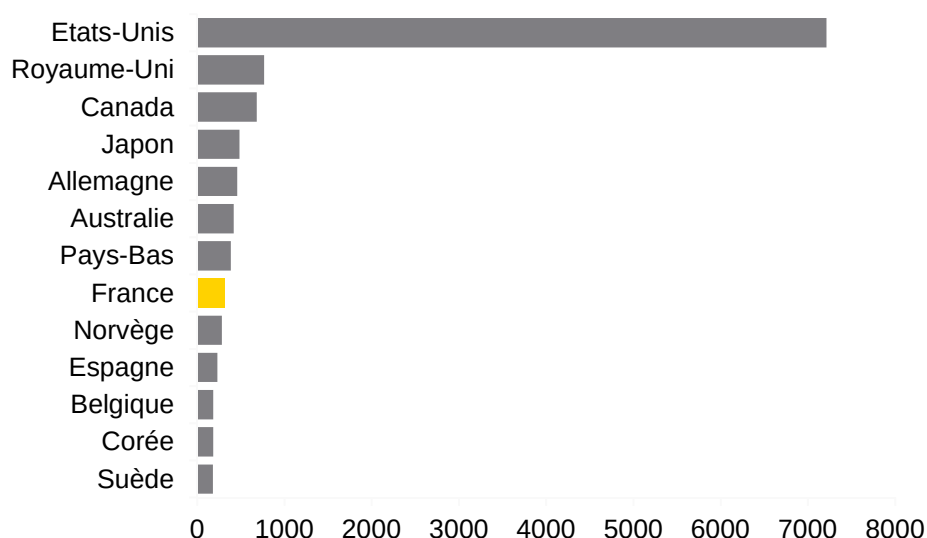
⁶⁰ « Participation de l'APD française aux objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) », MAE, 2003.

⁶¹ Statistiques OCDE

En 2011, 80%⁶² de l'APD santé française a été acheminée via le canal multilatéral, conformément au **choix politique de privilégier le canal multilatéral dans ce secteur depuis 2004** (contre une moyenne des pays de l'OCDE qui s'établit à 34% en 2012⁶³). Cette tendance a été à nouveau constatée en 2011, avec une augmentation de la contribution au Fonds Mondial et une contribution renouvelée et renforcée à l'Alliance GAVI.

La France est **l'un des principaux contributeurs internationaux à l'amélioration de la situation sanitaire des pays en développement**, mais elle ne figure qu'en 4^{ème} position parmi les bailleurs européens (derrière le Royaume-Uni, l'Allemagne et les Pays Bas) **et au 8^{ème} rang des bailleurs au niveau international. A l'échelle régionale**, en particulier en Afrique francophone, la France a pourtant longtemps été le seul partenaire bilatéral des autorités sanitaires sur le terrain, en collaboration avec l'OMS et l'UNICEF⁶⁴.

Graphique 6 : Classement des premiers pays contributeurs à l'APD santé versés aux pays en développement, Moyenne 2008-2012, en M\$



Source : Statistiques OCDE

En termes de niveau d'engagement, il apparaît que la France pourrait encore augmenter son effort en faveur de l'APD santé. En effet, si le pourcentage du Revenu National Brut (RNB) versé par la France sous forme de dons effectifs est passé de 0,23% en 2006 à 0,3% en 2010, il est retombé à 0,25% en 2011 et 2012. Les montants d'APD santé sont quant à eux stables, mais demeurent insuffisants (0,045%) pour atteindre l'objectif de 0,1% du RNB à dédier à l'APD santé recommandé par la Commission macroéconomie et santé de l'OMS⁶⁵.

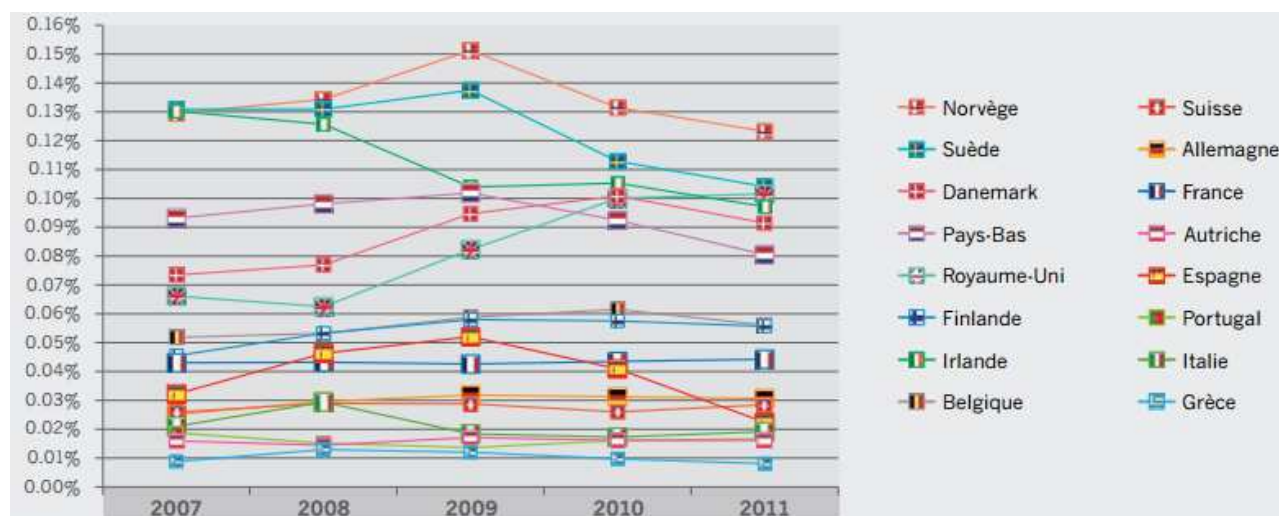
⁶² Source : Action for Global Health, *Qui paie pour la santé ? Les tendances en matière d'APD européenne pour l'accès aux soins*, Rapport annuel, Décembre 2013

⁶³ Donor Tracker. Financing and Policy Making for Global Development in France" SEEK Development, 2014.

⁶⁴ D. Kerouedan, G. Gonzalez-Canali, H. Balique, B. Floury. Santé et développement: 50 ans de coopération française en Afrique. Revue *Mondes*, Les Cahiers du Quai d'Orsay, N° 7, juin 2011. En français: pp 81-93 et en anglais pp. 187-199. <http://www.diplomatie.gouv.fr/fr/le-ministere/publications/mondes-les-cahiers-du-quai-d-orsay/>

⁶⁵ « Investir dans la santé, Résumé des conclusions de la Commission Macroéconomie et Santé » OMS

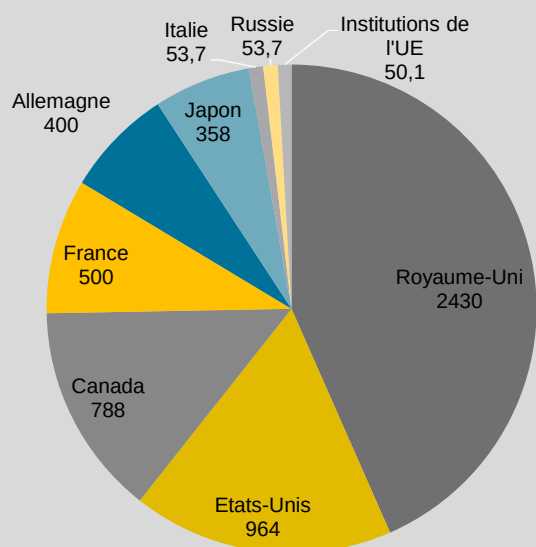
Graphique 7 : APD santé des membres européens du CAD en proportion de leur RNB (2007-2011)



Source : Action for Global Health, *Qui paie pour la santé ? Les tendances en matière d'APD européenne pour l'accès aux soins, Rapport annuel, Décembre 2013*

Encadré 13 : Engagements pris à Muskoka et positionnement des autres bailleurs

Répartition des engagements pris à Muskoka par pays membre



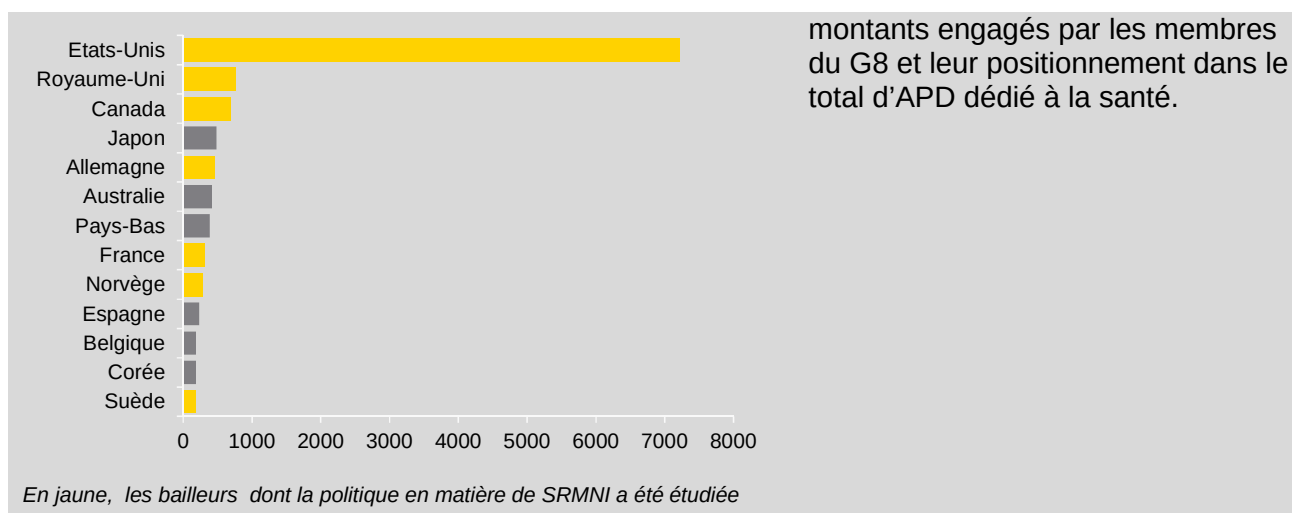
Positionnement des 6 bailleurs parmi les pays contributeurs à l'APD santé versés aux pays en développement (moyenne 2008-2012, en M\$)

Au sommet de Muskoka, la France est le 4^{ème} contributeur parmi les membres du G8 avec un engagement à hauteur de 500M€ sur la période 2010-2015, représentant **9% du total de l'initiative**.

Les trois pays anglo-saxons représentent à eux seuls trois-quarts du total des engagements pris à Muskoka, le Royaume Uni s'étant engagé à hauteur de 2,43 Mds€ (44% du total de l'initiative), les Etats-Unis à hauteur de 964M€ (17%) et le Canada à hauteur de 788M€ (14%).

Comme pour la France, les engagements pris par les autres bailleurs lors du sommet du G8 à Muskoka reflètent leur positionnement dans l'APD santé mondiale.

On observe une cohérence dans les



Si l'enjeu est désormais au **respect des engagements** pris par la France, notamment dans le cadre d'un contexte budgétaire national sous tension, l'initiative Muskoka est en relative **cohérence avec la place de la France** en matière de santé. En spécialisant encore davantage sa coopération au travers de sa contribution additionnelle à la SRMNI d'ici 2015, les interventions françaises Muskoka permettraient de consolider le rôle déjà joué par la France, qui est notamment :

- 2^{ème} contributeur au Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme (360 M€ annuels) après les Etats-Unis,
- 1^{er} contributeur à la facilité d'achat de médicaments UNITAID avec 110 M€ par an (50% du budget de l'organisation),
- 6^{ème} contributeur à GAVI.

5.1.2. Une cohérence externe à consolider par une participation mieux ciblée de la France aux instances de coordination internationale en matière de SRMNI

Au niveau de la santé globale, et plus spécifiquement de la SRMNI, plusieurs initiatives et mécanismes existent, chacun visant une approche compréhensive et intégrée

Au regard de son implication sur la thématique, la France est associée à chacun de ces dispositifs. La France est membre du partenariat **IHP+**, du **mécanisme Health Harmonization for Africa (HHA)**, du **partenariat PMNCH** et du **Comité directeur pour la santé reproductive, maternelle, néo-natale et infantile (RMNCH)**. De plus, elle contribue financièrement au mécanisme HHA (sur financement Muskoka) ainsi qu'au mécanisme **H4+**. Si ces différents forums de coordination possèdent des mandats avec de nombreuses proximités, il apparaît qu'aucun ne se soit vraiment imposé comme organe de gouvernance structurant.

La participation française à la gouvernance mondiale en santé est cruciale pour donner de la cohérence externe à la stratégie nationale. La présence effective de la France au sein de ces instances est fragilisée par le manque de personnes ressources du secteur à l'échelle globale pour y participer, en dépit du recrutement en cours de 4 personnes supplémentaires à la DGM/MAE. Ainsi, l'implication des acteurs français est la suivante :

- **HHA** : il s'agit du mécanisme que le Fonds français Muskoka a choisi de financer annuellement à hauteur de 500K€ par an (auxquels s'ajoutent les financements des Communautés de pratiques). Le niveau central du MAEDI ne se rend pas aux réunions, et à la présence des Directions ou Sous-Directions se substitue celle d'un CRCS pour participer à ce mécanisme de coordination davantage perçu comme technique que politique.

HHA a été créé par la Banque africaine de Développement, la Banque mondiale, le Fonds des Nations unies pour la Population (FNUAP), l'OMS, l'ONUSIDA et l'UNICEF. HHA regroupe ces agences onusiennes, des partenaires bilatéraux dont la France et des partenariats et initiatives tel que le Fonds Mondial de lutte contre le Sida, la Tuberculose et le Paludisme.

Le mécanisme HHA est censé faciliter et coordonner le processus de développement guidé par les pays Africains dans tous les aspects du renforcement des systèmes de santé. L'appui porte sur la réforme du secteur de la santé, le suivi de la performance des systèmes de santé et de l'efficacité de l'aide, la réponse aux goulots d'étranglement à la mise en œuvre, le renforcement des capacités nationales pour la formation à la planification et la budgétisation basée sur l'efficacité, la coordination et l'harmonisation des initiatives/partenariats et la mobilisation des ressources pour « plus de santé pour l'argent », telles que décrits dans la Déclaration de Tunis (2012), reprenant des cas d'investissement pour la santé en Afrique et l'étude de mécanismes de financement.

HHA fait également la promotion et le partage des connaissances et des outils via, entre autres l'appui aux **Communautés de Pratiques** (CdP). Les CdP sont un mécanisme rassemblant des experts travaillant dans différents départements, organisations ou pays. Le dispositif priorise les connaissances pratiques et les experts individuels (et non les agences) et est gouverné par ses membres. Avec un ancrage pays fort, les CdP sont structurées selon les piliers des systèmes de santé et visent à discuter et comprendre les goulots d'étranglement de la mise à l'échelle des systèmes de santé, incluant les interventions à impact élevé dans différents contextes pays.

- **PMNCH** : la France – niveau central du MAEDI - partage son siège avec le Royaume-Uni, mais n'a pu assurer sa présence aux dernières réunions faute de crédits pour les déplacements (en substitution, un CRCS représente la France aux réunions de suivi, mais ne peut statutairement assister au comité de pilotage).

Première initiative internationale en matière de SRMNI, le PMNCH est porté par l'OMS depuis 2005 et réunit le plus large réseau de partenaires (500) impliqués sur les OMD 4 et 5. Il vise le renforcement des synergies entre les acteurs (bailleurs, agences onusiennes, ONG...) et a pour mandat d'augmenter les ressources dédiées à la SRMNI, de promouvoir les interventions à haut impact et d'assurer le suivi des engagements. Le PMNCH a un rôle normatif, politique, stratégique, de diffusion des connaissances, de plaidoyer et de redevabilité.

- **Countdown 2015** : pas de participation effective

Hébergée par PMNCH, l'initiative Countdown to 2015 réalise un reporting annuel des progrès effectués par les 75 pays qui concentrent 95% des décès. Countdown to 2015

a développé une approche pays (Country countdown) et offre aux membres actifs une vision précise des enjeux en matière de SRMNI. Les membres de Countdown sont regroupés autour de la prestigieuse revue scientifique The Lancet : institutions onusiennes, ONG, agences internationales, associations de professionnels de santé, agences bilatérale de développement des plus grands bailleurs (Royaume-Uni, Etats-Unis, Canada, Norvège, Suède, Australie).

- **IHP+** : la France ne participe pas à la gouvernance du partenariat, qu'elle a pourtant porté politiquement lors de son lancement en 2007.

Créé en 2007, IHP+ est un groupe de partenaires (gouvernements, agences de développement et organisations de la société civile) signataires du Pacte mondial de l'IHP+ (59 en mai 2013) et ayant pour objectif l'amélioration de la santé dans les pays en développement. L'approche de l'IHP+ comprend la fourniture d'un appui coordonné aux plans nationaux pour la santé solides et complets qui sont menés par les pays ou les gouvernements eux-mêmes.

- **RMNCH** : des représentants du pôle Développement Humain de la DGM participent à la gouvernance du RMNCH, comité initié et animé par la Norvège.

Le **Comité directeur pour la santé reproductive, maternelle, néo-natale et infantile RMNCH** a été lancé par la Norvège en 2012. L'ambition du RMNCH est de renforcer et soutenir le dialogue pays et non de le dupliquer, en alignant et coordonnant les nombreuses initiatives en matières de SRMNI au niveau international. Y participe l'ensemble des parties prenantes (agences onusiennes, bailleurs, secteur privé, société civile).

- **H4+** : pas de participation effective à la gouvernance d'H4+ (alors que la France co-finance ce mécanisme).

H4+ est un mécanisme collaboratif regroupant depuis 2008 l'OMS, UNICEF, le FNUAP, ONUSIDA, la Banque mondiale et l'ONU Femmes. Son objectif vise à accélérer la mise en œuvre des engagements qui ont déjà été pris dans le cadre de la Stratégie globale du Secrétaire général de l'ONU pour la santé des femmes et des enfants dans les pays présentant des taux élevés de mortalité maternelle et infantile. H4+ a un rôle de production, capitalisation et analyse des connaissances et données disponibles.

Cette revue des mécanismes dédiés à la coopération en santé met en exergue une multitude de dispositifs, faisant peser le risque d'un éparpillement de l'action des bailleurs et d'une dilution des ressources dommageable à la coordination globale sur la thématique. En outre, **il apparaît rétrospectivement que le choix de financer HHA via le Fonds français Muskoka, au détriment des autres dispositifs, n'a pas fait l'objet de justification politique ou technique claire**, questionnant ainsi, plus largement, la cohérence externe dans l'articulation de l'Initiative Muskoka au système déjà structuré par les bailleurs.

En synthèse, il apparaît selon plusieurs sources, tant à Paris que sur le terrain, que la **France ne dispose pas des moyens de ses ambitions, que ce soit à l'échelle globale**

ou sur le terrain où le suivi des programmes souffre plus encore qu'à Paris du manque de personnes ressources. Le nombre restreint de ressources, notamment humaines, mises à disposition pour piloter la cohérence de la stratégie française en matière de SRMNI et participer au suivi de l'ensemble des dispositifs, pose question. A titre d'illustration, la France n'était pas représentée au Canada lors de la dernière réunion de l'initiative Muskoka ayant pour objectif de préparer la phase 2. L'absence de la France lors des réunions de gouvernance, notamment dans l'initiative Countdown 2015, a pour corollaire un risque accru quant au renouvellement de ses engagements et à la cohérence dans le temps des choix faits. **Dans le contexte de l'agenda post-2015, la participation de la France aux instances globales de coordination en matière de SRMNI est un élément important du maintien de sa visibilité** parmi les acteurs majeurs de la coopération. La possibilité d'utiliser les nombreuses ressources en expertise qui existent dans les institutions de recherche et d'enseignement supérieur pour mieux appuyer l'action du MAEDI dans ce domaine devrait par ailleurs être explorée.

5.2. Positionnement des interventions françaises Muskoka

5.2.1. Une bonne complémentarité géographique des interventions françaises Muskoka avec celles des autres bailleurs

Pour rappel, une liste de 22 pays éligibles a été définie dans le cadre des interventions françaises Muskoka :

- Pays pauvres prioritaires (13) : Bénin, Burkina Faso, Comores, Guinée, Madagascar, Mali, Mauritanie, Niger, République centrafricaine, République démocratique du Congo (RDC), Tchad, Togo, Sénégal
- Pays en sortie de crise (2) : Afghanistan, Haïti
- Pays africains francophones (3) : Cameroun, Congo, Côte d'Ivoire
- Pays de la Corne de l'Afrique (4) : Djibouti, Ethiopie, Erythrée, Somalie

Au regard des pays prioritaires d'intervention ciblés par les autres bailleurs, le choix de la France de concentrer la quasi-totalité de ses interventions en **Afrique francophone** apparaît cohérent. Ce constat est encore renforcé pour les pays où des projets de l'AFD ont déjà pu être engagés. En effet, on observe dans cette sous-région africaine une moindre implication des autres bailleurs de fonds, avec un retrait des appuis allemands, de la Commission européenne et de la Coopération Technique Belge sur les thématiques de santé et en particulier de SRMNI.

Ainsi, sur les pays prioritaires d'intervention définis par les autres bailleurs en matière de coopération en SRMNI, peu sont identiques aux pays prioritaires définis par le Fonds français Muskoka. Dans le tableau ci-dessous, seuls les pays **en gras** sont inclus dans le périmètre de la France :

Tableau 9 : Pays d'intervention des autres bailleurs bilatéraux

Bailleurs	Pays prioritaires d'intervention	Complémentarité constatée
Canada	Afghanistan , Bangladesh, Éthiopie , Haïti , Malawi, Mali , Mozambique, Nigéria, Soudan, Tanzanie	Forte
Etats-Unis	Afghanistan , Bangladesh, République démocratique du Congo , Ethiopie, Ghana,	Forte

	Haïti , Inde, Indonésie, Kenya, Libéria, Madagascar , Malawi, Mali , Mozambique, Népal, Nigéria, Pakistan, Rwanda, Sénégal , Soudan du Sud, la Tanzanie, l'Ouganda, le Yémen , et la Zambie.	
Allemagne	Afrique (Guinée, Cameroun, Cote d'Ivoire, Niger, Burkina Faso , Sierra Leone, Burundi, Malawi), en Asie (Cambodge, Népal, Vietnam, Sri Lanka, Bangladesh, Pakistan) et au Kirghizstan, Tadjikistan et Yémen	Forte
Royaume-Uni	27 pays prioritaires (19 en Afrique et 8 en Asie). En commun avec les pays prioritaires du FFM : Ethiopie, RDC, Somalie, Afghanistan	Forte
Norvège	Nigeria, Tanzanie, Malawi, Inde et Pakistan	Très forte
Suède	Bangladesh, RDC, Somalie , Soudan / Soudan du Sud, Ouganda, Zambie, Zimbabwe, Tanzanie (VIH / SIDA), Afrique du Sud (VIH / SIDA), Inde et Guatemala	Très forte

Au niveau géographique, il apparaît donc une forte complémentarité des interventions françaises Muskoka, élément contribuant à la cohérence externe de l'action de la France.

5.2.2. Un canal multilatéral privilégié par la France

La France a fait le choix de répartir de façon quasiment égale les fonds français Muskoka entre le canal bilatéral et multilatéral (respectivement 48% et 52%). Au sein du canal multilatéral, la France a privilégié le Fonds Mondial (52%) et l'UNICEF (16%) de façon plus marquée que les autres bailleurs.

Les autres bailleurs bilatéraux ont globalement des approches plus différenciées sur la ventilation entre les canaux. Les pays nordiques (Suède, Norvège) privilégient nettement le canal multilatéral tandis que les pays anglo-saxons (Etats Unis, Royaume-Uni, Canada) choisissent dans des proportions inversées le canal bilatéral. Historiquement, la ventilation de l'APD Santé de la France se rapprochait du positionnement des pays nordiques avec 80% en moyenne dédiés au canal multilatéral. L'initiative Muskoka a permis un certain rééquilibrage en faveur du canal bilatéral.

Tableau 10 : Ventilation par canal de l'APD Santé dédiée aux OMD 4 et 5 (moyennes 2010-2012)

Pays	Canal multilatéral	Canal bilatéral
Norvège	72%	38%
Allemagne	43%	57%
Etats Unis*	10-30%	70-90%
Royaume Uni	32%	68%
Canada*	25%	75%
Suède	65%	35%
France (Muskoka)	52%	48%
France (APD santé)	80%	20%

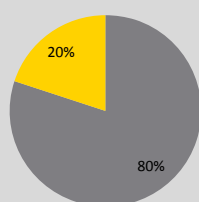
*Non spécifique aux OMD 4 et 5

Source : Données transmises par les ministères des Affaires étrangères et les agences de développement

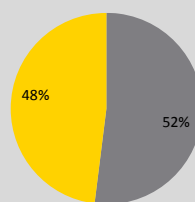
Encadré 14 : Comparaison de la ventilation par canal de la France par rapport à d'autres bailleurs

Le Fonds français Muskoka opère un **rééquilibrage** vers le canal bilatéral par rapport au total de l'APD française en matière de santé, tendant ainsi à se rapprocher dans ce domaine de la **tendance moyenne** observée dans les politiques des autres bailleurs, qui utilisent à près de **deux tiers le canal bilatéral** pour le financement des interventions en faveur de la santé maternelle et infantile (OMD 4 et 5).

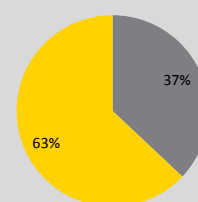
France (APD Santé)



Fonds français Muskoka



Moyenne autres pays*



■ Multilatéral
■ Bilatéral

Concernant le canal multilatéral, les autres bailleurs ont fait le choix de répartir les financements entre les différents instruments selon leurs habitudes de coopération (notamment, certains financent ONUSIDA ou les banques régionales de développement, options non retenues par les financements français).

A titre d'exemple :

- La **Norvège** a fait le choix de prioriser la thématique de l'accès aux vaccins et aux médicaments (35% de l'enveloppe multilatérale est dédiée au GAVI, et 8% à l'IFFIM)

ainsi que le soutien aux politiques de population via l'UNICEF (14%) et le FNUAP (13%).

- ▶ L'**Allemagne** participe au financement de nombreuses initiatives, parmi lesquelles le Fonds Mondial (~200M€/an), GAVI (4M€ en 2010, 6M€ en 2011 et 10M€ en 2012), l'UNFPA, l'UNICEF, le PAM, la Banque Mondiale, IDA, les Fonds Régionaux de développement etc.
- ▶ Le **Canada** privilégie le financement du Fonds mondial (540 millions de dollars canadiens de 2014 à 2016), des agences sanitaires des Nations Unies (H4+), (50 millions de dollars de 2011 à 2016) et de l'Alliance GAVI, (50 millions de dollars de 2011 à 2015).
- ▶ La **Suède** répartit son aide multilatérale de façon relativement équilibrée entre quatre instruments financiers : GAVI (23%), le Fonds Mondial (20%), le FNUAP (18%) et l'UNICEF (17%).

**Etats-Unis, Royaume-Uni, Canada, Allemagne, Suède, Norvège*

Il peut être ici souligné que la diversité et l'éclatement des instruments financiers peuvent complexifier la lecture de la redevabilité des différents pays, ainsi que l'analyse de la cohérence externe des interventions françaises Muskoka avec les autres bailleurs.

5.2.3. En matière de SRMNI, une relative complémentarité des thématiques investies par la France au regard des domaines d'intervention des autres bailleurs

En termes de **mode opératoire**, la France est davantage présente sur l'appui aux systèmes de santé que les autres bailleurs, même si l'échelle d'intervention demeure modeste. Au regard des interventions verticales privilégiées par d'autres acteurs (bilatéraux, multilatéraux ou fondations privées), ce positionnement de la France permet d'assurer une **cohérence externe forte**. Cette cohérence est notamment à souligner dans la mesure où ce choix implique des conséquences en termes de délais d'intervention, d'interlocuteurs à privilégier et d'actions à mettre en œuvre.

En termes de **domaine d'intervention**, il apparaît que les interventions françaises Muskoka n'ont pas clairement spécifié de thématique à privilégier au **niveau central ou régional**. Pour cette raison, la dimension axée sur les systèmes de santé et les aspects médicaux de la santé maternelle et infantile sont privilégiés du fait de l'expérience de la coopération française dans ce domaine. Les cas des grossesses adolescentes (grossesses précoces) ou de la mortalité par avortement, qui figurent au premier rang des causes de mortalité maternelle et au rang des interventions qui ont le moins progressé dans les pays prioritaires, nous semblent à relever comme autant de dimensions qui devront retenir l'attention pour la phase suivante des actions en matière de SRMNI à partir de 2015. **Les institutions multilatérales, par leur positionnement spécifique, représentent des relais à forte valeur ajoutée potentielle sur ces thématiques à renforcer.**

La stratégie française pour la coopération internationale dans le domaine de la santé, et plus spécifiquement en matière de SRMNI, recense les priorités suivantes :

- ▶ **Renforcement systémique des capacités institutionnelles et humaines,**
- ▶ La promotion de la santé, des droits sexuels et l'accès au planning familial,
- ▶ Les actions à l'interface des OMD 4,5 et 6,
- ▶ La lutte contre la malnutrition.

Ces priorités définies par la France semblent **alignées et cohérentes avec les stratégies affichées par les autres bailleurs**. En effet, les domaines d'intervention retenus pour les interventions françaises Muskoka incluent l'ensemble des axes mis en avant par l'ensemble des pays. Aussi, de façon théorique, l'action de la France est en cohérence forte avec celle des autres bailleurs bilatéraux, qu'elle vienne en **renforcement ou en complémentarité** des objectifs affichés. En pratique, cette cohérence théorique peut en revanche se traduire par une certaine dispersion des interventions soutenues.

Tableau 11 : Thématiques prioritaires identifiées par les bailleurs en matière de SRMNI

Canada	le renforcement des systèmes de santé la réduction du fardeau des principales maladies qui touchent les mères et les enfants (médicaments, vaccins...) L'amélioration de la nutrition
Allemagne	planning familial autodéterminé et la santé maternelle,
Norvège	la mobilisation pour les femmes et les droits et la santé des enfants, la réduction du fardeau de la maladie en mettant l'accent sur la prévention, la promotion de la sécurité humaine à travers la santé
Suède	santé sexuelle et reproductive et droits afférents
Etats-Unis	sensibilisation et mobilisation des individus et communautés, qualité des soins, incluant la planification familiale, renforcement des systèmes de santé
Royaume Uni	planification familiale, santé reproductive, maladies sexuellement transmissibles (dont VIH/Sida)

Source : Documents transmis par les MAEDI et les agences bilatérales de coopération, entretiens

L'action de la France passe enfin par le canal européen. Des articulations sont recherchées avec la Commission européenne⁶⁶ qui agit fortement sur les systèmes de santé dans certains pays.

Encadré 15 : La Commission Européenne et la santé

Les priorités des financements de l'UE dans le domaine de la santé sont décidées avec les gouvernements des pays partenaires, l'accent étant mis sur l'amélioration des systèmes de santé nationaux et sur le renforcement de l'accessibilité de ceux-ci. Entre 2008 et 2012, l'Union a consacré 3,2 milliards d'euros au développement dans le secteur de la santé. Sur ce montant, 1,5 milliard d'euros a été consacré à la santé maternelle, néonatale et infantile, 87 millions d'euros aux soins de santé en matière de procréation et 17 millions d'euros à la

⁶⁶ En Guinée, les fonds gérés par l'AFD sont délégués à la Commission européenne.

planification familiale.

La commission européenne s'est engagée, lors de l'Assemblée Générale de l'ONU en septembre 2010, pour les OMD en faveur de la santé maternelle, de la lutte contre la mortalité infantile et la famine et de l'amélioration de l'approvisionnement en eau et de l'assainissement via son « Initiative 1 milliard d'euros ». Les projets ont été identifiés en partenariat avec les pays d'Afrique, des Caraïbes et du Pacifique

L'initiative OMD comporte deux volets:

- 300 millions d'euros, réservé aux pays «ayant obtenu de bons résultats» selon les conclusions de l'examen à mi-parcours dans le cadre du 10e FED,
- 700 millions d'euros, ouvert à tous les pays ACP (versés dans le cadre d'un appel concurrentiel à propositions, devant adresser les OMD les moins avancés : 4, 5, 7c ou 1c).

Une faible visibilité est constatée sur la part de l'enveloppe *in fine* consacrée à la santé dans le cadre de cette initiative.

En outre, le rapport spécial de la Cour des Comptes sur l'aide fournie aux services de santé en Afrique Subsaharienne (n° 10/ 2008) avait émis diverses recommandations, parmi lesquelles :

- l'augmentation des ressources financières du 10e Fonds Européen de Développement allouées au secteur de la santé ;
- la mise à disposition d'une expertise en santé publique au niveau des délégations de l'UE (présente dans neuf des onze délégations d'Afrique subsaharienne mettant en œuvre un programme santé > 10 millions d'euros) ;
- l'utilisation préférentielle de l'appui budgétaire sectoriel.

5.3. Action des partenaires Muskoka sur le terrain

5.3.1. Une participation systématique de la France aux cadres de coordination sectoriels au niveau des pays partenaires qui s'inscrit dans une volonté de renforcement de la cohérence externe des interventions françaises Muskoka

Il apparaît que la France **participe de façon systématique** aux différents dispositifs sectoriels de coordination et d'échange mis en place au niveau central des pays partenaires, lorsque ceux-ci existent. En revanche, le **degré d'implication** et la force d'impulsion de la France (et des interventions françaises Muskoka) est variable selon les pays, dépendant notamment de la présence d'autres bailleurs.

Parmi les **contributions actives** de la France aux cadres de coordination peuvent être par exemple cités le **Niger** (où l'AFD finance le Fonds Commun d'appui à la mise en œuvre du programme national de développement sanitaire à hauteur de 14M€, au côté de la coopération espagnole, de l'UNICEF et du fonds GAVI), et la **RDC** où la France participe au dynamique Groupe Inter- Bailleurs de Santé (GIBS) ainsi qu'aux cadres de concertation mis en place par les autorités nationales (« Groupes thématiques », taskforce SRMNI...).

Dans d'autres pays partenaires des interventions françaises Muskoka, ces cadres de concertation ne sont pas présents ou insuffisamment structurés. Au **Sénégal** par exemple, il ne semble pas exister à ce jour de « *Groupe thématique sur la santé de la reproduction et la santé maternelle et infantile* » qui réunisse les responsables nationaux de ces programmes

avec les agences de l'ONU mandatées sur ces sujets et les partenaires extérieurs principaux dont la France. Il nous semble que la coordination nationale et les synergies entre les financements extérieurs bénéficieraient de l'installation de ce groupe thématique qui se réunirait deux fois par an par exemple. Au **Togo**, le dialogue entre acteurs de la santé (bailleurs et partie nationale) est apparu relativement faible, discontinu et peu institutionnalisé. Pendant plusieurs mois, l'absence de ministre de la Santé et de Secrétaire Général à la Santé - ayant suspendu les réunions du « Comité sectoriel santé » de début 2013 au printemps 2014 – ont confirmé ce constat. Un certain nombre de bailleurs, dont la France, ont d'ailleurs co-signé un courrier commun daté de décembre 2013 afin d'exprimer leurs préoccupations quant à la capacité du gouvernement togolais de véritablement mettre en œuvre sa politique de santé. Ces faiblesses n'impactent cependant pas la qualité du dialogue existant entre les principaux donateurs (à l'exception de la Banque mondiale, plus en retrait, dont le projet « SMI » lancé en 2014 aurait été préparé sans réelle concertation avec les autres bailleurs), dont la coordination et l'harmonisation des interventions sont largement simplifiées par le faible nombre de PTF intervenant dans le secteur. Ainsi des réunions inter-bailleurs pilotées par l'OMS sont organisées - bien que de manière irrégulière - et un dialogue informel fonctionne largement. Ce nombre restreint de bailleurs au Togo facilite donc la concertation, avec une propension forte aux échanges directs entre acteurs ressources (bien identifiés), tandis que le dialogue des partenaires passe également par les réunions du groupe Fonds mondial.

5.3.2. Sur le terrain, au niveau des projets mis en œuvre dans le cadre de l'initiative Muskoka, une complémentarité avérée avec les autres bailleurs

Sur le terrain, une **cohérence externe relativement forte** est constatée dans les trois pays ayant fait l'objet de visites de terrain.

► Au Sénégal, les interventions françaises Muskoka complètent l'action des Etats-Unis

Au Sénégal, on observe une forte complémentarité des fonds français Muskoka avec la coopération américaine, publique et privée (USAID, Bill and Melinda Gates Foundation, FHI 360...). Ainsi, l'aide américaine massive a financé l'élaboration du plan national stratégique de **planification familiale** (un plan vertical). Par ailleurs, elle finance également une partie de ce programme, a placé un assistant technique au niveau central de l'administration sénégalaise et assure l'approvisionnement d'une grande partie des produits contraceptifs. Si la multiplicité de ces interventions extérieures pourrait à terme menacer l'appropriation et la pérennité de ces actions, il n'en demeure pas moins que l'intervention américaine a effectué des choix clairs en termes de thématiques investies et que les interventions françaises Muskoka ne font pas doublon avec cet acteur.

► En RDC, les interventions françaises Muskoka sont complémentaires des actions des autres bailleurs même si l'aide à la santé reste très fragmentée et le leadership du gouvernement faible

La contribution française à l'OMS s'est greffée sur le financement canadien du projet conjoint des agences onusiennes impliquées dans l'initiative H4+ avec le ministère de la Santé. Il s'agit de l'OMS, l'UNICEF, le FNUAP, l'ONUSIDA et la Banque mondiale. En effet, ce projet était mis en œuvre dans le pays depuis 2009 avec le fonds canadien et le financement français (qui représente environ le 1/3 du financement canadien) est venu en complémentarité.

Cette contribution française avait pour destination première la ville province de Kinshasa par souci de rationalisation et de facilité de suivi, eu égard au montant limité de l'enveloppe.

Cependant, après analyse de l'environnement interne, l'Agence onusienne bénéficiaire en RDC (OMS), a procédé au changement de la province d'affectation (province orientale) où, « *se mettait déjà en place une coordination* » par rapport à la thématique du projet (SRMNI) avec appui des autorités politico-administratives et sanitaires provinciales. Ceci a permis d'appuyer la coordination, la gestion des données, la revue et la planification. Ainsi, le Fonds français Muskoka a eu un effet catalytique, en incitant d'autres bailleurs comme l'UNFPA, la CTB et l'UNICEF à mettre l'agenda de la SRMNI au cœur des priorités provinciales.

Les interventions françaises Muskoka en appui des hôpitaux de Kinshasa (projet Promekin financé par l'AFD) sont complémentaires des actions des autres bailleurs en SRMNI puisque le financement français (dont le poids relatif est faible) a été canalisé vers le niveau *secondaire* des soins de santé (HGR) alors que la plupart des partenaires (CTB, USAID, etc.) interviennent par appui global du système de santé, essentiellement au niveau primaire (CS) et de la ZS (appui à la coordination du niveau primaire).

Malgré l'existence de plusieurs cadres de concertation, l'aide internationale consacrée à la santé en RDC reste fragmentée, dans un contexte marqué par le désengagement de l'Etat. Ainsi, il existe plusieurs programmes portés par les PTF dont la cible est le couple mère-enfant, sans qu'une synergie ne soit systématiquement recherchée avec les autres acteurs. Face à cette « balkanisation », le faible financement et leadership du gouvernement ne permet pas une coordination efficace des bailleurs. De manière plus globale, plusieurs intervenants ont cité la **nutrition comme un besoin important et non-couvert par les interventions des différents bailleurs**.

En conclusion, la cohérence externe résulte, en RDC, d'une complémentarité *de facto* résultant du positionnement « de niche » de l'AFD.

► **Au Togo, le nombre très limité de bailleurs en SRMNI implique une complémentarité de fait des interventions françaises Muskoka avec l'action des autres bailleurs**

La France est le principal et premier bailleur intervenant en matière de SRMNI au Togo à la date de l'évaluation. En tant que nouveaux entrants, les autres bailleurs présents au Togo adaptent leur stratégie de façon complémentaire à Muskoka. La coopération japonaise (JICA), la coopération allemande et l'Union européenne, qui comptent parmi les principaux PTF du pays, n'ont à ce stade que peu investi le champ global de la santé, et encore moins celui de la SRMNI.

L'USAID intervient sur ce champ en ciblant davantage la thématique « planification familiale » (PF), via son opérateur dans le pays pilotant le projet « AgirPF », centré sur la réponse au besoin des actions de planification familiale. A ce stade, la composante PF n'a été encore que peu abordée par la coopération française, que ce soit par le canal bilatéral AFD, ou par le SNU (concentré, via l'UNFPA, sur la cartographie des SONU).

Enfin, la Banque Mondiale a récemment élaboré, en 2014, un projet SRMNI axé sur la nutrition. Ce projet vise l'appui des communautés et zones périphériques et l'amélioration des systèmes d'information et de gestion (SIG) qui fonctionnent au niveau du ministère de la Santé.

6. Efficacité

QE4⁶⁷. Dans quelle mesure les interventions françaises Muskoka respectent-elles les engagements énoncés dans la Déclaration du G8 à Muskoka ? Dans quelle mesure les interventions Muskoka contribuent-elles ou peuvent-elles contribuer à l'atteinte des résultats escomptés en termes de renforcement des systèmes de santé, de la demande et de l'accès aux soins, ainsi que de lutte contre les autres facteurs impactant la santé des mères et des enfants ?

Cadre méthodologique :

Ce chapitre vise à analyser l'efficacité des interventions françaises Muskoka. Il se concentre sur deux axes d'analyse principaux :

- (i) le respect par la France des engagements pris à Muskoka (objectifs intermédiaires de la logique d'intervention, notamment ceux non couverts par d'autres questions évaluatives), en répondant à différentes sous-questions : Dans quelle mesure les financements engagés par la France sont-ils additionnels (s'agit-il d'interventions spécifiques ou d'interventions fléchées « Muskoka » de manière ex-post ?) ? Dans quelle mesure la France cible-t-elle des actions à fort impact potentiel ? Dans quelle mesure la France cible-t-elle les pays qui ont les plus grands besoins ?
- (ii) l'atteinte de ses objectifs spécifiques en matière de renforcement des systèmes de santé, d'amélioration de la demande et de l'accès aux soins, et de lutte contre les autres facteurs impactant la santé des mères et des enfants. L'évaluation de l'efficacité des interventions françaises Muskoka se fait principalement à partir de l'analyse des premiers résultats obtenus par les projets engagés dans les trois pays qui ont fait l'objet des missions de terrain, et vise à répondre aux sous-questions suivantes : En quoi les premiers résultats/effets obtenus correspondent-ils aux objectifs visés ? A quelles conditions les résultats attendus pourront-ils être atteints ? Des effets non attendus et/ou non désirés se sont-ils produits (ou sont-ils susceptibles de se produire) ? Dans quelle mesure, à quel niveau (local/régional) et dans quelles conditions, le programme d'actions porté par la France est-t-il vecteur de changement et perçu comme tel par les acteurs concernés ?

Afin de répondre à ces questions, le chapitre est structuré autour des trois sections suivantes :

- ▶ Efficacité du cycle « engagements-décaissements » au regard des engagements en termes de redevabilité au G8,
- ▶ Premières réalisations des interventions françaises Muskoka constatées depuis 2011, que ce soit via le canal bilatéral ou multilatéral,
- ▶ Identification des conditions d'efficacité à remplir pour que la France honore les engagements pris à Muskoka.

⁶⁷ Question reprise des Termes de référence

Principaux constats :

- ▶ **A mi-parcours de l'initiative, un retard est constaté sur le niveau des décaissements**, qui ne devraient atteindre les 500 millions d'euros de décaissements additionnels cumulés qu'au-delà de 2015. Un retard important est constaté a posteriori sur la période 2011-2013, principalement attribuable à la comptabilisation des décaissements du volet bilatéral des interventions françaises Muskoka (alors même que la comptabilisation des « décaissements » du canal multilatéral n'est pas liée aux décaissements sur les projets de terrain). Cet avancement financier encore timide des projets de l'AFD s'explique par plusieurs facteurs structurels connus lors du montage institutionnel du dispositif, mais non alignés avec l'objectif « d'accélération » de l'atteinte des OMD de la Déclaration du G8.
- ▶ Pour autant, l'initiative Muskoka a permis de sécuriser un certain niveau des engagements de la France en faveur de la santé des mères et des enfants, notamment en ce qui concerne les projets bilatéraux.
- ▶ Muskoka a « sécurisé » l'intervention de l'Agence en la matière, parfois au détriment d'autres secteurs de manière générale financés par les subventions, compte tenu de l'enveloppe constante des subventions attribuées à l'AFD par l'Etat.
- ▶ Si l'initiative Muskoka s'était fixée pour objectif l'accélération de l'atteinte des OMD 4 et 5, il apparaît que les instruments choisis pour cette coopération en SRMNI sont les instruments habituels de la coopération sanitaire française – tant au niveau bilatéral que multilatéral- et qu'ils ne permettent pas forcément une mise en œuvre accélérée.
- ▶ Si certaines réalisations peuvent déjà être soulignées, le niveau d'ensemble des réalisations encore timide illustre bien le fait que, si l'on se situe à « mi-parcours temporel » de l'initiative Muskoka, il ne s'agit pas d'un « mi-parcours opérationnel ». L'analyse des réalisations via le canal multilatéral est complexifiée - voire impossible – au regard de l'insuffisante consolidation des données d'observation sur le terrain résultant de l'absence d'un volet Suivi-Evaluation structuré.
- ▶ De manière globale, l'efficacité à moyen terme et long terme de l'aide française, dépendra de la capacité des pays (avec l'appui de ses partenaires français, européens et internationaux) à **anticiper les enjeux liés aux transitions démographique et épidémiologique, à estimer les besoins de santé qui en découleraient, et les coûts pour les populations, le système de santé, l'Etat et les partenaires**. Il ne semble pas que les partenaires internationaux de la santé discutent de ces sujets avec les autorités sanitaires des pays, malgré la « *déferlante démographique* » qui s'annonce dans la région ouest africaine.

6.1. Efficacité au regard de la méthodologie de redevabilité du G8

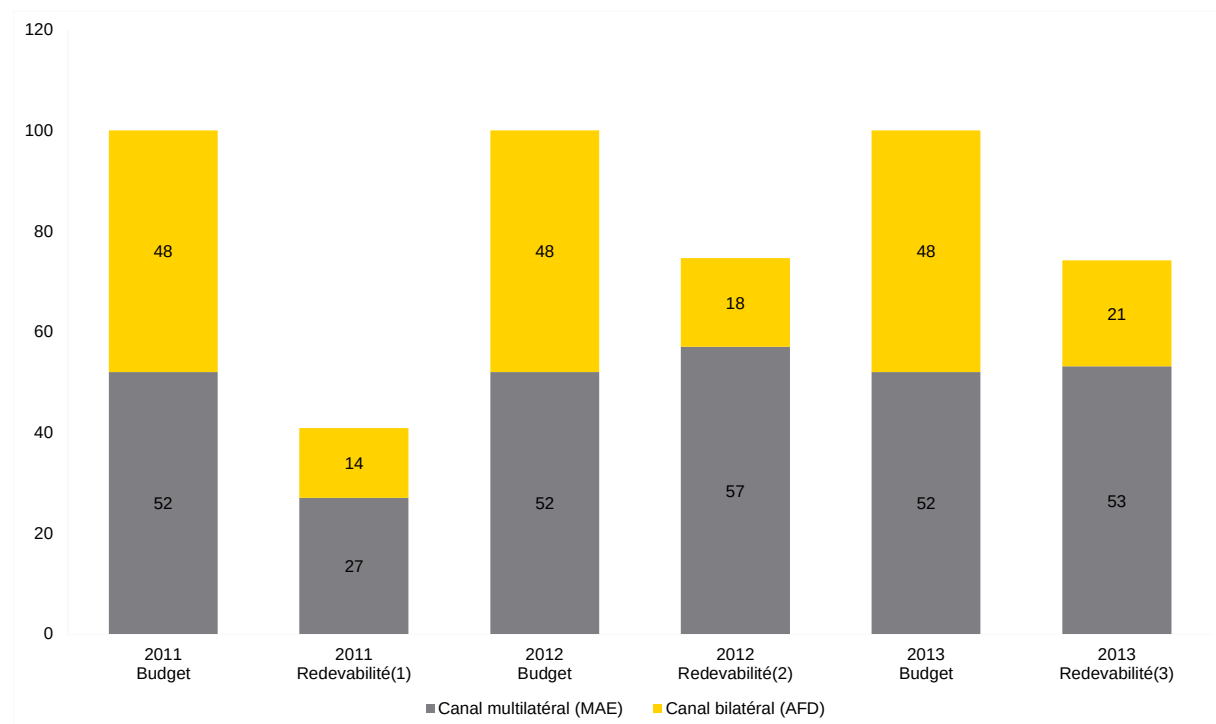
6.1.1. Une difficulté structurelle à respecter les engagements financiers pris à Muskoka à l'horizon de 2015

Un rythme de décaissement en décalage avec les engagements financiers pris au sens de la redevabilité « Muskoka »

A mi-parcours de l'initiative, un retard est constaté sur le niveau des décaissements, qui ne devraient atteindre les 500 millions d'euros de décaissements additionnels cumulés qu'au-delà de 2015. En effet, une répartition annuelle de l'effort additionnel français voudrait que 100 M€ soient **décaissés** chaque année. Or, un **retard important** est constaté a

posteriori sur la période 2010-2013, principalement **attribuable au volet bilatéral des interventions françaises Muskoka pour des questions de méthodologie** (l'AFD décaisse sur le terrain tandis que le volet multi décaisse aux institutions multilatérales sans lien avec un décaissement effectif sur le terrain).

Graphique 8 : Redevabilité de la France



Source : Données transmises par le MAEDI et l'AFD

Lecture du graphique

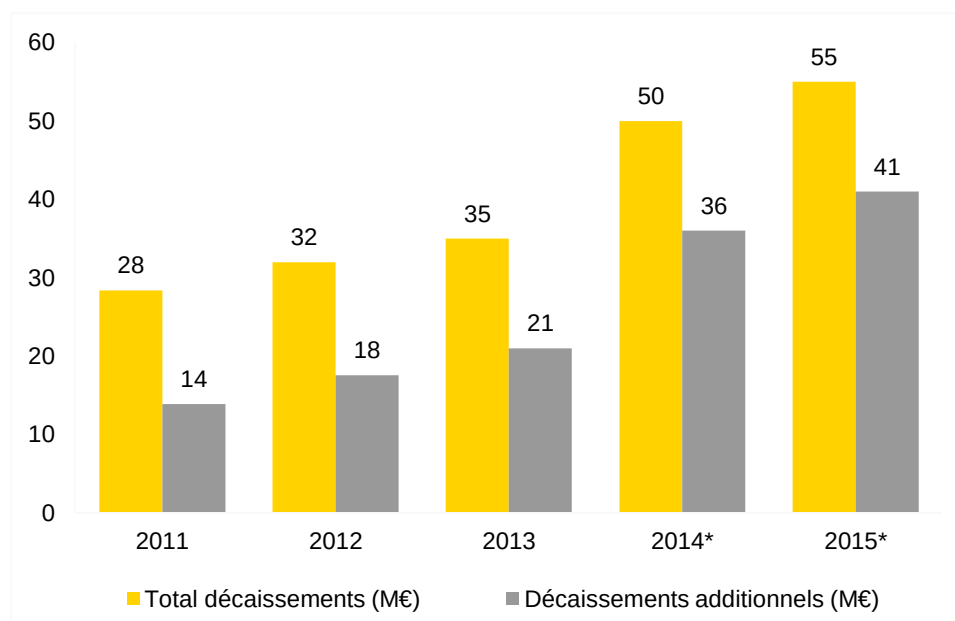
Le « Budget » correspond à la ventilation initiale prévue dans le dispositif mis en place pour assumer la contribution française à l'initiative Muskoka. La « Redevabilité » fait référence aux différents modes de comptabilisation selon le canal utilisé. Ainsi, la redevabilité du volet multilatéral correspond aux contributions annuelles supplémentaires de la France aux institutions multilatérales (montants versés aux organisations multilatérales). La redevabilité du volet bilatéral correspond à l'ensemble des décaissements additionnels correspondant aux « projets éligibles Muskoka ».

(2) Les chiffres affectés à 2012 pour GAVI aux chiffres arrêtés au 1^{er} juin 2012 et pour l'AKDN aux chiffres de la période juillet 2012-mars 2013

(3) Les chiffres affectés à 2012 pour GAVI aux chiffres arrêtés au 31 mars 2013 et pour l'AKDN aux chiffres de la période septembre 2013-août 2014

En effet, l'avancement financier de la composante bilatérale Muskoka ne permet pas d'honorer les objectifs de redevabilité, tels que définis dans la méthodologie officielle du G8. En cumulé sur les 5 ans, les décaissements additionnels de l'AFD seraient d'environ 130M€, soit 54% seulement des 240M€ de décaissements additionnels attendus dans le cadre de l'engagement de la France au sommet de Muskoka.

Graphique 9 : Avancement financier des décaissements de l'AFD en matière de SRMNI, en M€



Source : Données transmises par l'AFD

Cet **avancement financier encore timide des projets de l'AFD s'explique par plusieurs facteurs** (voir l'encadré ci-dessous), tels que la nature des projets soutenus (s'inscrivant dans une logique de renforcement à long-terme des systèmes de santé) ou encore le temps difficilement compressible du cycle des projets AFD (plusieurs mois pour l'instruction puis un temps moyen d'exécution de 4 années avec une majorité des décaissements sur les deux dernières années, notamment parce qu'il s'agit de financer des projets portés par les maîtrises d'ouvrage nationales).

Contrairement aux projets bilatéraux, **les contributions multilatérales** éligibles contribuent aux engagements Muskoka à partir du moment où elles sont **versées** aux organisations ou initiatives multilatérales (et non décaissées sur le terrain) d'où un avancement du canal multilatéral en relatif accord avec les prévisions initiales (52 M€/an), malgré un retard en 2011⁶⁸. Il faut cependant souligner que le déséquilibre constaté en matière de respect des engagements entre le canal bilatéral et celui multilatéral tient à cette différence de traitement comptable et ne correspond en rien à une différence concrète de réalisation sur le terrain.

Encadré 16 : Facteurs expliquant le retard pris par l'AFD pour honorer l'engagement financier pris par la France à Muskoka

► En référence à son engagement à Muskoka, la France a choisi d'inscrire dans le Contrat d'objectifs et de moyens (COM) 2011/2013 de l'AFD un objectif stipulant que l'AFD **engagera**⁶⁹ 48M EUR de subventions par année pour soutenir des projets de santé maternelle et infantile dans les pays prioritaires de l'aide française. Conformément à ces objectifs du COM, l'AFD a affecté au secteur santé 48M EUR de subventions de l'enveloppe 209 en 2011 et 2012 et 40M EUR seulement en 2013 après que 8M EUR

⁶⁸ Les conventions financières n'ont été signées avec les quatre agences onusiennes qu'en novembre 2011 et les chiffres disponibles pour GAVI et l'AKDN ne couvrent pas l'année complète

⁶⁹ Pour l'AFD, un « engagement » correspond à l'approbation d'un projet par le Conseil d'Administration.

aient été redirigés à la demande du MAEDI pour des projets liés à la crise syrienne.

- ▶ Toutefois, la redevabilité de la France⁷⁰ est calculée sur un montant de **décaissements additionnels** par rapport à l'année de référence qui est 2008 (cf. l'encadré ci-dessous). Afin d'honorer les engagements pris par la France au sommet de Muskoka, la redevabilité des projets de l'AFD doit donc bien concerner **48M€ de décaissements⁷¹ additionnels** en matière de santé maternelle et infantile.
- ▶ Pour faire coïncider les objectifs de l'AFD dans le cadre du COM et les objectifs de redevabilité de la France dans le cadre de Muskoka, il faudrait que les subventions Muskoka mises en place par l'AFD correspondent à des projets décaissés dans l'année. Or, les projets instruits par l'AFD s'inscrivent dans une logique de renforcement à long-terme des systèmes de santé des pays concernés et ont un temps moyen d'exécution de 4 années avec une majorité des décaissements sur les deux dernières années. Ces projets sont sous maîtrise d'ouvrage des pays partenaires et les décaissements sont effectués en fonction des dépenses réalisées. Ces caractéristiques ne permettent pas raisonnablement des décaissements en une année, même s'ils répondent dans leur objet, à la déclaration du G8 à Muskoka.
- ▶ Les nouveaux projets de santé soutenus par les subventions Muskoka–AFD (« projets Muskoka ») devraient générer le gros des décaissements que l'AFD peut et pourra déclarer au titre de l'effort Muskoka de la France (sous réserve d'une exécution rapide d'ici 2015). Le reste des décaissements provient des concours « eau et assainissement », qui ne sont déclarables qu'à hauteur de 15%, des projets ONG et des aides budgétaires dont les décaissements ne sont déclarables qu'à hauteur de 4%, même dans le cas d'une forte composante sectorielle en SRMNI. Les décaissements relatifs aux C2D ne peuvent pas être pris en compte selon la méthodologie du groupe de travail du G8.
- ▶ Conformément à la méthodologie de redevabilité Muskoka, l'AFD a pu comptabiliser l'ensemble des décaissements éligibles Muskoka qui s'élèvent à 28,4M EUR en 2011 et à 32M EUR en 2012, soit des décaissements additionnels de 13,9M EUR et 17,6M EUR respectivement par rapport à 2008. Par ailleurs, l'Agence prévoit des décaissements de 35M EUR en 2013, 50M EUR en 2014 et 55M EUR en 2015, dont 21M EUR, 36M EUR et 41M EUR de décaissements additionnels respectivement (soit 130 millions d'euros au total à échéance 2015)

De manière générale, une observation paraît particulièrement importante dans l'évaluation de l'efficacité des interventions françaises : celle relative au temps et au calendrier de l'Initiative Muskoka. En effet, le tout premier objectif de l'Initiative de Muskoka était **d'accélérer** la réalisation des OMD 4 et 5, et **pas seulement d'y contribuer à terme**.

En cela les canaux de financement choisis par la France, que ce soit du côté bilatéral ou multilatéral, ne semblaient d'emblée **pas en mesure d'accélérer** la réalisation d'interventions en faveur des femmes et des enfants. Concernant les interventions françaises Muskoka, les projets ont été lents à se mettre en place de toutes parts. C'est une observation clé de cette évaluation, qui pose plus largement la question de **l'adaptation des instruments existants de l'administration française pour le financement du**

⁷⁰ Les contributions que les membres du G8 faisant partie de l'Union européenne ont apportées par l'entremise de la Commission européenne ne sont pas réattribuées aux différents pays

⁷¹ Les « décaissements » sont, quant à eux, effectués dans les pays sur un compte lié au projet.

développement à l'agenda international en matière de santé globale, soit de la capacité française à influencer cet agenda de façon à le rendre plus cohérent avec des objectifs structurels d'amélioration des systèmes de santé et de santé des populations.

Cependant, ce constat s'applique aussi, à différents degrés selon les modalités de coopération en matière de santé, aux autres bailleurs de l'initiative Muskoka, dont plusieurs signalent que les résultats ne seront en grande partie observables qu'après 2015.

Ainsi, la question qui se pose est de savoir s'il était raisonnable de la part du G8 de vouloir accélérer la réalisation des OMD sur un temps relativement court tout en passant par le renforcement des systèmes de santé.

Encadré 17 : Suivi de la méthodologie de redevabilité définie par le G8

Il apparaît que la **méthodologie de redevabilité** est **relativement claire et lisible** pour les pays sollicités dans le cadre de la présente évaluation. La **Suède et la Norvège**⁷², notamment, reportent et présentent leurs chiffres en matière de SRMNI de façon exactement conforme aux critères et pourcentages de redevabilité définis à Muskoka. Ainsi le service de statistiques du ministère des Affaires étrangères suédois établit son rapport annuel sur la coopération en santé⁷³ en présentant en lecture directe les montants éligibles Muskoka. Il est intéressant de noter que les bailleurs privilégiant fortement le canal multilatéral présentent un reporting particulièrement transparent des financements Muskoka. Le **Royaume-Uni** reporte et suit également, depuis 2010, ses engagements en matière de SRMNI selon les critères de la méthodologie de redevabilité du G8, toutefois cela nécessite un retraitement des chiffres présentés dans le rapport annuel, auxquels doivent s'ajouter le volet « santé infantile » de Muskoka absent du Framework⁷⁴ défini par le Royaume-Uni. Le **Canada** et les **Etats-Unis** utilisent les critères de redevabilité dans la comptabilisation et le suivi de leurs engagements vis-à-vis du G8. Enfin, si l'**Allemagne** utilise bien les pourcentages SRMNI définis, le pays suit sa contribution à l'initiative en termes d'*engagements*, et non de décaissements.

6.1.2. Une sécurisation des engagements en faveur de la SRMNI, mais pas de réel effet additionnel, tant pour le volet bilatéral que, dans une large mesure, pour le multilatéral (cas des contributions au Fonds mondial notamment)

Une aide bilatérale en santé maintenue et « sanctuarisée » grâce aux engagements Muskoka

Si le niveau des décaissements ne satisfait pas aux engagements financiers pris par la France à Muskoka à l'horizon de 2015, il est important de noter que les décaissements français se poursuivront au-delà du calendrier initial à échéance de 2015 et que l'initiative Muskoka a permis de sécuriser un certain niveau d'engagements en faveur de la santé des

⁷² De plus, la Norvège a également soutenu, au niveau de l'OCDE, la création d'indicateurs spécifiques pour la SRMNI dans la typologie des codes du Comité d'Aide au Développement (CAD). La Norvège effectue désormais son reporting via les indicateurs CAD de l'OCDE.

⁷³ « Swedish development cooperation for health 2012, Summary » ; MFA Department for Multilateral Development Cooperation, September 2013

⁷⁴ UK malaria and RMNH Frameworks for results, décembre 2010

mères et des enfants. Dans le cadre de l'initiative Muskoka et conformément à son contrat d'objectif et de moyens 2011/2013 signé avec l'Etat, l'AFD effectue ainsi des **engagements** à hauteur de 48M€ de subventions par année pour engager de nouveaux projets spécifiques en SRMNI à partir de 2011.

En revanche, en particulier pour les projets de l'AFD, on ne peut pas parler d'une véritable additionnalité. En effet, le montant de **l'enveloppe des subventions (tous secteurs confondus) gérée par l'AFD (environ 200 M€ par an) n'a pas été augmenté à la suite du sommet de G8 à Muskoka**. L'initiative Muskoka a plutôt « sécurisé » un montant de 48 M€ par an pour les projets en faveur de la santé maternelle et infantile, mais de fait au détriment d'autres thématiques « santé » et d'autres secteurs de manière générale financés par les subventions. L'enveloppe Muskoka de l'AFD couvre *de facto* l'ensemble des interventions en santé de l'Agence financées en subvention.

Ceci se reflète dans la nature des projets financés par l'AFD qui sont de projets de soutien au système de santé qui visent à **augmenter la capacité d'action des pays ciblés**, à changer d'échelle en termes de soutien à la mise en œuvre des stratégies nationales de développement sanitaire et à **orienter en partie les projets vers la prise en compte de certains facteurs affectant plus particulièrement la mortalité des mères et/ou des enfants** (PF, genre...). S'il s'agit rarement **d'interventions fondamentalement nouvelles ou visant à promouvoir des expérimentations innovantes**, on relève néanmoins une réorientation des projets de l'AFD en faveur de la SRMNI qui se reflète dans l'augmentation de la part des projets 100% « Muskoka ».

Un volet multilatéral additionnel dans le cas du projet FSP développé avec les agences des NU, opportuniste dans le cas des contributions à GAVI et au Fonds mondial

Comme déjà souligné, **seul le montage du projet avec les quatre agences onusiennes (OMS, FNUAP, UNICEF, ONU Femmes) a constitué une démarche réellement innovante et répondant à une recherche d'additionnalité**, en utilisant le financement Muskoka pour inciter de façon volontariste ces agences à une mise en commun de leurs compétences respectives.

A l'exception de ce projet FSP (qui représente un peu plus de 30% des financements annuels Muskoka acheminés par le canal multilatéral), les autres interventions multilatérales de la France s'inscrivent dans la continuité des contributions françaises antérieures (à GAVI et au Fonds mondial), que les engagements pris à Muskoka ont simplement permis de renforcer.

La contribution complémentaire attribuée au Fonds mondial avait d'ailleurs été décidée indépendamment de l'initiative Muskoka, et la valorisation de cette contribution complémentaire à hauteur de 46% permise par la méthodologie de redevabilité Muskoka peut être considérée comme une aubaine pour l'aide française (cette valorisation représente plus de la moitié des financements annuels Muskoka acheminés par le canal multilatéral).

6.2. Premières réalisations et conditions d'efficacité des interventions françaises Muskoka

Pour davantage de clarté, nous avons distingué l'analyse des réalisations et des conditions d'efficacité aux plans bilatéral et multilatéral. Les réalisations du canal multilatéral sont, par ailleurs, présentées par institution financée.

En synthèse, les premiers constats relatifs aux réalisations soulignent l'importance des prérequis à remplir afin de pouvoir déterminer l'efficacité des interventions françaises Muskoka lors de l'évaluation finale.

6.2.1. Des premières réalisations du canal bilatéral dans un environnement externe et interne sous contraintes

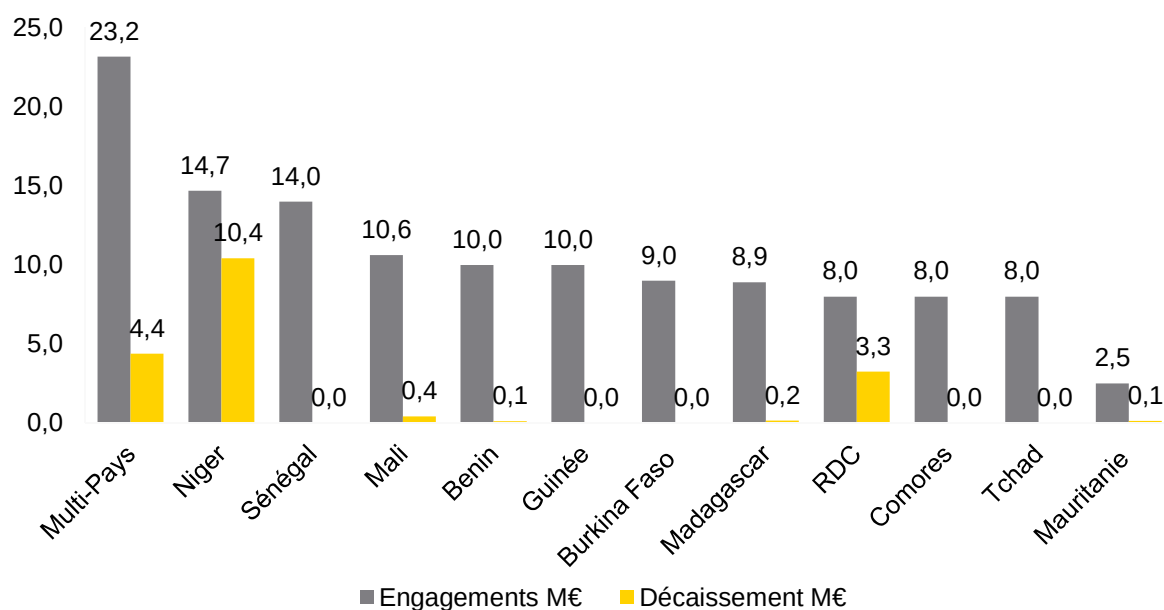
A ce stade, un niveau de réalisation encore timide concernant les projets mis en œuvre via le canal bilatéral.

Depuis 2010, l'AFD pilote 21 projets identifiés comme « projets Muskoka ». Des engagements ont été réalisés pour l'ensemble des projets, pour un montant total de 132M€.

A mi-parcours de la mise en place de l'initiative Muskoka, environ la moitié des projets engagés ont fait l'objet de décaissements en 2012 et 2013, pour un montant total de 19M€, et dans six pays (sur 11 concernés par le programme, hors projet multi-pays) : Niger, RDC, Mali, Madagascar, Mauritanie et Benin.

Si certaines réalisations peuvent déjà être soulignées (cf. l'encadré ci-dessous), le niveau d'ensemble des réalisations est encore timide ce qui illustre bien le fait que, si l'on se situe à « mi-parcours temporel » de l'initiative Muskoka, il ne s'agit pas d'un « mi-parcours opérationnel ».

Graphique 10 : Avancement financier des « projets Muskoka » de l'AFD (analyse par pays)



Source : Données transmises par l'AFD

Encadré 18: Focus sur l'état des réalisations du canal bilatéral des interventions françaises Muskoka au Sénégal, Togo et en RDC

► Sénégal

Les deux composantes du projet, « Renforcement des capacités de la Direction de la Santé Reproductive et de la Santé des Enfants (DSRSE) » et « Renforcement de la disponibilité, de la qualité et de l'utilisation des services de santé de la mère et de l'enfant dans la Région

de Louga » n'ont démarré que récemment. L'état des réalisations ne peut à ce stade pas encore être appréhendé, et la mission s'est concentrée sur l'évaluation des conditions d'efficacité du projet.

► RDC

Les modalités d'intervention privilégiées par l'AFD (notamment le passage par des maîtrises d'ouvrage nationales) couplées aux résistances au changement des partenaires locaux (dont le Ministère de la Santé Publique) ont fait perdre du temps au financement effectif des activités liées au projet à Kinshasa, surtout dans le secteur public. Pour l'appui à la Direction des Etablissements de Soins (DES), aucun fonds n'a jusqu'à présent été engagé sur cette composante depuis le lancement du projet (en décembre 2011). Récemment, un audit organisationnel a été effectué sur ce sujet, mais le contrat n'a toujours pas été signé par le ministère de la Santé. En ce qui concerne l'appui à la clinique Ngaliema, les travaux de réhabilitation (renforcement des systèmes d'alimentation en eau, de distribution d'électricité, de production et distribution d'oxygène, d'incinération) tardent également à se mettre en place. Pour l'appui au **CH Monkole**, les activités avancent à un rythme satisfaisant, malgré un retard pris au démarrage. Le nouveau Centre Hospitalier Mère-Enfant (CHME) a ouvert en juin 2014, les différents équipements ont été livrés et de nombreux chantiers sont en cours pour améliorer la gestion de l'hôpital.

Les retards des deux premières composantes sont surtout liés aux **problèmes de gouvernance au sein du ministère de la Santé** (composante 1) et à **l'interdépendance du projet par rapport aux activités du gouvernement et des autres partenaires** (clinique Ngaliema) ce qui renvoie aux difficultés intrinsèques liées à la volonté de l'AFD de travailler directement avec la maîtrise d'ouvrage nationale.

► Togo

Dans le cadre de Muskoka, un projet est en cours d'instruction depuis 2013. A ce stade, aucune réalisation n'est donc observable.

Des conditions d'efficacité du canal bilatéral tant exogènes qu'endogènes au fonctionnement de l'AFD

La conclusion de l'analyse de l'efficacité des interventions françaises Muskoka du volet bilatéral est que la conceptualisation et les dispositifs mis en place pour renforcer les systèmes de santé en Afrique francophone sont pertinents mais que leur contribution (**efficacité**) à l'amélioration de la santé maternelle et infantile et à réduire la mortalité est très dépendante à moyen terme :

- **des contraintes structurelles nationales** : disponibilité et qualité de la formation des personnels de santé, information sanitaire, financement des volets communication et transport de la référence, disponibilité et qualité des produits sanguins, effectivité de la couverture sanitaire universelle dans la région, etc., toutes des contraintes majeures à propos desquelles les projets doivent travailler dès maintenant pour préparer sa pleine phase opérationnelle, car le pays, les services au niveau central et les autorités sanitaires font face à de grosses difficultés eu égard aux différents piliers du système de santé. Certains projets de ce type financés à grand frais par la Commission européenne dans les pays d'Afrique de l'Ouest, ont donné peu de résultats compte tenu des contraintes nationales sous estimées au

départ⁷⁵. La mission n'a pas eu le sentiment en cours de la mission que les équipes d'appui travaillaient suffisamment à soutenir le niveau central dans ces domaines.

- **du management et du pilotage de projet** : la mission recommande une attention particulière quant aux coordinations nationales des projets AFD, à renforcer globalement sur les aspects techniques et stratégiques du projet (compétences) et à dissocier éventuellement de la gestion des appels d'offre et la passation des marchés composante substantielle des projets d'appui mis en œuvre par l'AFD (infrastructures, équipement, assistance technique).
- **de la demande de services par les filles et les femmes**. Dans de nombreux pays, la demande de services comme une des conditions du succès du projet, qui serait améliorée, selon nos interlocuteurs éducateurs et anthropologues sur place, par une vaste campagne de communication, répétée et continue, par la disponibilité et l'accessibilité géographique et financière des services, produits et médicaments, et la qualité de la prestation des soignants. Certains projets intègrent néanmoins une dimension d'appui à la demande via leur composante « planification familiale » (Tchad, Burkina Faso, Niger, Mali, Sénégal).
- **de la capacité des services à s'adapter à la croissance démographique et à la transition épidémiologique** et à leurs effets sur les besoins de santé des populations et des pays, ce qui pourrait mériter une étude en soi, pour analyser notamment ce que pourraient représenter les besoins de santé des adolescentes dans les années à venir.

6.2.2. Un bilan contrasté des réalisations du volet multilatéral, soulignant l'importance des prérequis à remplir afin de pouvoir déterminer l'efficacité des interventions françaises Muskoka lors de l'évaluation finale

2^{de} remarque préliminaire

De façon générale, il est complexe (voire difficilement possible) de mesurer des résultats exclusivement attribuables à l'aide française, notamment dans un contexte de fongibilité des fonds.

L'efficacité des financements de la France en direction des institutions multilatérales est également à ce stade difficile à apprécier, même sur le terrain. Le temps imparti à la mission a permis de rencontrer les personnes dans les sièges des institutions de l'ONU, mais pas sur le terrain auprès des populations ou des associations soutenues (par les agences de l'ONU par exemple) pour conduire les interventions en faveur des filles, des femmes et des enfants. Sans surprise, il semble que sur son volet multilatéral, l'efficacité des financements français épouse, de fait dans les grandes lignes, le « degré d'efficacité » des institutions soutenues (agences de l'ONU, programmes GAVI, AKDN, et Fonds mondial) à ceci près que dans le cas des agences onusiennes, celles-ci font l'effort de rendre plus visibles les contributions françaises et de travailler de façon plus coordonnée entre elles.

⁷⁵ Voir à ce sujet : D. Kerouedan. Alain Lefèvre. Lluís Carreras. Rapport d'évaluation de 12 ans d'appui de la Commission européenne au développement du secteur santé du Bénin 1993-2005.

Rapport d'évaluation finale du projet santé du 7^{ème} FED au Bénin. Octobre 2005. 42p.

Rapport d'évaluation à mi-parcours du projet santé du 8^{ème} FED au Bénin. 86p. Octobre 2005.

Enfin, l'analyse d'efficacité au plan multilatéral doit être conduite, comme ci-dessous, selon les institutions bénéficiaires des financements français, du fait de la variabilité des mécanismes mis en place.

6.2.2.1. FSP mis en œuvre par les agences des NU

Des processus de travail renforcés et davantage intégrés au sein des agences du Système des Nations Unies

Les réalisations les plus intéressantes à retenir sont celles relatives à :

- **la mise en place d'outils et de dispositifs communs⁷⁶ de planification et de suivi évaluation** entre le projet, les pays et les agences de l'ONU avec l'appui d'un secrétariat de suivi/évaluation (S & E) à l'échelle régionale basé à Dakar, faisant intervenir un groupe d'experts de S&E et les conseillers régionaux et AT français pour élaborer les outils nécessaires aux pays et aux agences. Les pays vont désormais beaucoup plus bénéficier de ces outils d'aide à la mise en œuvre des programmes des agences ;
- **la valeur ajoutée de travailler avec ONU Femmes et le FNUAP** pour la coopération sanitaire française peu expérimentée ou même orientée sur les sujets relatifs aux droits des femmes, à la prévention et à la prise en charge de toutes formes de violences à l'égard des femmes. Dans les pays prioritaires de l'aide française, en retard pour l'atteinte des OMD, en crise, ou en post-conflit, ce sont des sujets prioritaires, peu abordés jusqu'ici par les politiques de coopération sanitaire française. Cette dimension du programme devrait néanmoins être amplifiée tout au long de la phase suivante du projet.

Il est par ailleurs à noter que l'ONU Femmes est en train de consolider un rapport d'études multi-pays sur les violences contre les femmes et la santé maternelle, produisant des données de base en 2013 dans plusieurs pays prioritaires de la coopération sanitaire de la France : RCA, Tchad, Guinée Conakry, Mali, Niger, Togo. Le rapport consolidé est actuellement discuté par le comité scientifique⁷⁷ du groupe de Muskoka, quant à sa diffusion et à son utilisation au niveau de l'Union Africaine. L'objectif est de décrire, de détecter, de secourir et de poursuivre en justice les responsables pour mettre fin à l'impunité dans ce domaine. L'ONU Femmes a de plus rejoint l'initiative « Health Harmonization for Africa » (HHA).

Concernant l'OMS, les interlocuteurs en charge de la santé maternelle et infantile rencontrés à Genève ont partagé leur très grande satisfaction relative aux **experts et aux travaux de la France** sur ces thématiques, tant à Genève que sur le terrain.

En synthèse, la **programmation conjointe** avec les autres agences permet d'inclure dans les plans nationaux concertés des agences des Nations Unies des éléments considérés comme « *importants pour que le reste marche* »⁷⁸.

⁷⁶ Notamment en termes de règles de reporting, de programmation conjointe

⁷⁷ Groupe d'experts réunis de façon ad hoc pour étudier la méthodologie et la validité des propositions de recherche opérationnelles dont le comité technique est commanditaire

⁷⁸ Citation recueillie lors de l'entretien avec le Conseiller technique du ministre de la Santé au Sénégal

6.2.2.2. Fonds Mondial

Une opacité des financements alloués au Fonds Mondial pour accélérer la réalisation des OMD 4 et 5 dans les 16 pays prioritaires du Fonds français Muskoka faute d'études et d'analyses de suivi

Du côté du Fonds mondial (FM), l'efficacité est complexe à appréhender, dans la mesure où la direction exécutive du Fonds mondial n'a pas reçu d'orientation claire à donner à la contribution française Muskoka Fonds mondial (« no direction »⁷⁹). Le suivi se résume en fait à apprécier de manière comptable et selon les critères de l'OCDE, « l'attributabilité » des financements du FM à des interventions en faveur des mères et des enfants, soit 46% de 60 M€ de financements annuels de la France au FM, soit 27 M€.

Malgré l'**absence de directive de la France** sur l'utilisation privilégiée attendue de cette contribution additionnelle, deux questions peuvent être soulevées afin de s'assurer que les réalisations du Fonds Mondial sont en ligne avec les engagements pris à Muskoka et concernent les pays prioritaires.

- **Première question** : Depuis 2011, **y-a-t-il eu une augmentation des financements** du Fonds mondial pour les trois maladies et les systèmes de santé notamment, **en faveur des pays prioritaires de la France** dans la région francophone d'Afrique ?

L'étude qui permettrait de répondre à cette question n'est **pas réalisée** au niveau du Secrétariat du Fonds mondial, et n'a pu l'être par la mission d'évaluation faute de temps pour exploiter des données présentées de manière très éclatées par le Secrétariat du FM utilisant en outre une nomenclature de classification de pays de la région ouest et centre africaine, différente de celle habituellement utilisée pour catégoriser les pays en Afrique de l'Ouest ou centrale. Il conviendrait donc de lancer une telle étude, de même que des travaux sur l'analyse de **l'équité de la répartition** des financements entre les pays d'Afrique (anglophones, francophones et lusophones). L'évaluation des contributions françaises au FM réalisée en 2013 présente des insuffisances notoires à cet égard du point de vue méthodologique. Les travaux devront se référer aux index de vulnérabilité tels qu'élaborés par la FERDI⁸⁰ pour l'allocation des financements en faveur des PMA.

- **Seconde question** : Depuis 2011, **les interventions « sida, paludisme, tuberculose et systèmes de santé » du Fonds mondial dans la région des pays prioritaires Muskoka, ont-elles bien bénéficié en priorité aux femmes et aux enfants, et notamment aux programmes de PTME** ?

Un élément de réponse à cette question réside dans la revue de **l'indicateur sur la couverture en PTME et son évolution** sur la période dans ces pays qui accusent le retard le plus important de toute l'Afrique.

⁷⁹ Citation recueillie lors de l'entretien avec le directeur du Fonds mondial Marc Dybul

⁸⁰ www.ferdi.org

Tableau 12 : Pourcentage de femmes bénéficiant de traitements antirétroviraux visant à prévenir la transmission du sida de la mère à l'enfant (PTME)

21 Global Plan countries in sub-Saharan Africa	2009	Low	High	2013	Low	High
Angola	23	16	34	39	28	58
Botswana	92	85	>95	>95	87	>95
Burundi	19	16	22	58	49	69
Cameroon	14	13	16	61	54	69
Chad	7	6	8	19	15	24
Côte d'Ivoire	40	35	45	75	64	88
Democratic Republic of the Congo (the)	4	3	5	33	27	41
Ethiopia	9	7	10	55	47	65
Ghana	24	18	33	62	44	86
Kenya	37	33	42	63	55	72
Lesotho	41	37	45	53	49	59
Malawi	17	16	19	79	71	88
Mozambique	36	31	40	84	71	>95
Namibia	51	42	62	90	73	>95
Nigeria	13	12	15	27	24	31
South Africa	63	59	69	90	83	>95
Swaziland	63	59	68	>95	>95	>95
Uganda	25	22	28	75	68	85
United Republic of Tanzania (the)	28	25	31	73	65	83
Zambia	47	43	52	76	68	84
Zimbabwe	9	8	10	78	70	87
PMTCT High Burden Countries	33	31	35	68	64	74

Source: UNAIDS, *The Gap Report*, 2014

Tableau 13 : Estimation du nombre de nouvelles infections au VIH chez les 0-14 ans

	2009	2013
Afrique subsaharienne	370 000	210 000
Afrique du Nord et Moyen Orient	2 400	2 300
Amérique Latine	2 500	1 800
Europe orientale et Asie mineure	< 1000	< 1000
Europe et Amérique du Nord	< 500	< 500

Source: UNAIDS, *The Gap Report*, 2014

Une nouvelle fois, l'étude n'est **pas réalisée** dans le cadre du programme Muskoka, pas plus que dans le cadre de l'appui plus global de la France au Fonds mondial. Sachant que le sida est la première cause de mortalité des jeunes femmes en âge de procréer en Afrique,

l'objectif aurait pu être formulé en tant que tel, comme un indicateur de renforcement des activités du Fonds mondial en faveur de la santé des femmes et des enfants.

En conclusion, seule une réponse à ces deux questions, qui ne semblent pas avoir été posées par les responsables en charge du suivi de ces programmes au MAE, ni par les experts français (sur le terrain ou à Genève) pourra fonder un jugement sur la contribution effective du Fonds mondial aux réalisations des interventions françaises Muskoka.

Efficacité de la contribution au Fonds mondial

De nos analyses, nous retenons les **constats** suivants concernant les risques du nouveau mécanisme de financement basé sur des dotations prédéfinies pour la période 2014-2016 :

- les directives, documents et outils de mobilisation des financements du FM au travers du nouveau mécanisme n'ont été que récemment disponibles en français sur le site du Fonds mondial, tout comme la « *online grant management platform* » avec tous les outils pédagogiques⁸¹ ;
- le financement des systèmes d'information sanitaire n'a pas bénéficié d'un soutien technique et financier suffisant (appui à la réalisation d'études antérieures à la « Concept Note », dispositif de suivi-évaluation...)

En conclusion, **un nouveau mécanisme de financement ne peut effacer à lui seul les obstacles** affectant la pertinence, l'efficacité, l'efficience et l'impact des financements du FM décrits lors d'études antérieures réalisées au cours des dix dernières années. Ces obstacles persistent dans la nouvelle configuration en l'absence de dispositions prises par les pays, par la communauté internationale, par les agences de l'ONU et par le Fonds Mondial pour y remédier. C'est notamment le cas dans les pays les plus en retard à réaliser les OMD de la santé. Les raisons de ce retard sont diverses : fiabilité ou manque de données épidémiologiques et des données de base pour le suivi évaluation, insuffisances stratégiques du TRP versus techniques, méconnaissance du côté des pays de leur épidémie, mais aussi des dynamiques et des évolutions par la communauté internationale, insuffisance de financement de la recherche, capacités institutionnelles techniques stratégiques, et managériales des bénéficiaires faibles, contextes évolutifs non pris en considération, etc.

Enfin, concernant les **conditions d'efficacité** des financements accordés via le Fonds mondial, deux préoccupations subsistent:

- **les collaborations entre les équipes de recherche sur le terrain, les autorités sanitaires et les dirigeants des programmes maladies devront être démultipliées** car elles sont plutôt modestes en termes d'aide à la décision, ce qui est observé depuis une vingtaine d'années.
- **les travaux sur les interrelations entre les conflits armés, les violences sexuelles et la propagation du sida en Afrique restent limités**, alors que la région présente le sex-ratio fille-garçon pour l'infection à VIH le plus élevé, la couverture PTME la plus basse, la mortalité maternelle et par avortement la plus élevée et la sécurité sanguine probablement la moins sûre.

⁸¹ <http://www.theglobalfund.org/fr/fundingmodel/support/grantmanagementplatform/>

6.2.2.3. GAVI

Via GAVI, des réalisations éclatées

Concernant les financements de l'Alliance GAVI, l'orientation donnée par la France était par contre claire au travers des composantes du FSP:

1. Accélérer la demande et l'utilisation de vaccins nouveaux et sous-utilisés dans les **pays pauvres prioritaires**, les **pays en crise** et les pays la **Corne de l'Afrique** définis par la France ;
2. **Suivre de façon effective** le projet en vue de l'amélioration des synergies au sein de l'Alliance et renforcer le soutien aux pays francophones et en crise, et notamment, identifier des domaines possibles de renforcement des complémentarités entre les études prévues par l'Agence de Médecine Préventive (AMP) et le travail stratégique de GAVI.

Sur ce second volet, bien que la convention existe, il ne semble pas que l'AMP ait bénéficié de financements spécifiques de GAVI ou d'une attention additionnelle aux relations de prestations habituelles. L'AMP dispose d'un contrat cadre (*general service agreement*) signé en septembre 2013, et participe, en tant qu'institution de recherche et représentant de la société civile, au "board" de GAVI. En outre, l'AMP réalise deux projets⁸² précis en cours d'exécution. Il apparaît toutefois que, selon nos informations, ces deux "contrats de services" réalisés par un sous-traitant agréé, ne sont, selon l'AMP, **en rien liés à Muskoka** (la totalité des fonds Muskoka a servi à acheter des vaccins de GSK).

Aussi, concernant les réalisations France-Muskoka-GAVI *stricto sensu*, il n'est pas possible de tirer une synthèse des réalisations techniques ou **financières par composante, par pays et par types d'interventions** pour ce FSP au vu des rapports et compte rendus mis à la disposition des évaluateurs. **L'affectation des fonds Muskoka dans GAVI apparaît davantage comme une répartition comptable a posteriori, plutôt qu'à un fléchage a priori.**

Néanmoins, l'introduction de nouveaux vaccins a été graduelle dans les pays d'Afrique francophone avec ce FSP. Les réalisations suivantes ont pu être observées :

- ▶ pour l'année 2011⁸³ :
 - o (i) composante 1 concernant les pays prioritaires : le Bénin (méningite A), la Guinée Conakry (pentavalent, pneumocoque prévue en 2012), et le Sénégal (pentavalent),
 - o (ii) composante 2, pour la Corne de l'Afrique, mise à disposition du pentavalent pour l'Ethiopie, le Kenya et la Somalie.
- ▶ pour l'année 2012⁸⁴ :

⁸² "Vaccine introduction and immunisation coverage improvement technical support" en Côte d'Ivoire, Guinée, Mauritanie, Centrafrique, Cameroun, d'un montant de 4,1 millions de dollars sur la période septembre 2013 – janvier 2015 ; "Impact of Pneumococcal conjugate vaccine (PCV) on Pneumococcal meningitis incidence in Burkina Faso" d'un montant de 3 millions d'euros sur la période février 2014 – décembre 2016.

⁸³ Voir rapport d'étape GAVI Alliance couvrant la période du 1^{er} décembre 2011 au 30 avril 2012 (FSP GAVI N° 2012 -27), soumis le 29 avril 2013

⁸⁴ Détails dans le compte-rendu du comité de pilotage « FSP GAVI Muskoka » du 6 mai 2013

- o composante 1 des pays prioritaires, le Burkina Faso (640 000 doses mises à disposition, 927K€ engagés) et la RDC (2,6 M doses de vaccin pentavalent pour 1,7M€ engagés)
- o composante 2 des pays en crise et Corne de l'Afrique, Somalie (580 000 doses de vaccin pentavalent pour 2M€ engagés) et Kenya (1,4M de doses de vaccin pentavalent pour 838K€ engagés).

Efficacité de la contribution à l'Alliance GAVI

Les pays prioritaires de GAVI sont aussi ceux qui sont prioritaires pour la France. De ce point de vue, il y a une convergence des priorités, à l'exception du cas du Sénégal programmé pour sortir de l'éligibilité aux financements de GAVI dans les mois à venir⁸⁵. Dans la première année du projet France Muskoka GAVI, ce sont le Bénin et le Burkina Faso qui sont servis en premier. La chronologie des achats dans le cadre de ce projet aurait dû prioriser les pays en crise, RDC, Mali et Côte d'Ivoire, puis les autres. En conclusion, concernant les réalisations du FSP en faveur de GAVI, les financements ont permis l'achat de vaccins sans que nous puissions en déduire, pays par pays, si la couverture vaccinale s'est effectivement améliorée pour protéger les enfants de la méningite A et des maladies prévenues par le vaccin pentavalent. Il n'est donc pas possible de dire si l'appui a été efficace en termes d'amélioration de la santé infantile.

Ainsi, les **conditions d'efficacité** identifiées sont :

- un **meilleur suivi des indicateurs de couverture vaccinale** sur les pays inclus dans le périmètre de l'initiative Muskoka,
- un **meilleur reporting, quantitatif et qualitatif, concernant l'utilisation des vaccins** financés par le FSP GAVI,
- l'établissement d'un **modèle économique pérenne**, en partenariat avec les parties nationales, permettant d'assurer la pérennité de l'efficacité des actions financées par GAVI (y compris en cas de sortie d'un pays de l'éligibilité GAVI).

6.2.2.4. AKDN

Un niveau inévitablement faible des réalisations via l'AKDN dans un contexte pays particulièrement difficile

Les activités programmées dans le cadre de l'appui de la France à l'AKDN ne sont pas nouvelles pour l'association, habituée aussi à travailler sur ces thématiques et dans la région de l'Asie centrale. Un problème d'envergure est lié à l'insécurité qui règne dans la région avec enlèvements et assassinats de personnels, et réticences à travailler avec des équipes assimilées à l'Occident. En raison de cette insécurité, il devient très difficile de « recruter des personnels expatriés compétents sur une longue durée » dit le directeur du projet AKDN.

Les effets attendus de la contribution Muskoka à l'AKDN sont difficiles à estimer, étant donné que les interventions de l'AKDN préexistaient, et que les éléments de projet s'intéressent surtout aux **composantes préventives** de la santé maternelle et infantile dans un contexte où les services de référence obstétricale et chirurgicale sont éloignés (Faizabad et Bamyan) et les systèmes de santé de la région du Badarchan afghan renforcés par ailleurs par un

⁸⁵ Voir rapport pays Sénégal en annexe

autre projet de l'AFD. En effet il s'agit surtout d'améliorer le niveau d'utilisation des consultations prénatales, l'état nutritionnel des mères et des enfants, la formation de sages-femmes locales, les capacités institutionnelles de supervision, et de suivi par les équipes de district, etc.

Sur la base du suivi communiqué, pour l'essentiel de nature qualitatif, et sur une période d'activités d'environ un an, il n'est pas facile d'objectiver la contribution additionnelle du projet financé par le MAEDI dans cette région, en termes de résultats sanitaires. La période d'observation est d'autant plus courte que le projet a commencé récemment et que les conditions hivernales en ont suspendu la réalisation environ 6 mois de l'année. Relevons tout de même que sur la période 2012-2013 et selon le directeur du projet, le nombre de décès maternels enregistrés dans les structures de santé aurait diminué.

Le projet en appui à la région frontalière commence à porter ses fruits, quoique lentement, du fait des conditions politiques, géographiques, climatiques et culturelles, qui ont ralenti la mise en œuvre opérationnelle des financements et des activités. En dehors du **nombre de décès de femmes enceintes (réduction de 50%** sur un tout petit nombre entre 2 années), nous n'avons **pas d'indicateurs** de suivi de l'efficacité des programmes sur place, ni de données d'utilisation de services de santé de la reproduction ou de santé maternelle et infantile, rapportées aux bassins de populations des centres de santé par exemple, répartis selon une carte sanitaire détaillée de la région du projet. Le cadre de suivi de l'efficacité des programmes de l'AKDN dans la région ne semble pas élaboré, même si les rapports d'activités sont de qualité, détaillés et rendus dans les temps. La situation se prête volontiers à des analyses plus qualitatives que quantitatives. Il serait néanmoins intéressant de suivre des indicateurs plus classiques de suivi et évaluation des programmes dans cette région. Un système national d'information, des enquêtes et des focus groups sont évoqués par l'AKDN pour suivre ses réalisations.

Efficacité de la contribution du Fonds français Muskoka à AKDN

Au regard du contexte afghan et des réalisations, il est sans surprise d'observer que le programme est particulièrement faible sur la dimension de l'initiative Muskoka relative aux droits des femmes et à la santé sexuelle et reproductive, même si des actions de sensibilisation et de communication sont conduites par les équipes locales pour informer les femmes, augmenter l'utilisation de la contraception, et améliorer la référence obstétricale. En effet, le contexte rend difficile la déclaration et la notification des violences sexuelles, ou de toutes formes de violences et d'abus perpétrés à l'encontre des jeunes filles et des femmes de la région. La formation des sages-femmes est soutenue par un autre programme de l'AFD du côté afghan dans le Badarchan. Dans la situation que connaissent les filles et les femmes de cette région, toute intervention additionnelle, même lente, est bienvenue.

En conclusion, nous pouvons en apprécier toute la dimension qualitative et rester convaincus **que ce type d'interventions dans ce type de régions est en soi un facteur de progrès** de l'accès des femmes à la santé sexuelle et reproductive, à une meilleure santé maternelle, ou à celle de leurs enfants, qui sera, à ce stade, avant tout déterminée par le niveau d'instruction et de nutrition des mères, avant même toute intervention directe sur les enfants.

7. Dispositif institutionnel et modalités de mise en œuvre

QE5. Dans quelle mesure le dispositif institutionnel et les modalités de mise en œuvre (à Paris et sur le terrain) permettent-ils une réalisation efficace des projets ?

Cadre méthodologique :

Cette question évaluative vise à porter un jugement sur la gouvernance du dispositif « Muskoka ». Elle concerne la réalité des synergies entre les nombreux acteurs français au niveau central, au niveau régional (projets régionaux « multipays » de l'AFD, projets des organisations multilatérales) et au niveau local. Au niveau central (à Paris), il s'agit d'analyser la gouvernance (processus, comitologie, etc.) mise en place pour coordonner les deux principaux intervenants (MAEDI et AFD). Sur le terrain, les capacités d'intervention de la France sur les sujets de la coopération sanitaire sont multiples, au bénéfice d'une présence très diversifiée (conseillers régionaux de coopération en santé du MAE, AFD, mais aussi les organisations non-gouvernementales, les collectivités locales, les hôpitaux, les universités, les centres de recherche, les instituts de formation, etc.). Enfin, les missions de terrain ont permis d'apprécier les efforts consentis pour développer les synergies de manière à tirer le meilleur parti des compétences disponibles.

Principaux constats :

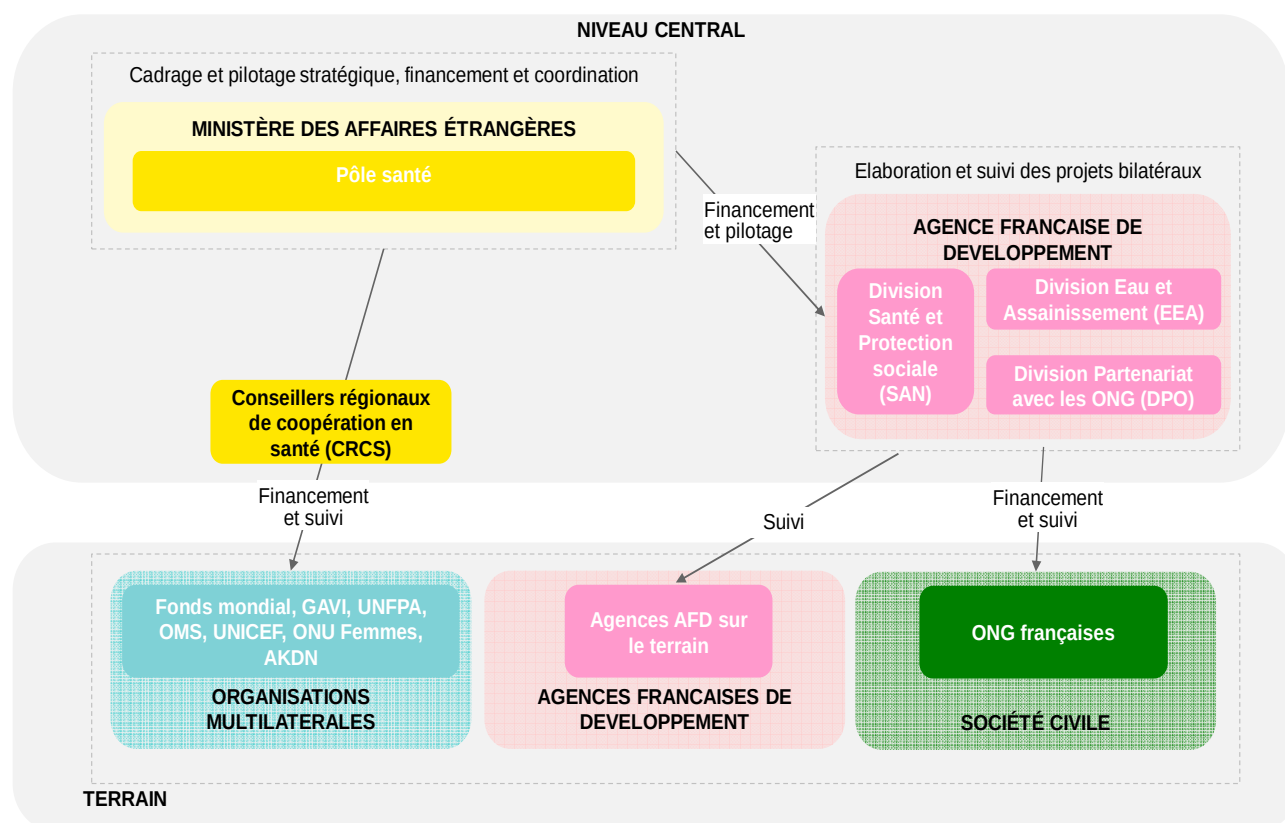
- ▶ L'organisation institutionnelle du programme Muskoka français est principalement fondée sur les schémas historiques préexistants de la coopération sanitaire française. A cet égard, la coordination interne entre les acteurs français est confrontée aux difficultés liées à la fragmentation du dispositif institutionnel de la coopération au développement de la France
- ▶ Au niveau régional, le rapprochement des acteurs français et des partenaires Muskoka commence à porter ses fruits en termes de coordination entre agences et de programmation commune, et doit être absolument poursuivi. Il faut souligner que le FSP Muskoka a permis d'initier un travail conjoint autour de la SRMNI entre des agences, notamment onusiennes, qui n'avaient pas l'habitude de travailler ensemble. L'articulation est plus ou moins marquée sur le terrain en fonction des relations développées entre les différents acteurs et intervenants (AFD, agences onusiennes, etc.).
- ▶ Il apparaît que le volet consolidé de « Suivi-Evaluation » a jusqu'à ce stade manqué dans le pilotage des interventions françaises Muskoka, avec un nombre de ressources mises à dispositions relativement limité. Le renforcement récent de la cellule régionale « Suivi – Evaluation » vient cependant consolider ce volet⁸⁶.

⁸⁶ Ce volet correspond également à la composante n°3 du FSP.

7.1. Un dispositif au niveau central non spécifique à l'initiative Muskoka

Compte tenu du calendrier de décision des contributions de la France en faveur des engagements pris à Muskoka en 2010, le montage institutionnel, administratif et financier de l'engagement a été calqué sur le **dispositif institutionnel de la politique de coopération au développement, et notamment celui de la coopération sanitaire française, avec, comme principale ligne de partage, la mise en place des actions bilatérales confiée à l'AFD et celle du financement des organisations multilatérales géré par le MAE.**

Figure 3 : Le dispositif institutionnel



Le pilotage des interventions Muskoka est assuré par le **Pôle Santé** de la sous-direction de la santé, de la sécurité alimentaire et du développement humain (SAH) du MAEDI dans le cadre de ses responsabilités par rapport à l'ensemble de l'aide française en matière de santé. L'AFD pilote les interventions directement financées par l'agence sur subventions.

Aucune **structure centrale commune** n'a été créée pour institutionnaliser le dialogue entre les différents acteurs impliqués dans les interventions Muskoka, et notamment entre le MAEDI et l'AFD à Paris. La programmation et le suivi s'effectuent à travers différents dispositifs institutionnels.

Un dispositif de pilotage spécifique a été créé uniquement dans le cadre du FSP Muskoka avec les quatre agences des Nations unies pour faciliter la coordination et la synergie des interventions réalisées sur le terrain par les agences de l'ONU dans les pays prioritaires de

l'Initiative France Muskoka (voir l'encadré ci-dessous) et dans le cadre de la contribution complémentaire au GAVI (financée également sur les fonds FSP).

Encadré 19 : Dispositif de pilotage du FSP Muskoka avec les quatre agences des Nations unies

Le MAEDI a chargé le Bureau régional de l'UNICEF pour l'Afrique de l'Ouest et centrale, de coordonner et gérer ce suivi-évaluation avec un financement spécifique de 1 million euros par an. Le suivi est assuré par 2 organes de niveau global (Comité de Pilotage et Comité Technique) et, pour chaque pays, le comité national le plus approprié (HHA, H4+, UNCT, comité inter-agences, coordination des partenaires, etc.).

- ▶ **Le comité de pilotage** est présidé par le représentant du MAE. Il se réunit chaque année ou deux fois par an si besoin. Ses membres sont les représentants désignés du MAEDI et les représentants désignés de l'UNFPA (Division Technique et Bureau Régional Afrique), d'ONU Femmes, de l'Unicef (BRAOC) et de l'OMS (HQ & AFRO), les représentants des Bureaux des agences des pays ciblés par le projet, les représentants des partenaires avec lesquels les agences auront signé des lettres d'entente pour la mise en œuvre des FSP. Les réunions du Comité de Pilotage sont l'occasion de :
 - faire le point sur l'état d'avancement du projet FSP/ONU (suivi des activités, et des résultats sur la base des indicateurs identifiés)
 - définir la vision et les priorités à moyen terme du projet
 - assurer que la coordination entre les agences et les pays est efficace
 - proposer, le cas échéant, des adaptations.
- ▶ **Le comité technique** regroupe les représentants techniques de chaque agence, du Pôle santé du MAE, ainsi que deux conseillers régionaux santé (basés respectivement à Cotonou et Dakar). Le comité se réunit de manière générale trois fois par an. Ses principales responsabilités comprennent entre autres :
 - L'élaboration et le suivi du Plan d'action commun annuel
 - Le suivi des activités au niveau des pays
 - La facilitation des échanges entre les pays (partage d'expérience, etc.)
 - La revue et commentaires des rapports techniques et financiers annuels consolidés par le secrétariat du projet (Unicef) et auxquels les 4 agences auront contribué.
 - La sélection des projets de recherche opérationnelle proposés par les 4 agences et suivant des critères à déterminer
- ▶ Le bureau d'études CREDES a été mandaté pour mettre en place le dispositif de suivi évaluation de ce programme en se concentrant sur les interventions à haut impact et en définissant des indicateurs de suivi des programmes Muskoka dans les pays. Le travail de finalisation de ces indicateurs est en cours avec le bureau CREDES.
- ▶ Par ailleurs, le suivi est assuré à travers l'organisation des réunions sectorielles ou thématiques, et des missions conjointes (Nations unies, France et pays partenaires).
- ▶ Ce dispositif de pilotage a permis d'obtenir les résultats suivants :
 - Production avec le CREDES et le Centre Muraz, d'une « grille de lecture » (avec indicateurs par IHI de SMNI...);
 - Etudes « baseline » annuelles, pays par pays (*Analyse du rapport de la situation*

initiale de la santé maternelle néonatale et infantile (SMNI) dans le cadre du FFM)

Source : Note « Dispositif de suivi du FSP Muskoka », MAE.

Il est à noter que jusqu'à une date récente, il y avait peu de coordination entre l'AFD et le MAE, entre ceux-ci et le Ministère de la santé en France, et entre les GIP de coopération, ainsi que par ailleurs entre Paris et les institutions à Genève, que ce soit les agences de l'ONU ou les partenariats publics privés mondiaux.

De même, à l'échelle des pays, les synergies entre les agences locales de l'AFD et les SCAC, tout comme la coordination de ces acteurs français vis-à-vis des agences onusiennes, apparaissait limitées. Ceci a changé avec le renouvellement des acteurs au MAEDI et à l'AFD, et des efforts nouveaux pour mieux coordonner le dispositif, avec la mise en place de comités techniques nationaux, l'implication des Conseillers Régionaux de Coopération en Santé (CRCS), ou celle des conseillers techniques (Sénégal) pour coordonner le travail entre les agences de l'ONU par exemple, et les faire travailler ensemble et intégrer les supervisions à l'échelle nationale.

En conclusion le montage institutionnel du projet Muskoka s'est contenté de suivre l'organisation institutionnelle préexistante du dispositif de coopération sanitaire française, analysé par ailleurs par des évaluations indépendantes⁸⁷. L'évaluation des contributions de la France en faveur de l'initiative du G8 à Muskoka corrobore certains constats, relatifs notamment à l'éclatement de la coopération sanitaire et à son insuffisante lisibilité et redevabilité.

7.2. Au niveau décentralisé, un dispositif de gouvernance en consolidation

7.2.1. Une coordination régionale qui se structure

Les dispositifs de coordination régionale inter-agences préexistaient au projet français Muskoka (« One UN » et le cadre UNDAF : United Nations Development Assistance Framework) mais de l'avis de tous les acteurs rencontrés, ont bel et bien été **renforcés** par les exigences de suivi et coordination des interventions associées aux financements additionnels apportés par la France. Selon l'UNICEF régional à Dakar, le mécanisme Harmonization for Health in Africa (HHA) n'atteint pas ce niveau de coordination technique. Le fonctionnement par exemple des échanges dans le cadre des Communautés de pratiques financées par le Fonds français Muskoka sur différents thèmes (financement de la santé, etc.) constitue un des atouts du projet.

La valeur ajoutée du Fonds français Muskoka est d'avoir structuré ce suivi et renforcé les capacités des agences de l'ONU à planifier et suivre des interventions à haut impact, au travers de l'appui :

- ▶ des Conseillers Régionaux de Coopération en Santé (CRCS) basés à Dakar et Cotonou,

⁸⁷ Rapports HCCI 2002, Morange 2005, Kourilsky 2006, Gentilini 2006, Manton, 2012, Kerouedan 2010, ACODESS-Fonds Mondial 2013, Kerouedan, 2014, Cour des Comptes Fonds mondial, 2014

- ▶ d'une expertise française et internationale mobilisée à cet effet⁸⁸,
- ▶ de l'appui du CREDES-Muraz⁸⁹,
- ▶ du recrutement d'une personne coordonnatrice du suivi évaluation des programmes multilatéraux basée à Dakar (localisée dans le bureau régional de l'UNICEF).

En conclusion sur le volet régional de l'appui français Muskoka, un travail très volumineux a été réalisé pour contribuer au renforcement des capacités de coordination des agences de l'ONU et de leurs appuis techniques aux pays en vue d'améliorer l'analyse de situation, la planification et le suivi évaluation des interventions à haut impact de réduction de la mortalité maternelle néonatale et infantile.

Des outils ont été développés avec une expertise française reconnue compétente, tant au sein des agences que par les conseillers régionaux de la santé (MAE) ou les experts⁹⁰ français détachés à l'OMS et au FNUAP à Genève. Des comités techniques de suivi et le comité de pilotage ont été mis en place pour améliorer la performance du dispositif, avec un suivi fréquent par Paris⁹¹. Cependant, l'ensemble de l'appui régional et pays continue de manquer de synergies avec le volet bilatéral de l'aide française (MAEDI et AFD) dont les intervenants pourraient être davantage associés et bénéficier des outils (par exemple, le conseiller ETI français du ministre de la santé du Sénégal). La coordination régionale pourrait associer aussi le bureau régional de l'Onusida à Dakar (qui dispose d'un ETI⁹² français), les acteurs du programme GAVI et la présidence du CCM au Sénégal, pour s'assurer de la synergie de l'ensemble des contributions françaises à Muskoka et de la coopération sanitaire plus globalement.

7.2.2. De fortes attentes au niveau des acteurs dans les pays partenaires

Lors des missions terrain, le sujet de l'expertise technique en appui aux pays et à l'efficacité des financements français a été soulevé à plusieurs reprises. Cet accompagnement et le dialogue politique qu'il permet est perçu par les acteurs français du terrain comme contribuant à une meilleure efficacité des financements octroyés par la France au Fonds mondial, à l'Alliance GAVI et aux mécanismes de financements innovants. La visibilité pour la France de son appui à UNITAID par exemple est pour l'instant sans aucun retour de terrain.

Les équipes émettent l'hypothèse que l'Initiative 5% de France expertise internationale contribue à une meilleure efficacité du Fonds mondial en appui aux pays francophones d'Afrique, en même temps que d'attirer l'attention des *Fund portfolio managers* du Fonds mondial (chargés pays) sur la nécessité de travailler avec les partenaires français sur le terrain (seule une évaluation de l'Initiative 5% pourrait cependant établir objectivement ce constat). En privilégiant un dialogue politique avec les autorités nationales et avec les partenaires internationaux, le nouveau mécanisme de financement du Fonds mondial pourrait constituer une opportunité de collaborations plus soutenues avec les représentants

⁸⁸ Pour le FNUAP, Michel Brun en Haïti, pour l'OMS Gilles Landrison à Genève, pour l'ONU Femmes, Hortense Gbaguidi à Dakar, Jean Servais pour les Communautés de pratiques et HHA, Eva Verwilt à l'UNICEF régional (Dakar) qui assure la coordination du suivi évaluation

⁸⁹ Assistance technique auprès des autorités nationales et soutien au pilotage (analyse des rapports pays...)

⁹⁰ Gilles Landrison et Luc de Bernis

⁹¹ Mathilde de Calan

⁹² JM Milleliri

de la coopération française, y compris les universitaires et les chercheurs qui pourraient être mieux associés aux appels d'offres et à la mobilisation par FEI de l'expertise française.

7.3. Un dispositif institutionnel lacunaire en termes de disponibilité des données de suivi préparant à l'évaluation

Afin de mesurer l'efficacité des premières interventions, que ce soit par le canal bilatéral ou multilatéral, l'équipe manque de données techniques et financières récapitulées et centralisées pour l'ensemble des interventions financées dans le cadre de l'initiative Muskoka (en plus du suivi-évaluation effectué par les opérateurs). Une mission d'évaluation devrait pouvoir disposer de données consolidées du suivi des programmes tout au long.

Or, il ne semble pas exister de dispositif de suivi (monitoring) centralisé pour l'ensemble des interventions Muskoka.

Les projets Muskoka de l'AFD sont suivis dans le cadre du système plus global Muskoka, avec des tableaux de bord spécifiques pour assurer la redevabilité comptable au G8. Les projets de l'AFD font, en outre, l'objet d'un suivi financier et opérationnel. En ce qui concerne **le volet multilatéral**, parmi les documents communiqués par le MAE, pour chacun des volets institutionnels et des composantes FSP des programmes, il n'y a pas de récapitulatif de l'exécution technique et financière des interventions, ou des réalisations, y compris des achats.

Les données sont éparses et hétérogènes, comme l'illustre le tableau ci-après.

Tableau 14 : Les données de suivi disponibles pour les différentes composantes du volet multilatéral Muskoka

	Budget / enveloppe prévue	Engagements	Décaissements	Ventilation par thématique	Ventilation par pays
OMS	x	x	x	x	x
UNICEF	x	x	x	x	x
UNFPA	x	x	x	x	x
ONU Femmes	x	x	x	x	x
GAVI	x	x	o	o	o
Fonds Mondial	x	o	o	o	o
AKDN	(Y1=07- 2012 :03-2013; Y2= 09-2013-08- 2014)	(Y1 uniquement)	o	x	x

Légende : (x) information disponible dans la collecte documentaire ; (o) information non disponible

Source : EY sur la base des documents transmis par le MAE

Pour GAVI par exemple, les comptes rendus et les rapports d'étapes traitent davantage des objectifs, des enjeux très généraux aux questions de vaccination et de fonctionnement des programmes nationaux avec l'appui de GAVI, plutôt que de réalisations ou de discussions spécifiques sur les dimensions du projet français. Les données initiales de couverture ne sont pas disponibles dans les documents fournis, qui auraient pu contribuer à marquer les étapes d'efficacité du programme français.

Ces données ne permettent pas de mesurer l'évolution dans le temps de certains indicateurs qui auraient dû être élaborés dès le lancement des projets et mesurés en continu, tels que :

- les taux de couverture vaccinale pour les vaccins achetés par le FSP GAVI, sur les années du projet,
- les taux d'accès aux services de dépistage, de PTME et d'accès aux ARV dans les pays d'Afrique prioritaires de l'aide française bénéficiant des financements du Fonds mondial,
- la consolidation des données sur l'avancement de la réalisation des projets bilatéraux, etc.

Il en découle que l'efficacité des programmes est difficile à objectiver et les progrès difficiles à mesurer dans le cadre de l'évaluation. Ces dimensions de suivi des programmes sont indispensables pour les analyses, les conclusions et les recommandations. Elles peuvent difficilement être générées ex-post dans le cadre d'une mission d'évaluation telle que celle qui donne lieu à ce rapport.

Cette observation pose toutefois le constat plus général de l'absence d'un **système de suivi évaluation des interventions de la coopération française consolidé** (MAEDI et l'AFD). Il semble ne pas exister de dispositif de suivi respectant les normes internationales de mesure de performance (*monitoring*) même si quelques réunions de suivi opérationnel ont bien lieu. Enfin, le renforcement des partenariats avec les acteurs de la recherche académique pourrait faciliter la structuration du volet Suivi-Evaluation.

L'évaluation finale bénéficiera certainement des fruits du travail de qualité⁹³ produit par la **structure de Suivi-Evaluation mise en place à Dakar**⁹⁴ au niveau régional des programmes du Fonds français Muskoka, pour le suivi des interventions multilatérales onusiennes (élaboration de plans nationaux et de grilles de suivi évaluation).

⁹³ Notamment la production, avec l'appui du CREDES et le Centre Muraz, d'une « grille de lecture » équivalente à un cadre de suivi évaluation avec la production d'indicateurs par intervention à haut impact de santé de la reproduction et réduction de la mortalité maternelle et infantile.

⁹⁴ Voir le rapport Sénégal pour plus détail (pp. 14, 19)

8. Impact et durabilité

8.1. Impacts pour les pays partenaires et durabilité

QE6 (Impacts pour les pays partenaires et durabilité). Les interventions françaises Muskoka sont-elles susceptibles d'accélérer l'atteinte des OMD 4 et 5 ? Les effets observés sont-ils susceptibles de se poursuivre à l'issue de l'appui ?

Cadre méthodologique :

Cette question évaluative vise à apprécier :

- ▶ l'impact des interventions françaises sur l'accélération de l'atteinte des OMD 4 et 5 ;
- ▶ la pérennité des interventions soutenues par la France.

Principaux constats :

- ▶ Le niveau de réalisation des interventions Muskoka en 2014 en est à ses débuts (AFD) ou entrant dans sa phase de vitesse de croisière (ONU) et n'a pas pu donner des impacts mesurables à ce stade. Au-delà de la question du calendrier, toute analyse visant à « attribuer » aux interventions d'un seul bailleur ou de telle ou telle institution, plutôt qu'à des évolutions d'ensemble des politiques et financements, les impacts sur la mortalité maternelle et infantile se heurte à des difficultés méthodologiques majeures.
- ▶ Toutefois, certains impacts moins « mesurables » des engagements financiers pris à Muskoka par la France et par les autres partenaires peuvent être mis en avant, et notamment une priorisation très nette des OMD 4 et 5 dans les stratégies de développement et de réduction de la pauvreté et dans les politiques de développement sanitaire nationales.
- ▶ En revanche, l'initiative Muskoka ne semble pas avoir eu d'effet catalyseur sur les financements nationaux disponibles pour soutenir la SRMNI ce qui questionne la pérennité des résultats au-delà de la période d'appui par les PTF. En effet, le subventionnement des activités de la SMNRI dans des pays qui ne soutiennent pas suffisamment leurs systèmes de santé demeure très difficile.
- ▶ La pérennité des interventions françaises Muskoka, tant dans sa dimension bilatérale que multilatérale, est fragilisée par les différents aspects structurels observés dans les pays visités (ex. une appropriation nationale insuffisante des stratégies fondées sur la connaissance des situations en temps réel et des dynamiques épidémiques et associées aux maladies chroniques anticipées), qui devront retenir toute l'attention des acteurs bilatéraux et multilatéraux de l'aide française mettant en œuvre les Fonds français Muskoka.

8.1.1. Une attribution difficile des impacts des interventions françaises sur les progrès vers l'atteinte des OMD 4 et 5

Si l'on considère l'échéance fixée en 2015, les interventions françaises Muskoka ne semblent pas susceptibles en soi d'accélérer l'atteinte des OMD 4 et 5. Le niveau de

réalisation des interventions Muskoka en 2014 en est à ses débuts (AFD) ou entrant dans sa phase de vitesse de croisière (ONU) et n'a pas pu donner des impacts mesurables à ce stade. Cette limite est cependant tributaire de la façon dont les engagements Muskoka ont été définis dans le cadre du G8 sans forcément prendre en compte la réalité des contraintes de terrain.

Au-delà de la question du calendrier, toute analyse visant à « attribuer » aux interventions d'un seul bailleur ou de telle ou telle institution, plutôt qu'à des évolutions d'ensemble des politiques et financements, les impacts sur la mortalité maternelle et infantile se heurte à des limites méthodologiques, et ceci d'autant plus que dans certains pays (ex. RDC), le financement français Muskoka reste faible à l'échelle des besoins du pays et parfois par rapport aux interventions des autres bailleurs.

Toutefois, les entretiens et les analyses menées dans le cadre de l'évaluation permettent de mettre en avant certains impacts moins « quantitativement mesurables » des engagements financiers pris à Muskoka par la France et par les autres partenaires et qui peuvent avoir des effets structurants à long terme.

8.1.2. Au-delà d'une nouvelle opportunité de financement, l'appui de la France a permis de consolider la dynamique en faveur de la santé maternelle et infantile

Dans tous les pays visités lors des missions de terrain, les engagements financiers pris à Muskoka par la France et par les autres partenaires ont conduit à une priorisation beaucoup plus nette des OMD 4 et 5 dans les stratégies nationales de développement et de réduction de la pauvreté et dans les politiques de développement sanitaire.

- ▶ Dans un petit pays comme le Togo qui bénéficie d'une présence limitée des bailleurs internationaux, les financements du FFM semblent avoir eu un réel « effet » catalyseur sur la mise en avant de la priorité SRMNI. La thématique a été remise au premier rang des priorités du pays comme en témoignent les avancées (encore timides néanmoins) des autorités togolaises : alors que la SCAPE (axe 3 dédié au développement du capital humain) identifie bien la réduction de la MNI comme un défi majeur du pays, les autorités du pays ont lancé la CARMMA et ont mis en place la subvention de la césarienne, axe important du PNDS 2012-2015 pour améliorer l'accessibilité du paquet d'intervention obstétricales et néonatales à haut impact. Les bailleurs de fonds mettent davantage de moyens relativement aux autres secteurs de coopération, et la santé de la reproduction entre désormais dans l'agenda de certains partenaires (Etats-Unis). L'effet de levier de Muskoka est bien perçu dans les différentes réunions telles que l'atelier de mai 2014 où les ambassadeurs de France et des Etats-Unis étaient présents lors du lancement du plan de repositionnement du PF ; « Muskoka » semble avoir créé une « émulation » visible, connue et reconnue de tous les acteurs, qui favorise une prise de conscience de l'Etat togolais, bien qu'elle ne se soit pas encore concrétisée par des ressources budgétaires supplémentaires.
- ▶ En RDC, cette mobilisation se manifeste surtout au niveau de l'élaboration des stratégies sectorielles et des cadres d'accélération des résultats. A la suite du forum de haut niveau *Appel à l'Action pour la survie de l'enfant* organisé par les gouvernements de l'Ethiopie, de l'Inde et des Etats-Unis, en collaboration avec l'UNICEF en 2012, le Ministre congolais de la santé a signé un arrêté pour instituer « un cadre d'accélération des OMD en retard » et les domaines prioritaires pour cette accélération ont été identifiés.
- ▶ Au Sénégal, les interventions françaises Muskoka ont été assimilées au « retour de l'aide bilatérale française », ainsi qu'à un nouvel élan de mobilisation des autres bailleurs puisque les organisations régionales de l'ONU, dont les sièges sont à Dakar, ont été

invitées par le comité de pilotage à se coordonner davantage et à communiquer sur les interventions techniques mises à disposition des pays de la région en faveur de la SMNRI.

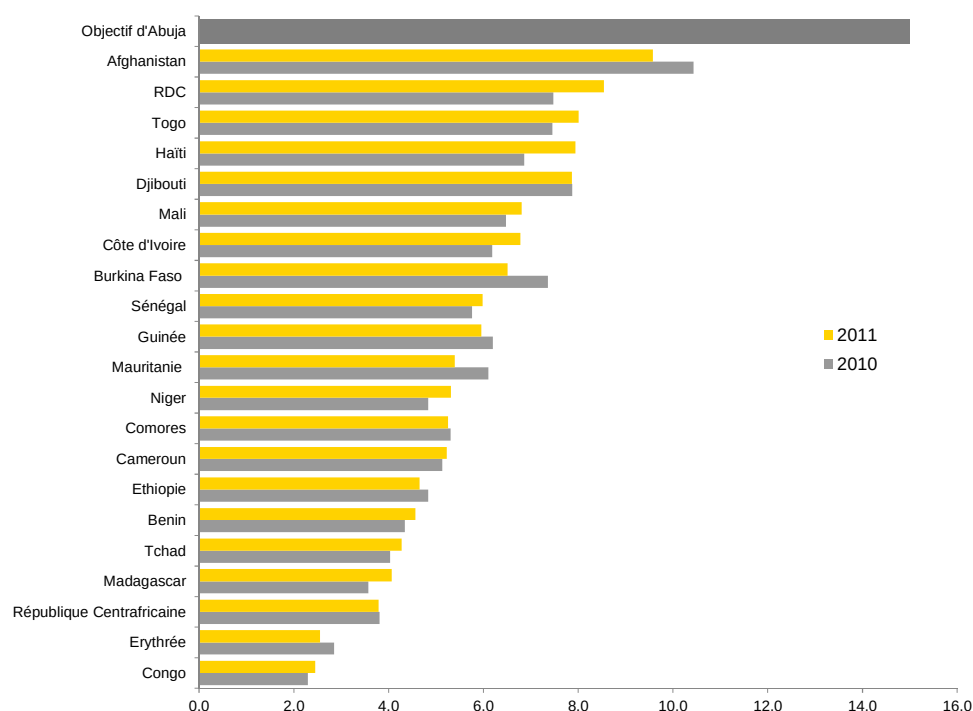
Dans la majorité des autres pays cibles des interventions françaises Muskoka, une dynamique similaire de priorisation de la SRMNI peut être constatée dans les orientations stratégiques définies après 2010 (PDS 2011-2015 au Niger, Plan Décennal de Développement Sanitaire, 2013-2022 au Mali, PNDS 2012-2015 en Côte d'Ivoire...)

8.1.3. ...mais un impact limité sur les budgets affectés à la santé et sur la prise de mesures concrètes au niveau des gouvernements

En revanche, l'initiative Muskoka ne semble pas, pour l'instant, avoir eu d'effet catalyseur sur les financements nationaux disponibles pour soutenir la SRMNI ce qui questionne la pérennité des résultats au-delà de la période d'appui par les PTF. En effet, le subventionnement des activités de la SRMNI dans des pays qui ne soutiennent pas suffisamment leurs systèmes de santé paraît très difficile.

Or, les dépenses de santé des pays partenaires soutenus sont globalement faibles, souvent largement dévolues au paiement des salaires et largement inférieures aux engagements des chefs d'Etat à Abuja (voir l'encadré ci-dessous). Entre 2010 et 2011, l'évolution de la part des dépenses de santé a été hétérogène selon les pays (la moitié en augmentation, l'autre moitié en diminution ou stagnation).

Graphique 11 : Pourcentage du PIB affecté aux dépenses de santé dans les pays partenaires (2010-2011)



Source : statistiques OCDE

Les débats actuels au sein de la communauté internationale sur l'efficacité de l'aide, et notamment sur **les effets pervers de l'aide**⁹⁵ (notamment les effets de substitution plutôt que multiplicateur sur l'investissement public et privé national et local) soulignent le danger que « les flux d'aide massifs sont susceptibles de diminuer la redevabilité des gouvernements et des élites locales devant les populations et les instances représentatives » et de les inciter à « se contenter de rendre les donateurs heureux et prêts à renouveler leurs financements »⁹⁶.

Encadré 20 : Les efforts des pays bénéficiaires en faveur de la santé maternelle et infantile

Les Chefs d'Etats des pays en développement ont maintes fois **inscrit la question de la promotion de la santé et particulièrement du renforcement des systèmes de santé dans l'agenda de leurs sommets**, pour souligner combien la santé est un facteur de développement qui mérite d'être élevée à un haut rang de priorité. Ils ont adopté, pour prendre des résolutions qui les engagent à agir concrètement en termes de gouvernance et de leadership, mais surtout à travers des efforts financiers conséquents.

A cet égard, il faut rappeler **la déclaration d'Abuja en 2001 au Nigéria** dans laquelle les Chefs d'Etats s'engagent à consacrer à la santé, au moins 15% des budgets nationaux de leurs pays respectifs, engagement renouvelé à Gaborone au Botswana en 2005 puis à Ouagadougou au Burkina Faso en 2006. Relevons que seuls 4 ou 5 pays, selon les années, ont effectivement atteint cet objectif depuis 13 ans après la Déclaration.

Par ailleurs, **la structure du financement de la santé** dans les pays soutenus par la France dans le cadre de l'initiative Muskoka renforce ce questionnement. Ainsi, le financement de la santé dans ces pays est tributaire d'une part des paiements directs au point de consommation des soins par les **ménages** dont la très grande majorité vivent en dessous du seuil de pauvreté et d'autre part du **financement international**.

La **pérennité des interventions de l'Alliance GAVI** (les vaccinations) est en cela illustrative. La mission au Sénégal et les analyses recueillies confirment que le pays ne sait pas, 10 ans après l'introduction du vaccin pentavalent, comment il va financer les achats futurs (après le retrait des financements du GAVI), dans un contexte de croissance démographique spectaculaire, ce que ni les autorités sanitaires nationales ou le ministère des finances, ni les partenaires français n'ont anticipé.

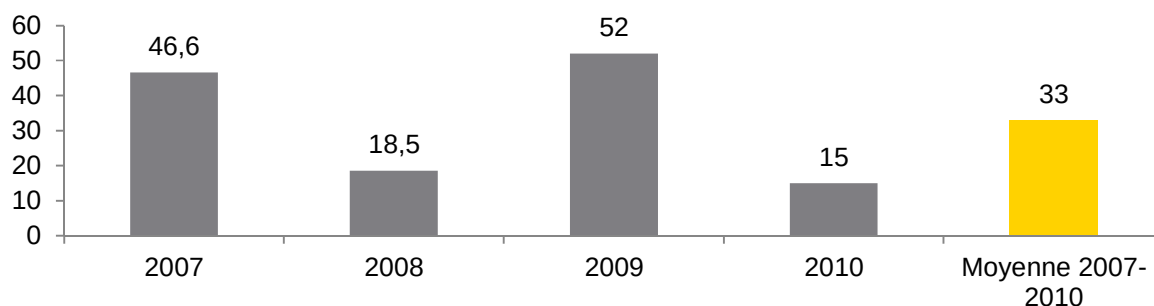
8.1.4. Une pérennité des interventions bilatérales non assurée après 2015

L'engagement pris par la France à Muskoka est venu augmenter les contributions de l'AFD en privilégiant davantage le secteur de la santé dans les pays pauvres prioritaires de la France, notamment sous forme de subvention.

⁹⁵ Easterly W. The white man's burden: why the west efforts to aid the rest have done so much ill and so little good. New York, 2006; Moyo D. Dead aid – why is aid not working and how there is another way for Africa, London, 2009.

⁹⁶ Moss et al, An Aid-Institution Paradox ? A Review Essay on Aid Dependency and State Building in Sub-Saharan Africa. CGD, 2006.

Graphique 12 : Montant des subventions versées par l'AFD dans le secteur de la santé, en M€



Source : Données transmises par l'AFD

En dédiant théoriquement 48M€ par an à la SRMNI, l'initiative de Muskoka a donc permis, au sein du portefeuille d'activités de l'AFD, un rééquilibrage en faveur de la santé. Avant 2010 était en effet observée une absence de directives claires de la part du MAEDI pour privilégier ce secteur dans l'enveloppe des subventions gérée par l'AFD (et qui permet à l'AFD de mettre en œuvre des interventions dans plusieurs secteurs, notamment les secteurs sociaux). De plus, le secteur de la santé ayant été transféré (dans le cadre d'une réforme de la politique de coopération) à l'AFD en 2006, l'Agence n'a que progressivement stabilisé ses équipes et ses modalités d'intervention dans le domaine de la santé.

L'engagement pris par la France à Muskoka n'a pas généré des financements réellement additionnels pour l'AFD, mais il a « sécurisé » les financements Muskoka dans l'enveloppe d'ensemble (les financements étant inscrits dans le cadre du COM 2013-2015).

Si après 2015, la subvention du MAEDI n'est pas clairement fléchée en faveur de la santé maternelle et infantile, l'AFD risque de se trouver dans l'obligation de diminuer l'échelle de ses interventions dans ce secteur.

Pour garantir les investissements engagés, l'AFD doit au moins continuer à mettre en place des « phases 2 » des projets engagés, en les consolidant, dans une perspective de reprise progressive par les autorités nationales.

8.1.5. D'autres conditions de pérennisation varient selon les pays

La pérennité des interventions françaises Muskoka, tant dans sa dimension bilatérale que multilatérale, est fragilisée par les différents aspects structurels observés dans les pays visités. Les acteurs bilatéraux et multilatéraux de l'aide française mettant en œuvre les Fonds français Muskoka devront porter une attention particulière pour :

► **une appropriation nationale des stratégies fondées sur la connaissance des situations en temps réel et des dynamiques épidémiques et associées aux maladies chroniques anticipées** (y compris santé mentale, accidents de la voie publique et handicaps). Or le système d'information sanitaire dans la majorité des pays prioritaires des interventions françaises présente, de plusieurs sources, des faiblesses structurelles.

- Au Sénégal par exemple, ces faiblesses (amplifiées par des mouvements sociaux dans ce secteur), sont contournées par la mise en place de systèmes d'informations ou d'enquêtes réalisées par programmes (vaccination, sida, PF, etc.). Les sources et les valeurs des données sanitaires sont multiples, disparates et contradictoires, compromettant la qualité de l'information pouvant servir à la décision en santé publique, la vision stratégique, le pilotage, le suivi évaluation

des interventions de réduction de la santé maternelle et infantile (et des interventions de santé plus généralement).

- L'appropriation des problèmes et réponses nationales demeure limitée par les faibles capacités de recherche sur les dynamiques en cours, démographiques, d'urbanisation, etc. et leurs impacts potentiels sur les évolutions épidémiologiques actuelles et à venir. La connaissance de la situation sanitaire repose en définitive davantage sur les enquêtes démographie et santé (EDS), qui informent sur l'actualité plutôt que sur les dynamiques.
- **le respect des droits des femmes** : la pérennité des interventions menées dans le cadre du projet Muskoka, leur pertinence, leur efficience et leur impact, sont tributaires des évolutions par ailleurs relatives au respect des droits des femmes, et à leur protection contre toutes formes de violences. L'appui du fonds français Muskoka à ce volet est plus faible que celui qui vise à améliorer la santé de la reproduction et à réduire la mortalité maternelle, néonatale et infantile, notamment au travers de l'appui aux systèmes de santé. Le travail réalisé par ONU Femmes au niveau régional dans plusieurs pays de la région francophone d'Afrique est certes pertinent mais de petite échelle compte tenu de l'ampleur des problèmes, bien que l'ONU Femmes souligne la bonne volonté des interlocuteurs nationaux sur ces sujets (dans les services de l'administration). Lors de la réalisation des projets français, il faudrait ne plus limiter au seul volet multilatéral du Fonds français Muskoka ces thématiques du respect des droits et de protection contre les violences et de prise en charge des filles ou femmes ayant subi des violences, et plutôt les intégrer au travers de tous les appuis de la France : central, AFD, lors de la planification de la stratégie nationale de lutte contre le sida et les IST et dans la programmation des « concepts notes » en vue de mobiliser les financements du Fonds mondial, ce dernier étant censé avoir des effets sur la réalisation des OMD 4 et 5.

8.2. Impacts pour la visibilité de l'action de la France

QE7 (Impacts pour la France). Les interventions françaises Muskoka contribuent-elles à la visibilité de la France sur le thème de la santé maternelle et infantile sur le terrain et à l'échelle globale?

Cadre méthodologique :

Cette question évaluative vise à apprécier la visibilité de l'action de la France, y compris à travers les organisations multilatérales, notamment sur le terrain et en comparaison avec d'autres bailleurs engagés dans l'initiative Muskoka.

- Quelle perception les partenaires des pays bénéficiaires ont-ils de l'initiative Muskoka ?
- Identifie-t-on clairement l'apport de l'aide française ?
- Quel type de communication a-t-il été utilisé pour assurer la visibilité des actions françaises sur le terrain et sur la scène internationale ?
- Quelle est l'image de la coopération française dans ce secteur ?

La visibilité de la France est analysée au niveau global, régional et au niveau des pays partenaires.

Principaux constats :

- ▶ La visibilité de l'aide française en faveur de la santé des mères et des enfants dépend des contextes nationaux, du nombre de bailleurs présents dans les pays et du poids relatif du financement français.
- ▶ Les interventions Muskoka marquent le retour de l'aide bilatérale française en appui au secteur de la santé dans plusieurs pays prioritaires (ex. Sénégal, RDC), et un renouvellement de la visibilité de la coopération sanitaire française sur le terrain ; Pour le volet multilatéral, cette visibilité est plus marquée dans les pays phares du FSP Muskoka.
- ▶ La visibilité de l'engagement français pourrait certainement être développée par une plus forte synergie et cohérence entre les volets multi et bi.

8.2.1. A l'échelle régionale

Si certains⁹⁷ dispositifs de coordination inter-agences préexistaient au projet français Muskoka, plusieurs pays (parmi lesquels le Sénégal, le Togo ou le Niger⁹⁸) ont constaté un renforcement de cette coordination consécutive aux exigences de suivi et de coordination des interventions associées aux financements additionnels apportés par la France⁹⁹.

A cela s'ajoutent l'appui remarqué des Conseillers Régionaux de Coopération en Santé (CRCS) basés à Dakar et Cotonou, l'expertise française et internationale mobilisée à cet effet¹⁰⁰, l'appui du CREDES-Muraz et le recrutement d'une coordonnatrice du suivi évaluation des programmes multilatéraux basée à Dakar (localisée dans le bureau régional de l'UNICEF). Ce dispositif renforcé de suivi du programme contribue indiscutablement à la visibilité de la France au niveau de la sous-région.

Enfin, les Comités techniques sont des lieux d'échanges incontournables de la visibilité de la France au travers de l'initiative Muskoka, et permettent de diffuser des messages clairs et homogènes à l'ensemble des acteurs des différents pays, clarifiant ainsi le positionnement de l'initiative et le rôle central de la France dans son portage.

8.2.2. A l'échelle des pays, une visibilité inégale

Il est observé que les interventions françaises Muskoka contribuent de façon hétérogène à la visibilité de la France au sein des pays d'intervention.

Si la visibilité de la France est apparente dans les initiatives mondiales à l'échelle globale (notamment les partenariats FM et GAVI), elle a peu de traduction concrète dans les pays. Il ne semble pas qu'il y ait eu des actions de communication à ce niveau et les équipes françaises sur place relèvent l'absence de moyens humains et financiers pour suivre correctement la mise en œuvre des financements français dans le cadre multilatéral, et promouvoir la synergie entre les contributions bilatérales et multilatérales en matière de SRMNI.

⁹⁷ « One UN » et le cadre United Nations Development Assistance Framework (UNDAF)

⁹⁸ Source : Entretien avec Bruno Rivalan (Responsable Plaidoyer France, Global Health Advocates)

⁹⁹ Voir la partie 7.1.2. du présent rapport.

¹⁰⁰ Voir note 69.

Au regard des trois missions de terrain effectuées (Sénégal, RDC, Togo) et des entretiens réalisés à Paris et à Genève, plusieurs facteurs explicatifs de cette hétérogénéité peuvent être avancés, parmi lesquels :

- Le nombre de bailleurs présents sur la thématique « Santé » au sein du pays,
- Le volume de financement mis à disposition des autres bailleurs dans le pays,
- Le niveau de besoin du pays, et plus spécifiquement ses caractéristiques démographiques,
- Le nombre d'agences du SNU bénéficiant du fonds français Muskoka et du poids représenté par ces financements dans le budget total des Agences.

Au Sénégal, les interventions françaises Muskoka ont fortement contribué au renforcement de la visibilité des actions de coopération bilatérale engagées par la France. Par contre, la visibilité du fonds multilatéral demeure limitée à ce stade.

La visibilité de l'aide française en appui au secteur de la santé est améliorée par le fonds français Muskoka qui « *marque le retour de la présence française dans le secteur de la santé au Sénégal* »¹⁰¹. L'initiative a ainsi l'élément principal d'une visibilité accrue des actions de la France en matière de santé maternelle et infantile via son canal bilatéral.

En revanche, la visibilité du fonds multilatéral est faible puisque ces financements se fondent dans le mandat respectif des agences. La visibilité du financement multilatéral pourrait être améliorée (i) par une plus forte synergie et cohérence entre les volets multi et bi du programme Muskoka français au Sénégal, (ii) par une communication sur la contribution de la France à l'Alliance GAVI et au Fonds mondial et (iii) au travers d'initiatives communes entre les projets français¹⁰². Un effort de communication a néanmoins été entrepris en 2014, à la fois en termes de visibilité entre les acteurs parties prenantes de l'initiative Muskoka¹⁰³ et vis-à-vis des partenaires externes (Journée mondiale des sages-femmes, publications diverses, émissions RFI, production d'un support vidéo...)

En RDC, la visibilité de la France via le fonds français Muskoka est diluée en raison du volume important de financements mis à disposition du pays par les autres bailleurs

Si le financement français Muskoka en RDC est non négligeable¹⁰⁴ par rapport au montant total de l'enveloppe Muskoka, il apparaît toutefois faible dans un pays aussi vaste et peuplé que la RDC. Les financements des principaux PTF, tels que DFID, USAID, ACDI ou la CTB, sont bien supérieurs.

Ce volume des financements apportés par les autres bailleurs, notamment au niveau du Groupe Inter-Bailleurs en Santé (GIBS) réduit ainsi, *de facto*, la visibilité de l'intervention

¹⁰¹ Retour de la mission terrain exprimé par la Direction de la santé de la reproduction et de la survie de l'enfant et de la Direction régionale de la santé de Louga

¹⁰² Par exemple, en lien avec l'Appui aux maisons de justice, et en appui à la promotion et la protection et le respect des droits des femmes par exemple

¹⁰³ Thématique abordée lors du Comité de pilotage de mars 2014 à Dakar, incitant les agences du SNU à se référer davantage à la contribution française

¹⁰⁴ (8M€ via le canal bilatéral et 430K€ annuels via le canal multilatéral – OMS)

française. A cela s'ajoute également la stratégie de niche retenue par l'AFD via un positionnement centré sur deux hôpitaux de Kinshasa et impliquant donc un faible rayonnement géographique de l'influence française.

De façon encore plus nette, le financement français via le canal multilatéral, seulement opéré par l'OMS est minoritaire (au niveau global et au niveau du budget de l'Agence), et ne permet pas à la France d'impulser des initiatives spécifiques, ni de peser dans les orientations stratégiques nationales.

Au Togo, les interventions françaises Muskoka ont consolidé la visibilité des actions de la France en capitalisant sur l'historique des projets déjà en cours et sur le faible nombre de bailleurs présents sur la thématique santé

Le nombre limité¹⁰⁵ de bailleurs présents au Togo permet aux interventions françaises Muskoka, notamment via le canal multilatéral, de bénéficier d'une certaine visibilité et d'être facilement associées à la France. Cette visibilité demeure cependant limitée aux parties-prenantes des interventions en SRMNI (ministère de la Santé et bailleurs), sans être une réalité sur le terrain, que ce soit au niveau des formations sanitaires ou des partenaires de la société civile.

Cette visibilité de l'action de la France a été soulignée à plusieurs reprises par les acteurs institutionnels, et apparaît incarnée par l'ensemble des représentants français au Togo (SCAC, AFD, CRCS) et soutenue par différents supports de communication déjà diffusés¹⁰⁶. L'ensemble des représentants de la partie nationale rencontrés lors des entretiens ont une bonne connaissance des composantes du projet piloté par l'AFD, et savent que la France contribue également au financement du canal multilatéral, sans nécessairement identifier dans le détail les actions relevant du périmètre Muskoka. La France demeure donc le seul bailleur bilatéral identifié au niveau institutionnel, tandis que l'Unicef fait figure de chef de file concernant le volet multilatéral.

Sur le terrain en revanche, les acteurs opérationnels, principalement les opérateurs bénéficiaires du canal multilatéral, n'ont de façon générale pas connaissance de l'implication particulière de la France dans le financement des interventions portées par les agences du SNU. Certains acteurs d'influence, du monde hospitalo-universitaire, fortement impliqués dans différentes initiatives conjointes MS-bailleurs du SNU, n'ont de fait aucune connaissance sur les actions de la France et ne peuvent donc soutenir toute action de communication visant à renforcer l'influence de la France et sa visibilité. Plusieurs des acteurs rencontrés appellent à un renforcement de la communication sur la contribution française multilatérale et à davantage d'implication des experts locaux dans l'élaboration, l'exécution et le suivi des projets en matière de santé maternelle et infantile.

Enfin, la contribution de la France à l'Alliance GAVI et au Fonds mondial n'est pas associée aux actions de la France de la France en matière de SRMNI, ce qui peut être le signe d'une délimitation claire du périmètre d'intervention Muskoka et/ou d'une insuffisante association des différentes actions de la France.

¹⁰⁵ La JICA, l'UE et l'Allemagne ne sont que très peu investi sur la santé, et encore moins sur la SRMNI ; l'USAID finance un seul projet en lien avec la PF tandis que la Banque Mondiale lance un projet SRMNI en 2014

¹⁰⁶ (par ex. articles, courts films de présentation des projets de l'Unicef ou de l'ONU Femmes/GF2D)

9. Conclusions et recommandations

9.1. Principales conclusions

9.1.1. Un engagement pertinent en termes d'objectifs et de périmètre géographique et thématique

L'engagement en faveur de la santé maternelle et infantile pris par la France lors du sommet des pays du G8 à Muskoka, est à la fois légitime et pertinent. La mortalité maternelle et infantile constitue en effet un défi majeur à l'échelle mondiale, conforté par l'évidence scientifique qui plaide fortement, dans sa globalité, en faveur d'un investissement massif et prolongé en matière de SRMNI. Agir en faveur de la santé maternelle et infantile est d'autant plus légitime qu'au-delà de la réalisation des OMD 4 et 5, qui accusent un retard important dans la plupart des pays en développement, l'investissement dans ce domaine peut contribuer à une action sanitaire efficace sur tout le cycle de vie des individus et peut permettre d'adapter la réponse à la transition épidémiologique vers les maladies chroniques.

Alors que la coopération sanitaire française avait jusque-là peu portée en direction de la santé des mères et des enfants, privilégiant une approche verticale ciblant la lutte contre les maladies infectieuses et les grandes pandémies, l'engagement pris par la France à Muskoka accompagne son retour progressif, engagé au cours de la décennie passée, sur la scène des grands bailleurs intervenant dans un secteur qui fait partie des priorités sectorielles françaises définies par le CICID depuis 2002.

Principalement défini en fonction des priorités géographiques de la politique de coopération au développement de la France (PPP), **le périmètre géographique** de l'intervention de la France en matière de SRMNI est pertinent en ciblant des pays d'**Afrique de l'Ouest et du Centre**, où les retards dans la réalisation des OMD 4 et 5 sont avérés. En revanche, avec le volume d'intervention par pays dont dispose l'AFD, **un risque potentiel de dispersion des financements français est réel.**

L'implication de la France dans l'initiative Muskoka et **le choix des thématiques d'intervention privilégient le renforcement des systèmes de santé, dans la continuité des interventions appuyées par la France avant l'initiative de Muskoka.** L'appui de la France aux autres facteurs impactant la santé des mères et des enfants est intégré en tant que priorité transversale dans des projets globaux axés vers l'amélioration des systèmes de santé dans leur ensemble, via des activités ou des composantes spécifiques introduites dans des projets plus larges. Le volet du programme Muskoka relatif aux **droits des filles et des femmes, à la santé sexuelle et reproductive et à la prévention ou la prise en charge des violences sexuelles**, est abordé de manière moins systématique par les projets de l'AFD, mais il passe en partie par la contribution à l'ONU Femme et au FNUAP. Les **volets nouveau-né, survie de l'enfant et nutrition** paraissent à ce stade moins prioritaires dans la réalisation de la stratégie Muskoka financée par la France, bien que plusieurs projets de l'AFD se concentrent sur cette thématique.

9.1.2. Un manque de vision stratégique, qui limite la cohérence interne et la lisibilité du dispositif français

Si le choix de la France d'axer ses interventions principalement sur le **renforcement des systèmes de santé est légitime et pragmatique**, l'évaluation souligne que l'approche

française dans l'initiative Muskoka **ne s'est pas suffisamment accompagnée d'une réflexion stratégique sur le mix optimal d'interventions à promouvoir** (entre interventions ciblant spécifiquement la SRMNI, renforcement des systèmes de santé et politiques hors santé susceptibles d'impacter la SRMNI), **ni d'un effort visant à collecter des informations permettant d'avancer dans ce sens**. Par ailleurs, les fondements de ce positionnement ne sont pas clairement explicités sous la forme d'une stratégie officielle ou d'une doctrine d'action par exemple.

Dans ce contexte et alors que la France se démarque par son approche large et plurielle, l'évaluation reconnaît la **difficulté d'identifier les interventions ou les thématiques** les plus susceptibles de contribuer à réduire la mortalité maternelle et infantile, dans la mesure où les déterminants de la santé des mères et des enfants, s'ils sont globalement bien connus, sont multifactoriels et relèvent de disciplines très diverses qui complexifient l'identification des thématiques à privilégier en réponse aux besoins des populations. La compréhension des liens de causalité entre ces facteurs et des moyens de les opérationnaliser, indispensable pour guider l'action publique, demeure limitée, tandis que les décideurs sont peu outillés, avec un effort insuffisant concernant la collecte d'informations permettant d'avancer dans ce sens.

La répartition des crédits Muskoka (48% au canal bilatéral vs. 52% au multilatéral) n'a pas été fondée sur des considérations de cohérence interne, mais davantage sur des logiques pragmatiques, politiques ou historiques. Au regard du poids historique important du canal multilatéral dans la coopération française en santé, la ventilation des crédits Muskoka a d'abord permis **un rééquilibrage en faveur du canal bilatéral**, dont l'enveloppe a représenté une opportunité de maintenir la capacité d'intervention sous forme de dons de l'AFD dans le secteur de la santé. Le choix des institutions multilatérales partenaires a par ailleurs résulté d'un choix politique (Aga Khan) ou d'une démarche pragmatique visant à renforcer la présence française dans les grandes organisations multilatérales du champ de la santé globale (Fonds mondial et GAVI). La contribution complémentaire attribuée au Fonds mondial avait été décidée indépendamment de l'initiative Muskoka, et a fait l'objet d'une valorisation *a posteriori* à hauteur de 46%, comme autorisé par la méthodologie de redevabilité Muskoka.

Dans ce cadre, la France a privilégié une **capitalisation sur l'existant, plutôt qu'une vision stratégique innovante basée sur une analyse de besoins et de situations**.

Seul le montage des projets FSP avec les quatre agences onusiennes (OMS, FNUAP, UNICEF, ONU Femmes), a constitué, **une démarche innovante dotée d'une véritable vision stratégique** et répondant à une recherche d'additionnalité en utilisant le financement Muskoka pour inciter les agences à une mise en commun de leurs compétences respectives.

S'il n'y a pas d'incohérences flagrantes, **peu de synergies peuvent être mises en avant entre les différents canaux et instruments mobilisés par la France dans le cadre de ses interventions Muskoka**.

9.1.3. Un dialogue effectif, qui surmonte la complexité du dispositif institutionnel de l'aide française, mais des progrès nécessaires en termes de suivi et de coordination entre acteurs de terrain

Le montage institutionnel du programme Muskoka a suivi l'organisation institutionnelle du dispositif de coopération sanitaire français et il n'a pas été adapté pour améliorer le pilotage et le suivi des interventions mises en place dans le cadre de l'initiative Muskoka.

A cet égard, la coordination interne entre les acteurs français est confrontée aux difficultés liées à la fragmentation du dispositif institutionnel de la coopération au développement de la France et aux ressources humaines limitées dédiées à la coordination de la coopération sanitaire de la France.

Par ailleurs, aux différentes échelles, il apparaît que **le volet suivi-évaluation** de l'engagement français tous canaux confondus est **lacunaire en termes de disponibilité et de centralisation des données** de suivi des réalisations et des résultats des différentes interventions financées dans le cadre de l'initiative Muskoka.

9.1.4. Une cohérence externe globalement vérifiée, mais un portage politique à renforcer au sein des instances internationales

L'initiative Muskoka s'inscrit pleinement dans la volonté de la France d'augmenter son investissement historique dans le domaine de la coopération en santé. Son engagement de 500 millions d'euros sur 2011-2015 lui permet, en tant que 4^{ème} contributeur parmi les pays du G8, de maintenir, voire renforcer sa position internationale parmi les autres bailleurs présents dans ce secteur. Les interventions françaises Muskoka **présentent une forte complémentarité avec celles des autres bailleurs**, tant en termes de couverture géographique (moins de bailleurs sont présents en Afrique francophone, région prioritaire pour la France) qu'en termes de thématiques priorisées (avec un **positionnement relativement original des thématiques et de l'approche RSS** priorisées par la France).

Cependant, dans un contexte où les dispositifs de gouvernance internationale dédiés à la SRMNI sont nombreux et éclatés, **la France n'y est que peu active et peu représentée**. Cette absence de portage politique et technique au plus haut niveau est en décalage avec la position de financeur majeur de la France sur la thématique de la santé, et de la SRMNI en particulier, au niveau international. Sur le terrain, les acteurs français participent systématiquement aux cadres de concertation sectoriels (lorsqu'ils existent), même si son influence est fonction de sa position particulière parmi la communauté des bailleurs dans le pays. Pour différentes raisons et bien que les situations rencontrées soient très hétérogènes d'un pays à l'autre, la cohérence externe des interventions françaises Muskoka a pu être constatée lors des missions réalisées au Togo, au Sénégal et en RDC : répartition des domaines d'intervention au Sénégal, positionnement de niche contraint en RDC et nombre limité de bailleurs en SRMNI au Togo.

Dans ce contexte, la visibilité de l'aide française en faveur de la santé des mères et des enfants dépend en majeure partie des situations spécifiques à chaque pays et de facteurs tels que le nombre de bailleurs présents ou le poids relatif du financement français par rapport au reste de l'APD. Les interventions Muskoka marquent le retour de l'aide bilatérale française en appui au secteur de la santé dans plusieurs pays prioritaires (ex. Sénégal, RDC) et un renouvellement de la visibilité de la coopération sanitaire française sur le terrain. Pour le volet multilatéral, cette visibilité est plus marquée dans les pays phares du FSP Muskoka.

9.1.5. Un rythme de décaissement en décalage avec les engagements financiers pris au sens de la redevabilité « Muskoka »

A mi-parcours de l'initiative, un retard est constaté sur le niveau des décaissements, qui ne devraient atteindre les 500 millions d'euros de décaissements additionnels cumulés qu'au-delà de 2015.

Ce retard est principalement **attribuable au volet bilatéral des interventions françaises Muskoka**. Avec un volume de décaissements cumulés prévus de 200 millions d'euros sur 2011-2015 au titre de la SRMNI, dont 130 millions d'euros de décaissements additionnels par rapport à l'année de référence de 2008, l'effort engagé via l'AFD n'atteindra pas les 240 millions d'euros de financements additionnels nécessaires au sens de la redevabilité Muskoka.

Pour autant, l'initiative Muskoka a permis de sanctuariser un certain volume de ressources allouées à la SRMNI pour la période 2011-2015, avec un niveau d'engagements en augmentation qui laisse présager d'une additionnalité décalée dans le temps (à horizon 2017 ou 2018 en fonction des délais d'exécution des différents projets conçus à partir de 2011).

Muskoka a ainsi « sécurisé » l'intervention de l'AFD, parfois au détriment d'autres thématiques « santé » et d'autres secteurs financés par le biais de subventions, compte tenu de l'enveloppe constante des subventions attribuées par l'Etat.

Surtout, moins qu'une absence d'additionnalité, l'apparent « retard » est pour partie lié à :

- à une méthodologie de redevabilité « Muskoka » qui, uniquement fondée sur des montants décaissés, ne tient pas compte des engagements initiés et en cours d'exécution ; or l'effet additionnel sera décalé dans le temps, et qui traite de manière asymétrique le canal multilatéral et bilatéral ;
- et à la nature des interventions françaises, qui s'inscrivent pour la plupart dans une logique de renforcement à long-terme des systèmes de santé nécessitant de prendre en compte les décaissements à venir sur une période d'exécution plus long ;
- à une prise en compte discutable, dans cette même méthodologie, de différentes natures de projet qui ne sont que partiellement comptabilisés en tant que projets Muskoka en dépit de leur contribution forte à la SRMNI.

Cependant, ce constat s'applique aussi, à différents degrés selon les modalités de coopération en matière de santé, aux autres bailleurs de l'initiative Muskoka, dont plusieurs signalent que les résultats ne seront en grande partie observables qu'après 2015. Ainsi, la question qui se pose est de savoir s'il était raisonnable de la part du G8 de vouloir accélérer la réalisation des OMD sur un temps relativement court tout en passant par le renforcement des systèmes de santé.

9.1.6. Des résultats déjà perceptibles, mais des effets qui ne pourront être mesurés qu'au-delà de 2015

Si l'évaluation met en avant plusieurs réalisations des interventions financées dans le cadre de l'initiative Muskoka, on se situe, au premier semestre 2014, à « mi-parcours temporel », et non pas à un « mi-parcours opérationnel ». Les projets conçus pour répondre à la problématique de la SRMNI, engagés à partir de 2011 et partiellement exécutés, ne présenteront des résultats qu'à plus long terme. Ceci est d'autant plus vrai que ces projets sont en grande partie axés sur le renforcement des systèmes de santé dont les effets, plus structurants, ne sont pas immédiats.

Au-delà de la question du calendrier, toute analyse visant à « attribuer » les impacts sur la réduction de la mortalité maternelle et infantile aux interventions d'un seul bailleur ou de telle ou telle institution, plutôt qu'à des évolutions d'ensemble des politiques et à des financements, se heurte à des difficultés méthodologiques majeures.

9.1.7. Une prise de conscience généralisée dans les pays partenaires de l'aide française qui reste à concrétiser par des actions et des financements pour permettre aux résultats et aux impacts de se pérenniser

Les engagements financiers pris à Muskoka par la France et par ses partenaires ont néanmoins permis une prise de conscience forte de la nécessité d'améliorer la santé des femmes et des enfants dans les pays en développement, qui a conduit à une priorisation très nette des OMD 4 et 5 dans les stratégies de développement et de réduction de la pauvreté ainsi que dans les politiques de développement sanitaire nationales qui prennent mieux en compte la question du genre et les enjeux de la planification familiale ou de la santé familiale et reproductive. Ces progrès ne semblent néanmoins pas encore avoir eu un effet catalyseur sur le volume des financements nationaux affecté à la SRMNI, voire à la santé en général. La part des budgets attribuée aux dépenses de santé reste loin des 15% que les Etats africains s'étaient engagés à verser à Abuja en 2003 et plafonne à 8% pour la plupart. Ce constat questionne la pérennité des résultats des projets Muskoka au-delà de la période d'appui par les bailleurs internationaux, et le subventionnement des activités de la SMNRI dans des pays qui ne soutiennent pas suffisamment leurs systèmes de santé demeure très difficile.

De manière globale, **l'efficacité et la pérennité de l'aide française** dépendra de plusieurs **aspects structurels observés dans les pays bénéficiaires**, et donc souvent externes à l'aide française, tels que : une appropriation nationale des stratégies fondées sur la connaissance des situations en temps réel et des dynamiques épidémiques et associées aux maladies chroniques anticipées, la capacité des pays (avec l'appui de ses partenaires français, européens et internationaux) à anticiper les enjeux liés aux transitions démographique et épidémiologique, à estimer les besoins de santé qui en découleraient, et les coûts pour les populations, le système de santé, l'Etat et les partenaires.

Ces aspects devront retenir toute l'attention des acteurs bilatéraux et multilatéraux de l'aide française mettant en œuvre les Fonds français Muskoka.

9.2. Recommandations

L'évaluation propose un certain nombre de recommandations portant sur l'engagement financier de la France en santé maternelle et infantile (recommandation n°1), sur les choix stratégiques à opérer dans le cadre des interventions Muskoka (recommandation n°2), sur l'application de conditions nécessaires pour assurer l'efficacité de ces interventions (recommandation n°3), sur le pilotage institutionnel du dispositif français Muskoka (recommandation n°4) et sur la participation de la France aux instances de gouvernance internationale (recommandation n°5).

9.2.1. Recommandation n° 1 : Sécuriser les financements pour maintenir les efforts en faveur de la SRMNI à horizon 2015 et au-delà

La nature des interventions françaises, via le renforcement des systèmes de santé, préconisée par le G8 à Muskoka, permet d'espérer des changements structurels dans les pays et donc des résultats qui ne soient pas seulement à court terme. L'évaluation souligne aussi l'importance de **sanctuariser une enveloppe en faveur de la santé maternelle et infantile au-delà de 2015** afin de consolider et confirmer les efforts initiés, difficiles à mettre en œuvre de manière optimale en seulement quatre années.

Cependant, compte tenu du contexte budgétaire contraint qui renforce l'exigence d'une utilisation optimale des crédits d'aide publique au développement, l'aide en faveur de la

SRMNI doit s'inscrire dans un effort de rationalisation des instruments et modes d'intervention, et de concentration des crédits pour espérer un impact réellement mesurable (voir la recommandation 2.2).

9.2.2. Recommandation n°2 : Mettre en œuvre une doctrine d'intervention en faveur des OMD 4 et 5 qui optimise le périmètre géographique et thématique des interventions françaises Muskoka

► R2.1 : Mieux définir et communiquer sur la doctrine d'intervention de la France en faveur des OMD 4 et 5

La France s'est engagée en faveur des OMD 4 et 5 à la hauteur de ses ambitions sur le champ de la santé, secteur réaffirmé comme prioritaire depuis plus d'une décennie au sein de sa politique de coopération au développement. Si cet engagement lui a permis de s'affirmer parmi les principaux bailleurs en santé, la manière dont la France entend agir en direction de la santé des femmes et des enfants n'a pas été suffisamment construite et préparée. Aucun document global¹⁰⁷ ne permet de caractériser l'approche française en matière de SRMNI qui manque de lisibilité et de cohérence. Il importe, pour rendre l'action française à la fois plus lisible et plus visible, mais aussi pour augmenter son impact et permettre de le mesurer, d'élaborer et formaliser **une doctrine d'action spécifique à la SRMNI** qui explicite mieux l'approche « renforcement des systèmes de santé » privilégiée par la France pour traiter la question particulière de la santé des femmes et des enfants.

Il importe également que la France communique davantage sur son positionnement stratégique dans ce domaine. Afin de mieux défendre et expliciter son positionnement Muskoka axé principalement sur l'axe « renforcement de systèmes de santé », la France pourrait adresser, à la société civile notamment, mais aussi à d'autres bailleurs et opérateurs, des éléments sur la stratégie française en matière de genre, nutrition et SSR.

► R2.2 Cibler et préciser le périmètre d'intervention de la France en fonction de volume de financement disponible pour la SRMNI :

Alors que les interventions Muskoka forment un ensemble disparate et peu lisible, l'effort budgétaire français en SRMNI gagnerait à être défini par des règles d'allocation géographique plus précises.

Dans l'hypothèse (souhaitable) de financement maintenu, l'option suivante pourrait être envisagée :

- **Option 1 : le maintien de l'actuelle répartition bi/multi**, au vu du rééquilibrage à conserver en faveur du canal bilatéral, mais aussi de la nécessité de s'appuyer sur la compétence et le savoir-faire d'organisations multilatérales particulièrement légitimes sur certaines thématiques de la SRMNI. Les institutions multilatérales, par leur positionnement spécifique, constituent par ailleurs des relais à forte valeur ajoutée potentielle sur certaines thématiques à renforcer (cf. R2.3). Ce maintien exige de façon absolue une augmentation de la pression sur GAVI et le Fonds mondial pour un véritable alignement sur les priorités géographiques françaises Muskoka. A défaut d'obtenir satisfaction sur ce point, un suivi ex-post paraît indispensable afin de vérifier la contribution des efforts additionnels français au développement de ces pays

¹⁰⁷ L'AFD dispose d'un cadre d'intervention stratégique santé 2012-2014 dont le 1^{er} axe est la santé maternelle et infantile.

prioritaires. Afin que la France puisse efficacement suivre et orienter ses contributions, il faudrait notamment :

- maintenir les comités de pilotage spécifiques créés pour piloter les FSP avec les agences des Nations unies et la contribution de la France à l'Alliance GAVI, mais en améliorer la coordination effectuée au niveau régional par le bureau régional de l'UNICEF de Dakar afin de poursuivre et approfondir le rapprochement des acteurs français (MAEDI ; AFD) et des partenaires Muskoka (notamment les institutions multilatérales) qui commence à porter ses fruits en termes de coordination entre agences onusiennes et de programmation commune.
- renforcer le suivi de la prise en compte de l'amélioration de la SRMNI par le Fonds mondial, notamment en termes de pays d'intervention (PPP) et de priorisation de la thématique SRMNI, notamment au travers le travail du représentant français au Conseil d'Administration, et de l'Expert Technique International (ETI) français détaché à Genève. La France pourrait davantage soulever la question du genre ou des populations marginalisées qui doivent être prise en compte dans les orientations stratégiques et opérationnelles du Fonds mondial.

Dans l'hypothèse (regrettable) où le volume des engagements de la France n'est pas maintenu à son niveau 2011-2015, la France pourrait effectuer les arbitrages suivants :

- **Option 2 : le recentrage géographique de l'ensemble des interventions Muskoka (bi- et multi) :**
 - **Volet bilatéral :** Il s'agit notamment de garantir les investissements réalisés par l'AFD sur la période 2011-2014 en continuant à mettre en place des « phases 2 » des projets engagés, en les consolidant, dans une perspective de reprise progressive par les autorités nationales. Dans ce cadre, la France devrait cibler exclusivement les pays pauvres prioritaires (PPP) ; à partir de 2015, un ciblage encore plus poussé pourrait être envisagé, privilégiant par exemple les interventions dans les pays du Sahel, qui constituent historiquement une zone privilégiée d'intervention pour la France dont l'importance stratégique s'est renforcée ces dernières années.
 - **Volet multilatéral :**
 - Dans le cadre du projet FSP mis en œuvre par les quatre agences des Nations unies cibler uniquement les « pays phares » (pays bénéficiant en 2014 d'interventions de toutes les agences concernées : Bénin, Côte d'Ivoire, Guinée, Mali, Niger, Sénégal, Togo) et renoncer aux pays où seule une agence est présente.
 - Envisager un passage de relais du MAEDI à l'AFD pour le soutien accordé à l'AKDN : l'AKDN bénéficie déjà d'un soutien de la part de l'AFD pour différents projets (sur les thématiques autres que la santé maternelle). Par ailleurs, l'AFD prévoit d'octroyer à l'AKDN un projet Muskoka à l'Afghanistan en 2015. Dans un souci de concentration, le soutien actuel du MAEDI pourrait être redistribué vers d'autres opérateurs multilatéraux soutenus dans le cadre de l'initiative Muskoka (par exemples les agences des Nations unies) ou transféré vers le projet de l'AFD.

- Exiger un fléchage ex-ante des financements « Muskoka » versés au Fonds mondial et à l'Alliance GAVI vers les pays prioritaires de la France sur la thématique SRMNI ;

► **R2.3 : Engager une réflexion approfondie sur les thématiques à privilégier et sur les interventions à mettre en œuvre en matière de SRMNI**

Le dispositif français des interventions Muskoka constitue un ensemble disparate d'actions, correspondant pour certaines à des actions concrètes véritablement innovantes, et pour d'autres à des valorisations de contributions complémentaires à des fonds multilatéraux participant de manière plus ou moins directe à l'atteinte des OMD 4 et 5. Le délai de mise en place du dispositif n'a pas permis une réflexion stratégique suffisante sur les priorités thématiques des interventions françaises Muskoka, ni sur le mix optimal d'interventions à privilégier.

Afin d'améliorer son approche thématique, il importe que la France :

- **qualifie la typologie des interventions qu'elle souhaite promouvoir** et mettre en œuvre et valorise sa « doctrine d'intervention SRMNI » qui reste à mieux expliciter.
- **définisse, en particulier, les interventions à haut impact (IHI)** qu'elle souhaite prioriser, car les thématiques des projets financés dans les pays sont nombreuses et aucune priorisation des interventions à haut impact n'a été établie. Ceci permettrait de consolider l'axe « Renforcement des Systèmes de Santé », mais aussi intégrer de nouvelles dimensions en tant que thématiques transversales afin de lever les obstacles spécifiques à la situation des femmes et des enfants (notamment en termes d'accessibilité financière et de demande de soins). La France pourrait également davantage valoriser les déterminants connexes de la santé des populations (projets d'eau et d'assainissement par exemple), et élargir son champ d'intervention vers des problématiques telles que les grossesses précoces et la malnutrition des enfants (thématiques peu valorisées jusque-là et pourtant prioritaires dans la situation actuelle et à venir compte tenu des taux de fécondité élevés dans la zone géographique des pays prioritaires de l'aide française).

9.2.3. Recommandation n° 3 : Analyser et prendre en compte les conditions d'efficacité et de durabilité des interventions

► **R3.1 : Mieux anticiper les contraintes structurelles nationales**

Les facteurs externes et structurels spécifiques aux pays d'intervention sont déterminants pour l'analyse d'efficacité des interventions françaises Muskoka. Si de premiers résultats peuvent être mesurés, leur pérennisation dépendra en grande partie de l'appropriation des actions par les pays partenaires, de la volonté politique à accompagner l'engagement des bailleurs, et de la capacité des autorités à mobiliser des ressources alternatives. La France devrait, à la fois, pour assurer une durabilité de ses interventions et mieux répondre aux besoins des pays :

- anticiper, dans le cadre de ses propres projets bilatéraux mais aussi dans le cadre de certaines dimensions de son action multilatérale, les conditions nécessaires à la prolongation des impacts attendus à l'issue des projets. Selon la nature des projets, cet impératif peut être mis en place par exemple par l'intégration de composantes spécifiques à la durabilité des projets (recherche de financement, phase de transition post-projet...).

- identifier les leviers de renforcement de la demande de services par les filles et les femmes. Dans le cadre de ses interventions en soutien des systèmes de santé nationaux, la France devrait également s'assurer que la demande de soins de qualité est bien prise en compte dans les projets pour s'assurer que les populations concernées peuvent bénéficier des structures soutenues. A ce titre, la France pourrait réaliser un état des lieux par pays de la facilité d'accès aux soins par les femmes et de le lier aux discussions en cours sur l'élaboration des Objectifs de Développement Durable post-2015 (en particulier celui de couverture sanitaire universelle).
- intégrer la capacité d'adaptation des services et des projets aux changements résultant de la croissance démographique. La contribution des interventions françaises à l'amélioration de la santé maternelle et infantile dépendra à moyen terme de la capacité des services de santé nationaux à faire face à la croissance démographique. A ce titre, la France pourrait utilement analyser l'état de la transition démographique et épidémiologique dans chaque pays, identifier les impacts sur les besoins de santé actuels et futurs et modéliser l'impact potentiel en termes de coûts pour les populations, le système de santé, l'Etat et les partenaires.

9.2.4. Recommandation n° 4 : Renforcer la gouvernance et le pilotage des interventions françaises Muskoka

► R4.1 Appuyer le pôle Santé dans le pilotage, la coordination et le suivi des interventions Muskoka, en s'appuyant sur la contribution de la recherche française

Le montage de l'initiative Muskoka a suivi l'organisation institutionnelle du dispositif de coopération sanitaire française, avec un cloisonnement relatif des canaux bi et multi. Les interventions Muskoka sont pilotées par le pôle Santé du MAE, mais aucune instance commune entre l'AFD et le MAEDI n'est dédiée au pilotage des interventions françaises Muskoka. Par ailleurs, alors que le débat sur les actions les plus pertinentes à mettre en œuvre reste prégnant, l'approche française ne capitalise pas assez sur la connaissance accumulée sur le terrain et au sein de la communauté scientifique.

Pour appuyer le pôle Santé dans le pilotage, la coordination et le suivi des interventions Muskoka, la France pourrait :

- mettre en place une **instance de dialogue** (réunie ponctuellement, à plusieurs reprises dans l'année, en fonction des besoins des décideurs) **dont le rôle serait d'éclairer la stratégie** française sur les questions spécifiques SRMNI, mais également de réfléchir aux interventions les plus pertinentes et efficaces, et de définir des indicateurs de résultat, à l'instar de ce qui est déjà effectué au sein des plateformes « vaccination » ou « pandémies » créées par le MAE, qui en assure l'animation. Ce cadre de discussion institutionnalisé mais souple permettrait de travailler davantage en synergie et d'utiliser les capacités de la société civile, des chercheurs et des universitaires en matière de SRMNI.
- **renforcer le volet Suivi-Evaluation.** Compte tenu de la fragmentation du suivi de l'ensemble des interventions financées dans le cadre de l'initiative France Muskoka, la France devrait bâtir un système de suivi (monitoring) consolidé des programmes français, quantitatif et qualitatif, basé sur les objectifs énumérés dans les instruments et notamment des FSP. Ce système devrait également permettre de mettre en perspective des réalisations des données nationales d'amélioration des couvertures vaccinales et sanitaires des pays ciblés par les programmes français.

9.2.5. Recommandation n° 5 : Renforcer la participation de la France aux instances internationales en matière de SRMNI et appuyer la révision de la méthodologie de redevabilité Muskoka dans ce cadre

► R5.1 : Confirmer la visibilité de la France parmi les bailleurs en matière de santé et de SRMNI

La France n'est que peu représentée dans les différents dispositifs de gouvernance internationale dédiés à la SRMNI, et ce manque d'investissement est en décalage avec la position de financeur majeur de la France sur la thématique de la santé, et de la SRMNI en particulier, au niveau international. Pour jouer un rôle à sa mesure et permettre un retour sur investissement de ses engagements financiers en termes d'influence, de visibilité et d'orientation de l'action des autres bailleurs vers ses propres priorités, la France devrait :

- systématiser la présence d'un membre d'une Direction ou Sous-direction du MAEDI aux réunions HHA et autres réunions jugées importantes en la matière¹⁰⁸ pour aligner le portage politique et technique au plus haut niveau avec la position de financeur majeur de la France sur la thématique de la santé, et de la SRMNI en particulier.
- instaurer un dialogue avec les différents partenaires (notamment le Fonds mondial) sur des sujets transversaux (genre, populations marginalisées).

► R5.2 : Valoriser la contribution française à l'atteinte des OMD 4 et 5 au-delà de la méthodologie de redevabilité Muskoka et porter au niveau international une analyse des inconsistances à clarifier de cette méthodologie

La méthodologie de redevabilité Muskoka valorise peu les efforts engagés en amont de l'exécution des projets, en particulier dans le cas bilatéral, ce qui retarde la comptabilisation des engagements français. Pour valoriser sa contribution, la France devrait :

- suivre l'additionnalité de son aide bilatérale à la fois en termes d'« engagements » et de « décaissements » et prolonger l'exercice de redevabilité au-delà de 2015, à la fois pour valoriser son effort à partir de 2011 et pour rendre compte de l'aspect structurel du renforcement des systèmes de santé.
- engager, au niveau international, une discussion sur les faiblesses et les effets pervers de la méthodologie de redevabilité actuellement utilisée par le G8 pour suivre les engagements des bailleurs de fonds. Outre la nécessité d'améliorer une méthodologie à « double vitesse » pour la comptabilisation des contributions bilatérales et multilatérales, la France pourrait également s'engager en faveur d'une redevabilité qui dépasse la simple exécution financière des projets et intègre des indicateurs de réalisations et de résultats, y compris à plus long terme.

¹⁰⁸ Ex. Sommet « Sauvons chaque femme, chaque enfant », tenu à Toronto du 28 au 30 mai 2014, où certains bailleurs de fonds, comme par exemple le Canada, ont annoncé leurs engagements en faveur de la SRMNI pour la période après 2015.

10. Annexes

10.1. Annexe 1 : Note du président du comité de pilotage de l'évaluation

DE QUELQUES LECONS DE LA LITTÉRATURE SCIENTIFIQUE INTERNATIONALE SUR LA SANTÉ MATERNELLE ET INFANTILE

Pr Jean-Paul MOATTI (Université d'Aix-Marseille & UMR SESSTIM 912 AMU/INSERM/IRD)

Dans la note ci-dessous, je me livre à une synthèse, sans prétention aucune à l'exhaustivité, de la littérature scientifique internationale consacrée à la santé maternelle et infantile dans l'objectif de mettre en perspective l'évaluation de la contribution française au programme du G8 dit MUSKOKA. Avant de présenter ces quelques éléments, il paraît utile de les resituer dans le contexte de considérations méthodologiques plus générales qui entretiennent des débats récurrents dans cette littérature consacrée à l'aide au développement en santé.

De quelques considérations méthodologiques

Depuis le paradoxe très tôt pointé par Peter Bauer (1976), - que les pays pauvres qui présentent une attractivité pour l'investissement ne requièrent justement pas d'aide et qu'à l'inverse dans ceux où les incitations à l'investissement sont faibles ou inexistantes l'aide ne saurait y remédier -, un débat agite la communauté internationale quant à l'efficacité de l'aide. A la faveur de la crise, les voix expertes qui argumentent que les effets pervers de l'aide (effets de substitution plutôt que multiplicateur sur l'investissement public et privé national et local, incitations à la rente voire à la corruption, etc.) sont supérieurs à ses retombées positives sur la croissance et le développement humain connaissent un regain d'intérêt tant médiatique que dans les cercles de décision (Easterly, 2006 ; Moyo, 2009). Les critiques les plus virulents de l'aide reconnaissent néanmoins qu'« une fois débarrassée de l'illusion qu'elle peut permettre le développement, l'aide internationale peut contribuer à financer des avancées visant à répondre à des besoins spécifiques pour lesquels il existe une forte demande », la réduction de la mortalité maternelle et infantile relevant clairement de ce type d'objectif plus ciblé. Des estimations économétriques récentes montrent que les flux d'aide agrégés s'avèrent statistiquement avoir un impact direct sur la réduction de la mortalité dans une majorité des pays les plus pauvres, d'après les tests de causalité proposés, qui tiennent compte de l'effet inverse des réductions de la mortalité et des progrès du PIB sur le flux d'aide lui-même (Afridi & Ventelou, 2013). Il n'en reste pas moins que toute évaluation d'un programme d'aide de dimension internationale (comme MUSKOKA) se doit de

porter une particulière attention aux possibles effets négatifs d'incitation sur les bénéficiaires. Moss et al. (2007) soulignent légitimement le danger que « des flux d'aide massifs sont susceptibles de diminuer la redevabilité des gouvernements et des élites locales devant les populations et les instances représentatives » et de les inciter à « se contenter de rendre les donateurs heureux et prêts à renouveler leurs financements ». Il en découle une nécessaire importance dans l'évaluation de la notion d'additionnalité de l'aide et d'attention aux effets éventuels de la fongibilité des fonds initialement fléchés sur un objectif particulier.

Un deuxième débat récurrent tient à la répartition de l'aide et au fait qu'elle peut tendre à se concentrer sur les pays présentant les conditions les plus favorables et les chances de succès les plus élevées a priori, phénomène qualifié de « sélection adverse » dans la théorie économique de l'assurance (Burnside & Dollar 2000), et à accroître les écarts entre ceux-ci et ceux, moins favorisés et moindre bénéficiaires, où elle entreprendrait le « cercle vicieux » du sous-développement (Mourao, 2012). Dans le cas de la santé maternelle et infantile, la réalité épidémiologique (pour autant qu'elle repose sur des données fiables et comparables entre pays, régions et groupes de population) peut permettre de limiter ce risque : encore faut-il vérifier que la répartition des financements reflète effectivement la hiérarchie des besoins.

Dès lors qu'il s'agit d'identifier les interventions et les politiques les plus susceptibles de contribuer à atteindre l'objectif fixé (en l'occurrence l'amélioration de la santé reproductive, maternelle, néonatale et infantile-SRMNI), l'évaluation ne peut s'en tenir à de simples corrélations entre tel ou tel élément et ignorer le degré d'évidence scientifique existant en matière d'inférence causale. Même les relations qui paraissent intuitivement les plus évidentes, comme le lien inverse entre niveau de richesse et mortalité, ne sont pas à l'abri des phénomènes dits de « causalité inverse ». Les faits (statistiquement avérés !) que les bénéficiaires d'un Oscar (ou les papes) vivent plus longtemps que ceux qui sont nommés sans gagner (ou que les cardinaux qui les ont élus) signifie-t-il que la consécration hollywoodienne ou les fastes de la papauté font en soi du bien à la santé ou bien que ces mécanismes électoraux ont justement sélectionné les individus les plus à même de survivre ? Une corrélation significative entre le revenu en t_0 et la mortalité en $t+n$ n'est pas synonyme de causalité si le niveau de revenu mesuré en t_0 dépendait justement de l'état de santé. Même s'il est possible de contrôler rétrospectivement la relation des états de santé et du revenu en t_0 , la causalité demeure incertaine s'il existe un effet simultané bi-directionnel entre les deux variables. Une hypothèse couramment débattue dans la littérature concerne par exemple jusqu'à quel point le lien entre santé et revenu relèverait chez les personnes âgées d'une telle « causalité inverse » (Braveman et al. 2011) : ces considérations (d'apparence byzantines hors de la communauté académique) ont une portée très concrète, puisque si

cette hypothèse est vérifiée, une augmentation du revenu des retraités ne serait pas susceptible de contribuer à améliorer leur santé.

Même dans les cas où la littérature fournit de forts arguments en faveur d'une réelle relation de causalité, comme c'est le cas pour la relation inverse entre revenu et mortalité infantile (Pritchett & Summers, 1996 ; Anand & Barnighausen 2004), la compréhension des chaînes causales, qui est indispensable pour guider l'action publique demeure limitée : selon que ce lien passe principalement par un meilleur accès aux soins, une amélioration de l'éducation ou une meilleure nutrition et hygiène de vie, les conclusions politiques peuvent s'avérer très différentes. Dans le cas de la SRMNI, si l'on veut baser autant que possible l'action publique et l'aide sur l'évidence existante, il faut examiner les relations bi-directionnelles entre trois groupes de variables (les facteurs socio-économiques structurels comme le revenu, l'éducation, les relations de genre etc. , les facteurs relevant des services et politiques de santé ; les indicateurs de SRMNI proprement dits) afin d'établir de réelles causalités et de préciser les chaînes causales impliquées sur lesquels on peut agir : par exemple, si une causalité est démontrée entre accès accru aux services de santé et amélioration de la SRMNI, encore faut-il déterminer si ce sont plutôt des interventions spécifiquement ciblées sur la SRMNI ou des améliorations générales de la couverture et du système de santé qui jouent le rôle prioritaire dans cet effet causal.

Le point précédent concernant les débats scientifiques sur l'inférence causale ne peut qu'alimenter un certain scepticisme par rapport aux exercices de modélisation visant, en l'absence de toute expérimentation contrôlée, à « attribuer » à l'action spécifique de tel ou tel donneur ou de telle ou telle institution, plutôt qu'à des évolutions d'ensemble des politiques et financements, le « mérite » de « sauver des millions de vie » (voir par exemple le débat sur ce sujet dans le cas du Fonds Mondial entre Mc Coy et al 2013, et Low-Beer et al. 2013). Si l'on peut « comprendre » le rationnel politique (ou d'appui à la levée de fonds) de cette démarche d'attribution, elle n'entre pas moins en contradiction ouverte avec une démarche rigoureuse d'évaluation.

Enfin, d'un point de vue plus empirique, on notera que beaucoup des travaux économétriques et de santé publique sur la SRMNI s'alimentent à partir de deux principales sources d'enquêtes en population conduites dans de nombreux pays : les enquêtes démographiques et de santé (DHS) de l'USAID et les Multiple Indicators Cluster Surveys (MICS) de l'UNICEF qui ne sont pas sans poser des problèmes de comparabilité et d'hétérogénéité dans l'échantillonnage et la collecte de données (voir Hancioglu et Arnold 2013 pour une discussion générale de ces problèmes de données, ou les remarques critiques d'Easterly et Freschi 2011 sur les estimations globales du nombre de mort-nés).

La source la plus synthétique de données sur la SRMNI est le rapport annuel de l'initiative Countdown to 2015 conduite sous l'égide du Lancet et qui associe notamment l'UNICEF, l'OMS, l'UNFPA et la Banque Mondiale avec plusieurs institutions académiques, ONGs du domaine (Save the children, etc.) et les principales agences bilatérales d'aide au développement (Australian AID, CanadianIDA, DFID, SwedishIDA, USAID). Cette initiative vise à assurer le suivi/évaluation de l'accomplissement des Objectifs n° 4 (réduction de la mortalité infantile) et 5 (amélioration de la santé maternelle) du Millénaire dans les 75 pays qui contribuent à plus de 95% de la mortalité infantile et maternelle dans le monde. On notera qu'aucune institution française n'est associée à cet exercice (ce qui rend difficile une appréciation critique détaillée du contenu de ses rapports disponibles sur www.countdown2015mnch.org/) et que nul expert francophone ne figure sur la liste de la centaine d'experts référencés comme participant à l'élaboration des dits rapports.

Fondements scientifiques d'un investissement de long terme en SRMNI

La littérature internationale d'une importance croissante sur l'hypothèse dite DOHAD (origine développementale des maladies et de la santé) apporte une légitimité à une priorité donnée à la SRMNI en ce que l'investissement dans ce domaine aurait non seulement un effet immédiat sur la mortalité maternelle et infantile mais des effets à long terme tout au long du cycle de vie. Cette hypothèse postule que les conditions dans lesquelles un individu débute sa vie, dès la période intra-utérine, voire au cours de la période pré-conceptionnelle, influence sa santé à très long terme (Barker et Osmond, 1986). Beaucoup critiquée initialement, cette hypothèse a reçu le renfort des sciences biologiques expérimentales qui ont, à partir de modèles animaux, amplement démontré une relation causale entre des manipulations de l'environnement précoce et leurs conséquences sur le développement d'anomalies biologiques et de maladies à l'âge adulte.

Grâce au suivi de cohortes de personnes depuis leur naissance, voire depuis leur vie prénatale (pendant la grossesse de leur mère) ou par le suivi de personnes pour lesquelles on a pu reconstituer en partie l'histoire de vie depuis la naissance, les épidémiologistes ont bien montré l'importance de ces nouveaux concepts pour la santé humaine. Il est maintenant clair que les phases précoces du développement intra-utérin et les toutes premières années de vie sont des phases critiques au cours desquelles s'établit une susceptibilité à de nombreuses maladies chroniques. De son côté, la biologie a commencé de décrypter les mécanismes moléculaires par lesquels l'environnement précoce peut affecter durablement la santé d'un individu (Shonkoff et al. 2012). En effet, ces expositions peuvent s'incorporer biologiquement en agissant sur le niveau d'« expression » des gènes, c'est-à-dire sur la quantité de protéines produites à partir de ces gènes. L'ensemble de ces processus moléculaires qui modifient l'expression des gènes sans en changer le code s'appelle l'épigénétique (littéralement « sur

le génome »). Ces mécanismes permettent d'adapter le déroulement du programme génétique à son environnement, en le modifiant. Depuis une vingtaine d'années, des données scientifiques de plus en plus nombreuses ont mis en évidence le fait que des marques épigénétiques s'apposent sur les gènes tout au long du développement et, en particulier, au moment de la vie in utero. Selon le stade du développement où elles sont apposées, elles sont susceptibles de modifier quantitativement le développement de certaines lignées cellulaires, ou simplement la machinerie cellulaire ou encore les interrelations physiques ou biologiques qui s'établissent entre cellules ou organes. Parallèlement, le développement des neurosciences a bien mis en évidence, la très grande plasticité du développement cérébral dans les premières années de la vie. Le rôle très important des interactions précoces entre le bébé et les adultes, en tout premier lieu ses parents, dans l'établissement de la circuiterie neuronale et sa complexification progressive a été mise en lumière. Des situations d'adversité dans l'enfance, incluant carences affectives ou des violences, ont des conséquences sur la santé physique mais aussi mentale à l'âge adulte (dépression, troubles anxieux). L'épidémiologie et les neurosciences convergent pour suggérer ainsi qu'une variété de situations et d'expositions peuvent entraîner des altérations dans la structure et l'organisation cérébrale et les mécanismes de réponse neuroendocriniens, immunologiques et du système nerveux autonome à des événements stressants.

Ces éléments interagissent avec l'environnement socio-économique des personnes. Par exemple, dans la cohorte de naissance anglaise 1958 (National Children Development Study), après prise en compte des revenus, de la classe sociale et du niveau d'éducation des parents, un environnement intra utérin défavorable (caractérisé ici par un faible poids de naissance et le tabagisme maternel pendant la grossesse) et des problèmes de santé chronique dans l'enfance étaient associés à un niveau d'étude inférieur à l'âge adulte ainsi qu'à un risque accru de maladies et à une plus faible position socio-économique à l'âge adulte (Case et al 2005). Une récente publication a montré que des variations épigénétiques de l'ADN de sujets adultes étaient plus fortement associées au statut économique de leur parents qu'à leur propre statut économique à l'âge adulte (Borghol et al 2012). L'exposition aux facteurs nutritionnels, environnementaux, infectieux, psychosociaux qui sont susceptibles d'altérer le développement de certains organes ou de certaines fonctions biologiques est plus fréquente dans les milieux sociaux défavorisés entraînant à la fois des conséquences néfastes immédiates pour la santé mais également une probabilité accrue de persistance dans une classe sociale peu élevée à l'âge adulte. Les recherches suggèrent fortement que le développement précoce jusqu'à l'adolescence représente bien un des mécanismes expliquant l'association, universellement constatée, entre inégalités sociales et inégalités de santé à l'âge adulte (Pinot de Moira et al 2010).

Une approximation de l'évidence existante

Selon la dernière estimation disponible, le total de l'aide au développement pour la SRMNI aurait été de US\$5,58 milliards et US\$5,64 milliards respectivement en 2009 et 2010 avec un peu plus de la moitié de ces financements relevant du Sida, 15,9% pour les services de santé reproductive et 7,2% pour le planning familial. Les principaux donateurs seraient les USA, le Global Fund, la Grande-Bretagne, l'United Nations Population Fund, et la Banque Mondiale (Hsu et al. 2012). En 2009, selon le rapport de Countdown to 2015, l'aide internationale sur la SRMNI représentait environ 40% du total de l'aide en matière de santé, et, plus de la moitié était concentrée sur 10 pays (Nigeria, Inde, Ethiopie, Afghanistan, Pakistan, RDC, Bangladesh, Tanzanie, Kenya et Soudan). Cependant, la liste des pays bénéficiant le plus de l'aide rapportée au nombre d'enfants de 0 à 5 ans est sensiblement différente : Iles Solomon, Sao Tomé et Príncipe, Liberia, Djibouti, Guinée Equatoriale, Rwanda, Afghanistan (Countdown to 2015, 2012).

S'agissant des relations entre les trois groupes de variables qui interagissent dans l'état des populations en matière de SRMNI, on peut identifier dans la littérature les liens de causalité « robustes » (au sens de reposant sur un degré suffisant de confirmation statistique) suivants.

Facteurs socio-économiques

Outre la relation attendue, et déjà évoquée plus haut, entre augmentation du revenu des populations pauvres et réduction de la mortalité maternelle et infantile, le lien causal est bien établi entre niveau d'éducation des femmes et mortalité maternelle et infantile d'une part, autres indicateurs de SRMNI (comme le retard de croissance fortement relié à la malnutrition) d'autre part. Cependant comme déjà mentionné, l'établissement de causalités claires (et prévisibles) entre variables socio-économiques et SRMNI ne suffit pas à éclairer quelles politiques publiques précises sont les mieux à même d'apporter un bénéfice sans une compréhension plus fine de la chaîne causale en jeu. Des relations causales robustes, qui correspondent à des voies concrètes de médiation des facteurs socio-économiques vers la SRMNI, ont ainsi été établies entre mortalité maternelle et infantile d'une part et accès à l'eau potable d'autre part, ou bien entre mortalité maternelle et moindre taux de fertilité (Muldoon et al. 2011). Cependant, cette relation de causalité peut aussi passer par une amélioration de l'accès aux services de soins : sur la base de données d'enquêtes DHS dans 31 pays, Saifuddin et al. (2010) démontrent une causalité entre statut socio-économique, niveau d'éducation et niveau d'« empowerment » des femmes¹⁰⁹ d'une part et accès aux services de santé maternelle (contraception, visites prénatales, personnel qualifié à l'accouchement) d'autre part. Certains travaux retrouvent même un effet causal

¹⁰⁹ Défini à partir d'un indicateur construit sur la base des réponses à une série de questions incluses dans les DHS et portant sur le degré d'autonomie des femmes dans les décisions concernant leur propre santé et la gestion économique de leur ménage.

propre de la qualité de la gouvernance institutionnelle globale des pays (et donc d'une moindre corruption) sur la mortalité maternelle et infantile (Muldoon et al. 2011).

La question reste donc ouverte des politiques les plus appropriées pour agir sur les déterminants socio-économiques, voire socio-culturels de la SRMNI : Quel type précis d'éducation est la plus efficace et quelle est la part entre élévation du niveau général de scolarisation des filles et éducation spécifique à la santé ? Y-a-t-il une différence entre l'effet d'une augmentation ponctuelle des revenus et d'une amélioration garantissant une hausse du revenu à long terme ? Quel rôle respectif accorder à des politiques hors secteur santé (revenus, éducation, nutrition, droits des femmes) et des politiques visant spécifiquement à l'amélioration de l'accès et de la qualité des services de santé, et ceci d'autant que des relations causales directes sont aussi retrouvées entre ceux-ci et la SRMNI (voir ci-dessous) ?

Facteurs liés aux services de santé

Il existe bien évidemment une très vaste littérature qui porte sur les interventions biomédicales ou/et de santé publique relevant spécifiquement de la SRMNI et dont il a été démontré, au plan clinique et microéconomique, qu'elles peuvent s'avérer efficaces, voire coût-efficaces, pour une réduction de la morbidité et de la mortalité dans ce domaine. Ce n'est pas l'objet de la tentative de synthèse partielle de cette note que de vouloir couvrir cette littérature dont la figure, jointe en annexe et extraite de Howson et al. (2012), fournit néanmoins un aperçu. Il faut cependant, dans une perspective d'évaluation de l'action publique dans le cadre d'une initiative internationale type MUSKOKA, se méfier de l'effet « réverbère » qui peut découler de la richesse de cette partie de la littérature qui peut conduire à surestimer au plan macro l'importance relative de l'intervention proprement biomédicale ou/et centrée sur les soins obstétricaux, périnataux et néonataux par rapport à d'autres leviers d'action à l'échelle des populations. C'est sur les aspects plus généraux que nous nous concentrerons dans la suite de ce paragraphe.

Conduite à partir de données couvrant 136 pays, l'étude de Muldoon et al. (2011) établit un lien causal entre une moindre mortalité maternelle et infantile et des variables relevant de l'organisation et du financement d'ensemble des systèmes de santé : plus forte densité et moindre proportion des dépenses de santé couverte par le paiement direct des ménages au point de consommation. En même temps, à partir de données dans 68 pays représentant plus de 90% de la mortalité maternelle et infantile mondiale, Gupta et al. 2011 établissent un lien direct entre densité globale en médecins et en paramédicaux d'une part et indicateurs spécifiques de qualité des soins de santé maternelle (présence de personnel qualifié à l'accouchement notamment) d'autre part. A un niveau plus spécifique,

l'évaluation économétrique rigoureuse de la réforme thaïlandaise dite 30 Bath¹¹⁰ visant à permettre l'accès aux hôpitaux publics des personnes sans couverture assurantielle et des 30% les plus pauvres de la population déjà couverte démontre une augmentation significative de leur recours aux soins et surtout, pour la première fois dans la littérature, un effet propre d'une réforme de ce type sur la mortalité infantile (réduction de l'ordre de 6,5/1.000) (Gruber et al. 2014). Verguet et Jamison (2014) établissent de leur côté, à partir de l'analyse des données disponibles dans 113 pays pour la période 1970-2010, un lien causal entre la capacité des pays à répondre à un choc « exogène » de santé (en l'occurrence l'épidémie de Sida) et un rythme plus rapide de baisse de la mortalité infantile.

La littérature attire également l'attention sur le fait que la réalisation des Objectifs du Millénaire n'est pas forcément synonyme de réduction des inégalités en général (si les plus favorisés bénéficient d'un « progrès différentiel » plus rapide que le reste de la population) (Vandermortele 2009 ; Easterly 2009), et que plus spécifiquement, les effets des interventions sanitaires ciblant la SRMNI ne sont pas forcément neutres en matière d'inégalités d'accès aux soins. Par exemple, Barros et al. (2012) analysant douze interventions en matière de SRMNI dans 51 pays entre 2000 et 2008 montrent que certaines (présence de personnel qualifié à l'accouchement, minimum de quatre consultations prénatales) s'accompagnent d'inégalités sociales d'accès plus marquées que d'autres (l'initiation précoce à l'allaitement maternel apparaissant comme la plus « égalitaire »). Ils soulignent également que la variabilité de couverture de ces interventions entre pays est plus marquée dans les couches pauvres que dans les quintiles de revenu les plus riches. A partir de l'analyse des DHS de 47 pays, Kruk et al. (2011) établissent un lien entre une moindre variance selon les groupes sociaux de l'accès aux programmes de vaccination et au traitement des infections respiratoires aiguës et une moindre inégalité sociale de la mortalité infantile. De même, un rythme rapide d'extension de la couverture pour les moustiquaires et les soins prénataux s'accompagne d'une réduction des inégalités d'accès à ces interventions (ceci n'étant pas lié à un effet de saturation des progrès chez les plus riches mais à l'extension effective de l'accessibilité pour les pauvres) (Victora et al. 2011).

Il ressort donc bien de la littérature que la répartition optimale entre divers types d'interventions relevant des systèmes de santé entre amélioration générale du financement de la couverture assurantielle, amélioration globale de l'infrastructure humaine et matérielle du système de santé et interventions spécifiques en matière de SRMNI pour maximiser la réduction de la mortalité maternelle

¹¹⁰ Cette réforme initiée en 2001 introduisait une couverture des soins délivrés par les hôpitaux publics pour les personnes sans couverture maladie pour un forfait de 30 baths seulement par épisode de soins (0,75 US\$) et augmentait d'un facteur quatre le financement des soins des hôpitaux publics prenant en charge les 30% les plus pauvres de la population bénéficiant déjà de la couverture maladie par l'assurance publique.

et infantile demeure un sujet de discussion et que toutes les interventions ne se « valent pas » ni en termes d'efficience, ni d'équité.

Rentabilité sanitaire potentielle

En dépit des limites évoquées plus haut de ce type d'exercices, plusieurs modélisations soulignent la faisabilité et la rentabilité potentielle d'un investissement massif dans la SRMNI.

Se référant à l'objectif adopté par les Nations Unies dans le cadre de la stratégie dite « Every woman, Every child » et visant à réduire de moitié la mortalité néonatale liée à la prématurité (estimée à plus de 920.000 décès annuels), Lan et al. (2013) estiment qu'un accès universel à une série d'interventions ciblées permettrait une réduction de l'ordre de 80% de celle-ci et identifient l'administration anténatale de corticostéroïdes et les programmes d'appui à la relation mère-enfant en cas de prématurité (Kangaroo Mother Care - KMC¹¹¹) comme les mesures les plus coût-efficaces. Stenberg et al (2012) estiment qu'une augmentation de 5\$ par tête des dépenses de santé consacrées à 6 groupes d'interventions (santé maternelle, santé néonatale, santé infantile, vaccination, planning familial, Sida, Malaria) entre 2015 et 2035 dans 74 pays les plus affectés (soit un investissement de 30 Mds US \$/an) permettrait un retour sur investissement neuf fois supérieur et permettrait d'« éviter » 147 millions de décès d'enfants, 32 millions de prématurés et 5 millions de décès maternels. A partir d'une modélisation, portant sur 34 pays représentant 90% de la mortalité infantile mondiale, de l'impact potentiel de dix interventions visant à réduire la malnutrition de la mère (estimée comme impliquée dans 800.000 décès néonataux) et infantile (impliquée dans 3,1 millions de décès), Bhutta et al (2013) estiment possible de réduire de 15% cette mortalité en 5 ans pour 9,6 Mds de \$ supplémentaires par an et qu'une supplémentation systématique en sel iodé peut encore améliorer ce résultat.

Cependant, comme déjà mentionné, ce type de modélisation ne permet pas d'orienter véritablement les politiques publiques puisqu'elles ne simulent pas des scénarios alternatifs combinant différents types d'interventions (spécifiques à la SRMNI, renforcement d'ensemble du système de santé et de la couverture santé, politiques d'autres secteurs).

Quelques leçons pour l'évaluation de l'action française dans le cadre de l'initiative MUSKOKA

¹¹¹ KMC est une méthode qui se veut le standard de référence pour la prise en charge des nouveau-nés (prématurés ou non) et comprend trois volets : favoriser le contact physique entre la poitrine de la mère et le front de l'enfant, promouvoir l'allaitement maternel exclusif et apporter un soutien psycho-social à la dyade mère/bébé (voir <http://www.kangaroomothercare.com/>).

Ce qui me semble ressortir de ce rapide survol de la littérature dans la perspective de l'évaluation en cours (outre qu'il peut sans doute aider l'équipe d'évaluation à affiner sa grille d'interprétation et à la contextualiser dans le contexte des débats internationaux), sont les points suivants.

La littérature conforte les deux idées suivantes :

- Il existe une très forte légitimité à un investissement massif et prolongé en matière de SRMNI qui au-delà de la réalisation des Objectifs du Millénaire, peut contribuer à une action sanitaire efficace sur tout le cycle de vie des individus et adapter la réponse à la transition épidémiologique vers les maladies chroniques (dites « non-transmissibles » depuis le sommet Onusien de septembre 2011).
- Il était souhaitable de rééquilibrer l'allocation des ressources et de l'attention internationales sur la santé entre la lutte contre les trois grandes pandémies (Sida, tuberculose, paludisme) et l'amélioration de la SRMNI, tout en s'efforçant de maximiser les synergies entre ces deux domaines qui ont d'importantes zones de recouvrement.

Elle incite à une réflexion critique sur les trois points suivants de l'implication française dans Muskoka :

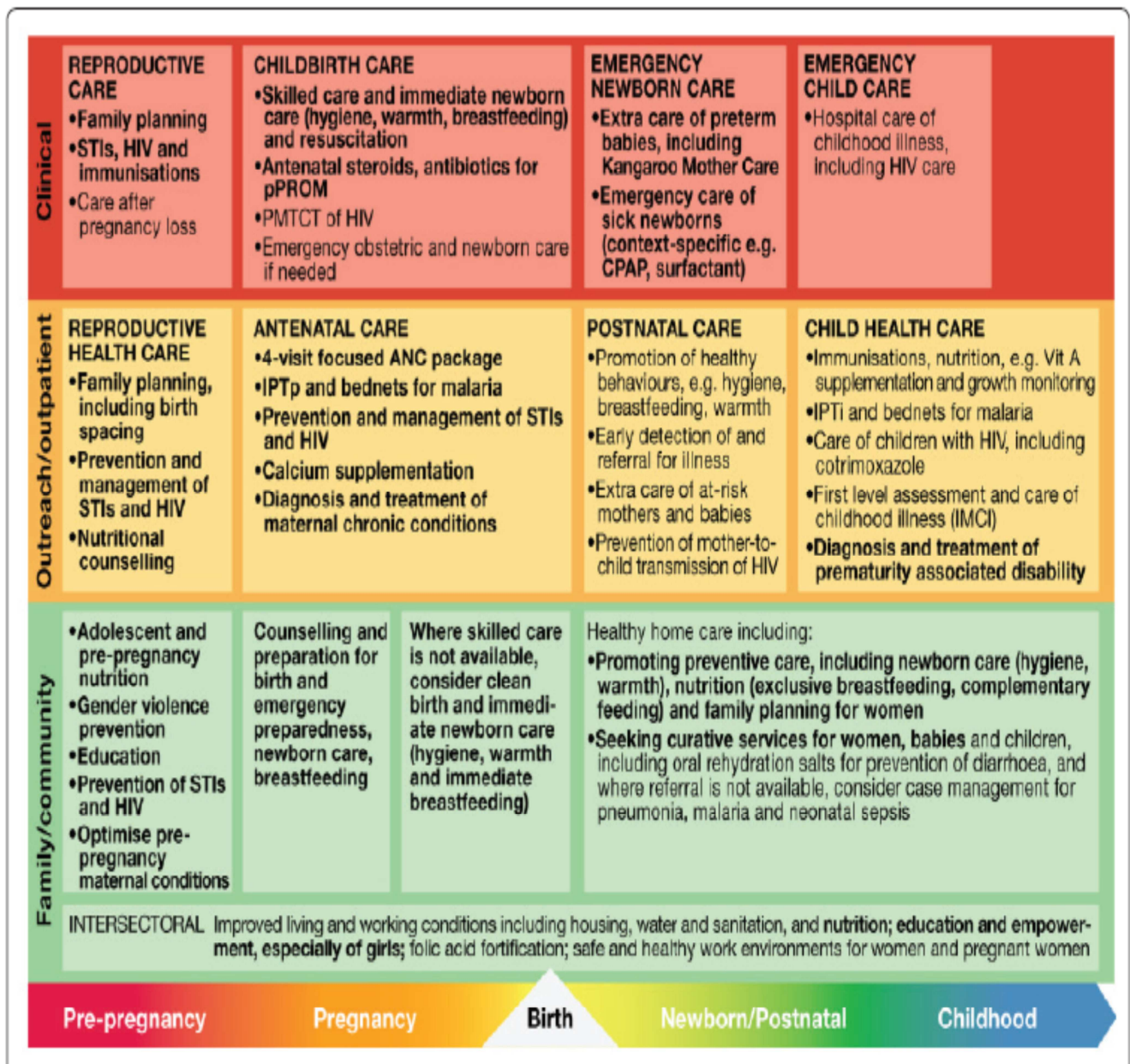
- Cette implication dans MUSKOKA ne s'est pas suffisamment accompagnée d'un investissement dans les différentes instances technico-politiques qui structurent le débat international sur la SRMNI (ex. Countdown to 2015, UN Commission on Information and Accountability for Women's and Child Health mise en place en 2010 etc.) (pour une vue des points-clé de ce débat, voir Spector, 2014).
- Elle ne s'est pas accompagnée d'une réflexion stratégique articulée sur le mix optimal d'interventions et de politiques à promouvoir (entre interventions ciblant spécifiquement la SRMNI, renforcement des systèmes de santé et politiques hors santé susceptibles d'impacter la SRMNI), ni d'un effort visant à collecter des informations permettant d'avancer dans ce sens.

La participation française à MUSKOKA s'est clairement appuyée sur une vision innovante des processus à mettre en œuvre pour favoriser les synergies d'une part entre donneurs et acteurs nationaux sur le terrain, d'autre part au plan international entre SRMNI et organisations multilatérales ciblant les grandes pandémies infectieuses. Mais, cette vision ne s'est pas accompagnée d'une réflexion stratégique sur la façon dont elle pouvait s'articuler avec les grands objectifs portés par ailleurs par la France, notamment dans la perspective de la couverture santé universelle (par exemple

Évaluation conjointe des interventions de la DGM (MAE) et de l'AFD en matière de santé maternelle et infantile pour mettre en œuvre les engagements pris par la France à Muskoka

au travers du réseau P4Health –Health and Social Protection Network avec le BIT, l'OMS, la Banque Mondiale, la GIZ allemande etc. ; voir <http://p4h-network.net/>).

FIGURE 1- Interventions considérées comme efficaces dans les pays en développement pour les services de santé maternelle, néonataux et infantile (source : Howson et al 2012, WHO)



REFERENCES

- AFRIDI MA, VENTELOU B. Impact of health aid in developing countries: The public vs. the private channels. *Economic Modelling* 2013, 31: 759-765.
- ANAND S, BARNIGHAUSEN. Human resources and health outcomes. Cross-country econometric study. *Lancet* 2004, 364: 1603-1609.
- BARKER D.J, OSMOND C. Infant mortality, childhood nutrition, and ischaemic heart disease in England and Wales. *Lancet* 1986, 1: 1077-1081.
- BARROS AJ, RONSMANS C, AXELSON H, LOAIZA E, BERTOLDI AD, FRANCA GV, BRYCE J, BOERMA JT, VICTORA CG. Equity in maternal, newborn, and child health interventions in Countdown to 2015: a retrospective review of survey data from 54 countries.
- BAUER PT. *Dissent on development: Studies and debates in development economics*. Harvard University Press, Cambridge, MA, 1976.
- BHUTTA ZA, DAS JK, RIZVI et al. Evidence-based interventions for improvement of maternal and child nutrition: what can be done and at what cost? *Lancet* 2013; 382: 452-477.
- BLACK P, VICTORA CG, WALKER SNP et al. Maternal and child undernutrition and overweight in low-income and middle-income countries. *Lancet* 2013, 382: 427-451.
- BORGHOL N, SUDERMAN M, McARDLE W et al. Associations with early-life socio-economic position in adult DNA methylation. *International Journal of Epidemiology* 2012, 41: 62-74.
- BRAVEMAN P, EGERTER S, WILLIAMS DR. The Social Determinants of Health: Coming of Age. *Annual Review of Public Health* 2011, 32: 381-398.
- BURNSIDE C, DOLLAR D. Aid, policies and growth. *American Economic Review* 2000, 90: 847-868.
- CASE A, FERTIG A, PAXSON C. The lasting impact of childhood health and circumstance. *Journal of Health Economics* 2005, 24 : 365-389.
- COUNTDOWN TO 2015. Building a future for women and children. The 2012 report. WHO & UNICEF, Washington DC, 2012.
- EASTERLY W. *The white man's burden: why the west's efforts to aid the rest have done so much ill and so little good*. Penguin Press, New-York, NY, 2006.
- EASTERLY W (Ed). *Reinventing foreign aid*. MIT Press, Cambridge, MA, 2008.
- EASTERLY W, FRESCHI L. National, regional and worldwide estimates of stillbirths. *Lancet* 2011, 378: 873.
- GRUBER J, HENDREN N, TOWNSEND RM. The Great Equalizer: Health Care Access and Infant Mortality in Thailand. *Applied Economics* 2014, 6: 91-107.
- GUPTA N, MALIQI B, FRANCA A, NYONATOR F, PATE MA, SANDERS D, BELHADJ H, DAELMANS B. Human resources for maternal, newborn and child health: from measurement and planning to performance for improved health outcomes. *Human Resources for Health* 2011, 9: 16-27.
- HANCIOGLU A, ARNOLD F. Measuring coverage in MNCH: tracking progress in health for women and children using DHS and MICS household surveys. *PLoS Medicine* 2013, 10 (5): e1001391.
- HORWITZ AV, WIDOM CS, McLAUGHLIN J et al. The impact of childhood abuse and neglect on adult mental health: a prospective study. *Journal of health and social behavior* 2001, 42: 184-201.

HOWSON CP, KINNEY MV, LAWN JE. Born too soon: The global action report on preterm births. World Health Organization 2012, Geneva.

KAWACHI I, ADLER NE, DOW WH. Money, schooling and health: Mechanisms and causal evidence. *Annals of the New York Academy of Sciences* 2010, 1186: 56-68.

KRUK ME, PESCOTT MR, de PINHO H, GALEA S. Equity and the child health Millennium Development Goal: the role of pro-poor health policies. *Journal of Epidemiology & Community Health* 2011, 65:327-333.

LAWN JE, KINNEY MV, BELIZAN JM et al (on behalf of the Preterm Birth Action Group). Born too soon: Accelerating actions for prevention and care of 15 million newborns born too soon. *Reproductive Health* 2013, 10: S6-S26.

LOW-BEER D, KOMATSU R, KUNI O. Saving Lives in Health: Global Estimates and Country Measurement. *PLoS Medicine* 2013,10(10): e1001523.

McCOY D, JENSEN N, KRANZER K, FERRAND RA, KORENROMP EL. Methodological and Policy Limitations of Quantifying the Saving of Lives: A Case Study of the Global Fund's Approach. *PLoS Medicine* 2013, 10(9): e1001522.

MOSS T, PETTERSSON G, van de WALLE N. An Aid-Institutions Paradox? A Review Essay on Aid Dependency and State Building in Sub-Saharan Africa. Center for Global Development, Working Paper 74, Washington DC, 2006.

MOURAO PR. The African aid trap – are we helping the poorest or the richest? *Agrekon* 2012, 51: 93-106.

MOYO D. Dead aid- why aid is not working and how there is another way for Africa. Penguin, London, UK, 2009.

MULDOON KA, GALWAY LP, NAHAJIMA M, KANTERS S, HOGG RS, BENDAVID E, MILLS EJ. Health system determinants of infant child and maternal mortality: A cross-sectional study of UN member countries. *Globalization & Health* 2011, 7: 42-52.

PINOT DE MOIRA A., POWER C, LI L. Changing influences on childhood obesity: a study of 2 generations of the 1958 British birth cohort. *American Journal of Epidemiology* 2010, 171: 1289-1298.

PRITCHETT L, SUMMERS LH. Wealthier is healthier. *Journal of Human Resources*, 1996, 31: 841-868.

SAIFUDDIN A, CREANGA AA, GILLEPSIE DG, TSUI AO. Economic status, education and empowerment: Implications for maternal health service utilization in developing countries. *PLoS One* 2010, 5: e11190.

SHONKOFF JP, RICHTER L., van der GAAG J et al. An integrated scientific framework for child survival and early childhood development. *Pediatrics* 2012, 129 : e460-472.

SPECTOR JM. Inside Millenium Development Goal 4. *Pediatrics* 2012, 129: 805-808.

STENBERG K, AXELSON H, SHEEHAN P. Advancing social and economic development by investing in women's and children's health: a new Global Investment Framework. *Lancet* 2014: 1333 – 1354.

VANDERMORTERLE J. The MDG conundrum: Meeting the targets without missing the point *Development Policy Review* 2009, 4: 355-371.

VERGUET S, JAMISON DT. Estimates of performance in the rate of decline of under-five mortality for 113 low- and middle-income countries, 1970–2010. *Health Policy and Planning* 2014, 29: 151-163.

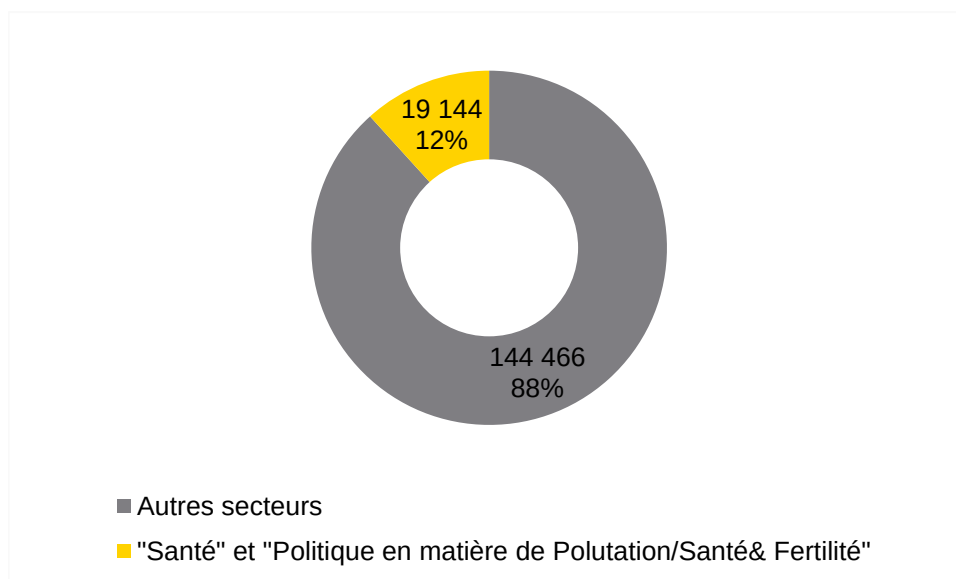
VICTORA CG, BARROS AJD, AXELSON H et al. How changes in coverage affect equity in maternal and child health interventions in 35 Countdown to 2015 countries: an analysis of national surveys. *Lancet* 2012, 380: 1149 – 1156.

10.2. Annexe 2 : Analyse des engagements Muskoka d'autres bailleurs (comparaisons pays)

10.2.1. Engagements des bailleurs internationaux en faveur de la santé maternelle, néonatale et infantile

En moyenne sur la période 2008-2012, plus de 19 milliards de dollars d'Aide Publique au Développement (APD) ont été dépensés chaque année en matière de santé et de population/santé et fertilité. Ce montant représente près de 12% du total de l'aide versée par les bailleurs de fonds.

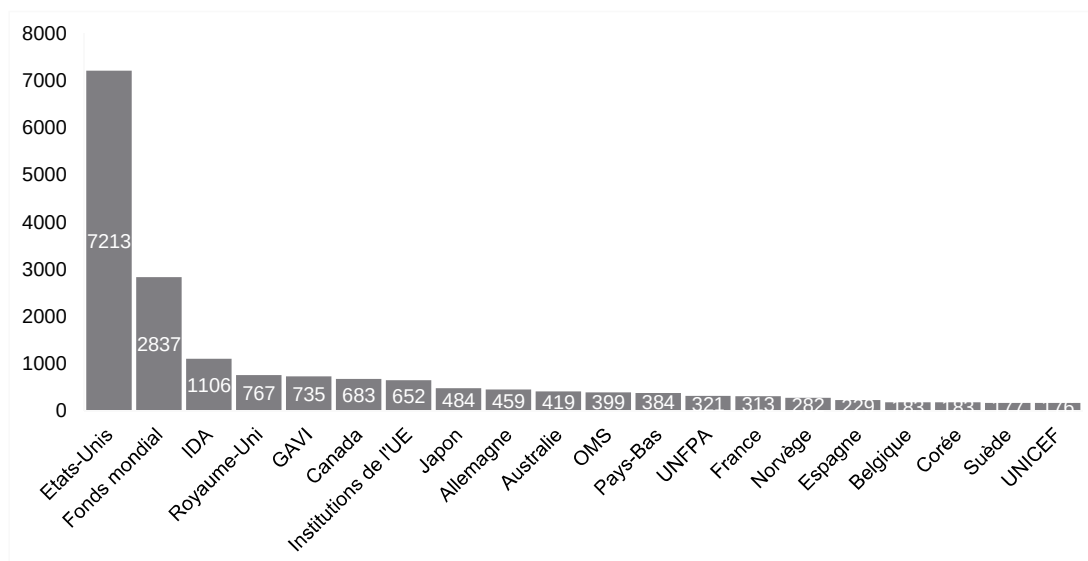
Graphique 13 : répartition de l'APD totale versée aux pays en développement (moyenne 2008-2012, en millions de dollars)



Source : Données OCDE

Parmi les contributeurs au financement de la santé, les Etats-Unis se distinguent avec un investissement qui représente globalement près de 40% de l'APD totale en matière de santé. Ils sont suivis par le Fonds Mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme (Fonds Mondial) (15% de l'APD en santé) et l'Association internationale de développement (AID) (6% de l'APD en santé).

Graphique 14 : Classement des vingt bailleurs les plus importants dans le secteur de la santé - montants de l'APD dédiée à la santé versés aux pays en développement (moyenne 2008-2012, en millions de dollars)



Source : Statistiques OCDE

En ce qui concerne plus particulièrement les financements en faveur de la SRMNI, selon la dernière estimation disponible, le total de l'aide au développement pour cette thématique aurait été de 5,58 milliards de dollars et 5,64 milliards de dollars respectivement en 2009 et 2010 avec un peu plus de la moitié de ces financements relevant du Sida, 15,9% pour les services de santé reproductive et 7,2% pour le planning familial.

Les principaux donateurs seraient les USA, le Fonds mondial, la Grande-Bretagne, le FNUAP, et la Banque Mondiale. (Hsu et al. 2012). En 2009, selon le rapport de Countdown to 2015, l'aide internationale sur la SRMNI représentait environ 40% du total de l'aide en matière de santé, et, plus de la moitié était concentrée sur 10 pays (Nigeria, Inde, Ethiopie, Afghanistan, Pakistan, RDC, Bangladesh, Tanzanie, Kenya et Soudan). Cependant, la liste des pays bénéficiant le plus de l'aide rapportée au nombre d'enfants de 0 à 5 ans est sensiblement différente : Iles Solomon, Sao Tomé et Príncipe, Liberia, Djibouti, Guinée Equatoriale, Rwanda, Afghanistan¹¹².

¹¹² Countdown to 2015. Building a future for women and children. The 2012 report. WHO & UNICEF, 2012.

Tableau 15 : Engagements financiers dans le cadre de l'initiative Muskoka

Pays du G8	Engagement	Calendrier	Décaissements (baseline)	Champ d'application	Canal bilatéral - multilatéral
Royaume-Uni	2,43 Mds € (£ 2,1 Mds ; \$ 3,4 Mds)	2010-2015	1,73 Mds€ fin 2012 (55%)	Les champs concernés sont l'empowerment des femmes et filles, notamment en matière de procréation ; l'élimination des obstacles qui empêchent l'accès aux services de soins, l'augmentation de la qualité du service et le renforcement du reporting à tous les niveaux	A fin 2012, des décaissements supérieurs aux octrois dont £ 588M pour la SRMNI en 2010 (+ 196M baseline 2008). +£ 294 M par rapport à 2011 et +392 M (soit le double) à compter de 2012-2015
Etats-Unis	964 M€ (\$ 1,346 Mds)	2010-2011	1,17Mds€ fin 2012 (>100%)	Programmation liée directement à la SRMNI : programmes de base pour la santé maternelle et infantile, paludisme (89 % du total) et planification familiale.	GAVI: octroi 450M\$ sur 2012-2014 Fonds Mondial: +\$403M sur 2010-12
Canada	788 M€ (\$CA 1,1 Mds)	2010-2015	53 Mds\$ en 2014 (80%)	Le renforcement des systèmes de santé La réduction du fardeau des principales maladies L'amélioration de la nutrition	Canal multilatéral: UNICEF, FNUAP, OMS, Banque Mondiale. ONG canadiennes : World Vision, Plan Canada, Aga Khan Foundation Canada, CARE Canada.
France	500 M€	2011-2015	Fin 2012: 188,8M€ (+59,3M€ octroi)	Les champs thématiques concernés sont : le soutien à la planification familiale, renforcement des systèmes de santé par le financement de la santé (mutualisation des risques, ressources humaines qualifiées, accès aux médicaments et à la vaccination), - soutien à d'autres secteurs (eau, assainissement).	Multilatéral : 25M€ via les institutions de l'ONU (OMS 4,5; FNUAP 5, UNICEF 8,5, ONU-Femmes 1) 2011-12 Fonds mondial : 60 M€ (soit 27M€ comptés Muskoka) Bilatéral 48M€ via l'AFD (26,8M en 2011, 28M en 2012 + 59,3M octroi supplémentaire) 0,5M AKDN +Soutien direct GAVI (11,5M décaissés fin 2012) + contribution directe 30M décaissés sur 2011-12
Allemagne	400 M€	2011-2015	303M€ fin 2012	Essentiellement droits et santé sexuelle et reproductive, santé maternelle, planification familiale volontaire. Par ailleurs, une initiative fédérale a été initiée sur la SRMNI.	Fonds Mondial : 200M€ par an depuis 2008 GAVI : 6M€ en 2011(+14M€ octroi bilatéral) Engagement Muskoka +60M€ (2011) +76M€ (2012)
Japon	358 M€ (50 Mds yens / \$ 500 M)	2011-2015	245M\$ fin 2012 (49%)	Renforcement des systèmes de santé; Mise à disposition de mesures cliniques et de prévention pour la SRMNI et des équipements sanitaires sur la base de programmes; Renforcement des liens entre communautés via des stratégies innovantes.	ND

Évaluation conjointe des interventions de la DGM (MAE) et de l'AFD en matière de santé maternelle et infantile pour mettre en œuvre les engagements pris par la France à Muskoka

Pays du G8	Engagement	Calendrier	Décaissements (baseline)	Champ d'application	Canal bilatéral - multilatéral
Italie	53,7 M€ (\$ 75 M)	2011-2015	Pas de fonds supplémentaires (238M\$)	Système de santé, nutrition, contrôle des maladies infectieuses, services de conseil sur les pratiques traditionnelles	Environ 70% par le canal multilatéral (principalement GAVI, AMC et IFFIm), tandis que le canal bilatéral soutient des thématiques telles que les RH en santé ou la lutte contre les MST.
Russie	53,7 M€ (\$ 75 M)	2011-2015	50,7M\$ (68%)	Focus sur les causes de mortalité principales : VIH/sida, paludisme, poliomyélite, vaccins, conditions sanitaires...	Environ 70% par le canal multilatéral (OMS, GPEI, UNFPA, IDA, UNICEF, PAM, AMCs)
Institutions de l'UE	50,1 M€ (\$ 70 M)	2010-2013	26M€ fin 2012 (52%) <i>dont</i> <i>6 Fonds Mondial</i> <i>20 MDG Initiative</i> <i>(Ghana, Liberia)</i>	Objet : OMD 4 et 5 L'UE finance le GAVI, le Fonds monial Un appel à projet concernant des droits afférents à santé en matière de sexualité et de procréation a été lancé pour la promotion d'actions et l'assistance technique à la définition de stratégies nationales (45 M\$, 28 projets sélectionnés) Soutien direct aux institutions spécialisées des Nations Unies (9 millions de dollars) afin de mieux établir le lien entre les soins en matière de VIH/sida et les soins d'ensemble dans le domaine de la santé génésique Dans le cadre de Muskoka, la Commission européenne s'est engagée à verser 1,42 Mds\$ sur trois ans (2011-2013). A New York, la Commission a annoncé une nouvelle initiative liée aux OMD, d'un montant de 1,32 milliard de dollars, afin d'aider les pays ACP à progresser vers les objectifs dont ils sont le plus éloignés.	Canal multilatéral uniquement Fonds Mondial: 15M supplémentaires attendus en 2013 GAVI: pas d'engagement « additionnel » (mais un engagement de 10M€ signé en 2012)

Sources : Rapport de Deauville sur la redevabilité 2011 / Engagements du G8 pour la santé et la sécurité alimentaire : bilan et résultats (page 28) ; Lough Erne Accountability Report G8 UK 2013

Au sommet de Muskoka, la France est le 4ème contributeur parmi les membres du G8 avec un engagement à hauteur de 500M€, représentant 9% du total de l'initiative. Les trois pays anglo-saxons représentent à eux seuls trois quarts du total des engagements pris à Muskoka, le

Évaluation conjointe des interventions de la DGM (MAE) et de l'AFD en matière de santé maternelle et infantile pour mettre en œuvre les engagements pris par la France à Muskoka

Royaume Uni s'étant engagé à hauteur de 2,43 Mds€ (44% du total de l'initiative), les Etats-Unis à hauteur de 964M€ (17%) et le Canada à hauteur de 788M€ (14%).

10.2.2. Norvège

La Norvège fait partie des pays n'appartenant pas au G8 mais ayant décidé d'adhérer à l'initiative de Muskoka.

Stratégie nationale

La Norvège a rédigé un Livre Blanc¹¹³, adopté par le Parlement, détaillant ses engagements en termes d'aide au développement, principalement axé sur la SRMNI. Ce livre blanc met en lumière les défis posés par la coopération en SRMNI, et établit des priorités pour une politique norvégienne cohérente concernant l'aide à la coopération en santé à l'horizon 2020 avec un accent particulier sur trois domaines prioritaires: (i) la mobilisation pour les femmes et les droits et la santé des enfants, (ii) la réduction du fardeau de la maladie en mettant l'accent sur la prévention et (iii) la promotion de la sécurité humaine à travers la santé. Au niveau international, la Norvège est impliquée dans de nombreuses initiatives relatives à la SRMNI. Elle est l'un des partenaires majeurs de la *Commission for Information and Accountability* (CoIA). Elle co-préside, avec le Nigéria, la *UN Commission on Life-Saving Commodities for Women and Children* (CoLSC) et joue un rôle de chef de file sur cette thématique des produits de base. Elle cofinance les fonds dédiés à l'UNICEF (RMNCH Trust Fund), à la Banque Mondiale (the Health Results Innovation Trust Fund), les travaux de l'OMS (National Health Accounts) et la Clinton Health Access Initiative on Health Accounts. Enfin, la Norvège cofinance (avec la Fondation DfID) une partie des actions du portefeuille *Evidence for Action* (E4A)¹¹⁴. Par ailleurs, la Norvège est l'un des sponsors principaux de l'initiative "Chaque Femme Chaque Enfant", du Partenariat pour la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant (PMNCH) de l'OMS, de l'*Independent Expert Review Group* (IERG).

Sur la période 2008-2012, la Norvège a priorisé, dans le domaine de la SRMNI, les partenariats avec 5 pays : **Nigeria, Tanzanie, Malawi, Inde et Pakistan**. Depuis, les priorités sont davantage orientées sur des périmètres géographiques plus larges, via le cofinancement d'instruments spécifiques (RMNCH trust fund, CoLSC, CoIA, HRITF – RBF, Innovation for MNCH).

Engagements financiers et décaissements

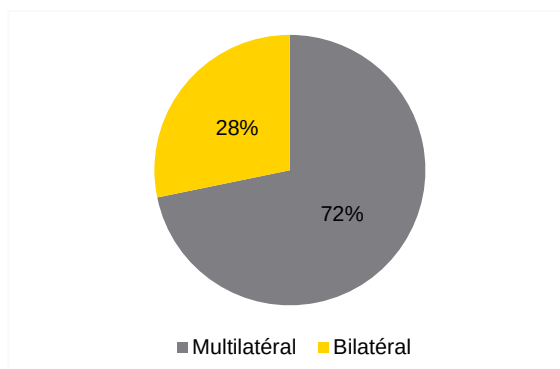
En 2010, la Norvège s'est engagée dans le cadre de l'initiative Muskoka à verser 3 milliards de NOK supplémentaires (358M€) dans le domaine de la SRMNI. En 2011 et 2012, plus de 4 milliards de NOK ont été décaissés, ce qui signifie que la Norvège a d'ores-et-déjà atteint les objectifs qu'elle s'était fixés au sommet du G8.

La Norvège a déjà décaissé pour cette 88 M Nok, tandis qu'un engagement supplémentaire de 48 M Nok d'ici fin 2015 est prévu.

¹¹³ Norwegian white paper: Global health in foreign and development policy (2012)

¹¹⁴ Programme visant à améliorer la survie maternelle et néonatale dans six pays d'Afrique subsaharienne sur la période 2011-2016 ; combinant plusieurs approches (stratégique, plaidoyer, démonstration...)

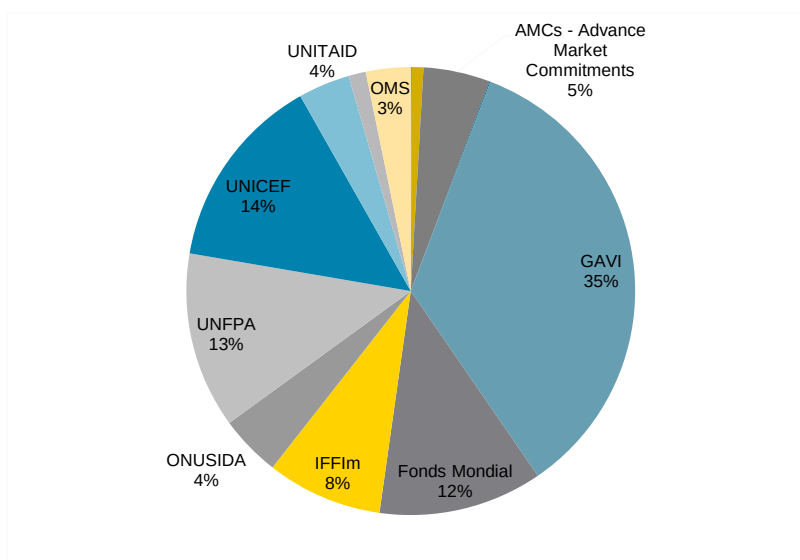
Figure 4 : Ventilation de l'aide norvégienne dédiée aux OMD 4 et 5 par canal, moyenne 2010-2012



Source : Données transmises par l'agence norvégienne de développement (Norad)

La Norvège privilégie fortement le canal multilatéral pour sa contribution aux OMD 4 et 5 (+ 20 points). Alors que l'enveloppe multilatérale française est en majorité dédiée au Fonds Mondial (52%), la Norvège a en effet fait le choix de prioriser la thématique de l'accès aux vaccins et aux médicaments (35% de l'enveloppe multilatérale est dédiée au GAVI, et 8% à l'IFFIM) ainsi que le soutien à la population via l'UNICEF (14%) et le FNUAP (13%).

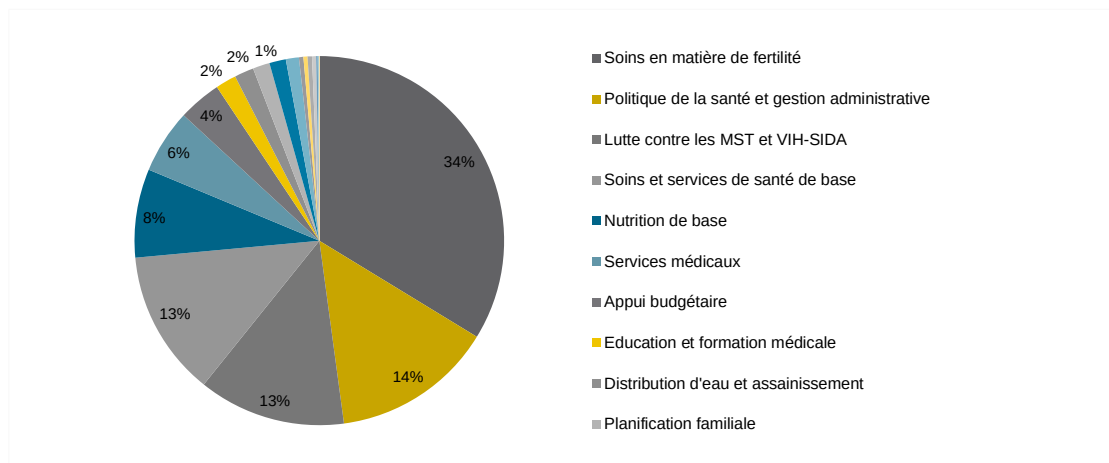
Figure 5 : Ventilation de l'aide multilatérale norvégienne par instrument, en 2012



Source : Données transmises par l'agence norvégienne de développement (Norad)

Au niveau de l'aide bilatérale, la Norvège consacre plus d'un tiers de son aide à la coopération à la Santé Sexuelle et Reproductive (SSR).

Figure 6 : Ventilation de l'aide bilatérale norvégienne, par secteur et codes du Comité d'Aide au Développement (CAD)



Source : Données transmises par l'agence norvégienne de développement (Norad)

Sur le cadre de l'initiative Muskoka et du système de redevabilité

La Norvège utilise et respecte la méthodologie de redevabilité définie à Muskoka concernant le suivi de ses engagements en matière de santé maternelle et infantile. Les données présentées ci-dessus tiennent compte de cette méthodologie.

De plus, la Norvège a également soutenu, au niveau de l'OCDE, la création d'indicateurs spécifiques pour la SRMNI dans la typologie des codes du Comité d'Aide au Développement (CAD). La Norvège effectue désormais son reporting via les indicateurs CAD de l'OCDE.

Vision de l'après-2015

La Norvège envisage de maintenir le niveau de ses engagements en matière de santé maternelle et infantile d'ici 2020. Elle soutient fortement l'inclusion de la thématique « santé » dans les futurs objectifs de développement post-2015, et attache une importance à poursuivre les efforts visant à atteindre les OMD 4, 5 et 6. La Norvège met également en avant l'importance d'inscrire à l'agenda post-2015 la lutte contre les maladies non transmissibles (NCDs), tout en préconisant que la majorité des actions devraient davantage relever de la prévention. Enfin, la Norvège fait de la Santé Sexuelle et Reproductive (SSR) ainsi que des droits qui y sont liés, un axe à poursuivre après 2015.

Les axes d'amélioration de l'action des bailleurs internationaux en faveur de la SRMNI identifiés par la Norvège concernent une attention renforcée aux problématiques de SSR - notamment concernant le planning familial / contraceptions et les avortements sécurisés – (OMD 4) et à l'accès des minorités à ces services (OMD 6).

Sur le pilotage de l'initiative Muskoka, la Norvège estime que l'engagement et le leadership canadiens seraient appréciés. La Norvège réitère que la présidence de la Commission de l'information et de la redevabilité pour la santé de la femme et de l'enfant (CoIA) par un pays fortement engagé doit demeurer une priorité absolue de l'agenda post-2015.

En conclusion, il apparaît que le dispositif Muskoka a davantage renforcé, plutôt que réorienté, la stratégie de coopération norvégienne en matière de SRMNI.

10.2.3. Allemagne

Stratégie nationale en matière de SRMNI

En 2011, le ministère fédéral de la Coopération économique et du Développement (BMZ) a lancé une initiative sur le **planning familial autodéterminé et la santé maternelle**, ayant permis de doubler le 11, il a plus que doublé le budget alloué à ces domaines par rapport à 2008, portant ainsi la somme totale à près de 100 M€. En 2012, le BMZ et la Fondation Bill & Melinda Gates ont encore augmenté leur engagement, en débloquant 20M€ supplémentaires pour la thématique planning familial en Afrique de l'Ouest.

Afin de mettre en œuvre les engagements pris à Muskoka, l'Allemagne a identifié deux conditions préalables à la baisse de la mortalité maternelle et infantile, à savoir (i) une éducation de qualité pour les filles et les femmes et (ii) leur indépendance financière.

Plus spécifiquement, l'Allemagne retient comme domaines prioritaires d'intervention :

- ▶ l'amélioration de la connaissance et de l'acceptance par les femmes des méthodes modernes de planning familial,
- ▶ l'augmentation du nombre d'accouchements assistés par un professionnel de santé (impliquant, notamment, la formation de sages-femmes).

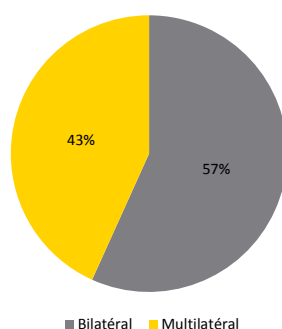
La coopération allemande dans le domaine de la santé concerne un large périmètre de pays. Parmi les pays bénéficiaires de cette APD santé, **17 pays** font bénéficier de programmes éligibles Muskoka à 100%, notamment en Afrique (Guinée, Cameroun, Cote d'Ivoire, Niger, Burkina Faso, Sierra Leone, Burundi, Malawi), en Asie (Cambodge, Népal, Vietnam, Sri Lanka, Bangladesh, Pakistan) et au Kirghizstan, Tadjikistan et Yémen.

L'Allemagne participe aussi au financement de nombreuses initiatives, parmi lesquelles le Fonds Mondial (~200M€/an), GAVI (4M€ en 2010, 6M€ en 2011 et 10M€ en 2012), l'UNFPA, l'UNICEF, le PAM, la Banque Mondiale, IDA, les Fonds Régionaux de développement etc. Ces différents instruments financiers sont inclus dans les chiffres du canal multilatéral présentés ci-après.

Engagements financiers et décaissements

En 2010, l'Allemagne s'est engagée à allouer 400M€ dans le cadre de l'initiative Muskoka sur la période 2011-2015 (pour un montant baseline en 2008 de 302,6M€). Elle privilégie majoritairement le canal bilatéral, mais si la ventilation entre les canaux bi- et multi- est relativement équilibrée.

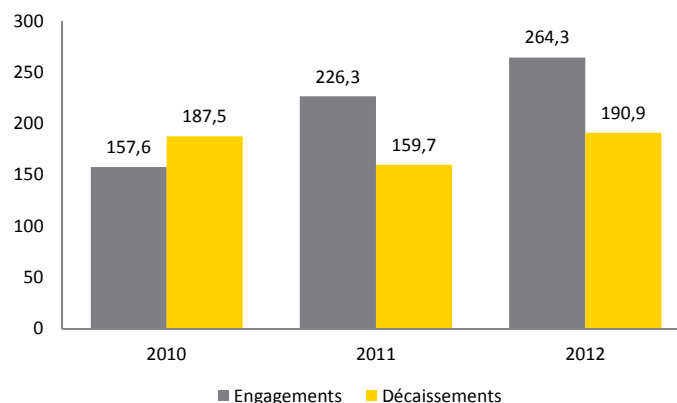
Figure 7 : Ventilation de l'aide allemande dédiée aux OMD 4 et 5 par canal, moyenne 2010-2012



Source : Données transmises à EY par le BMZ

Au niveau du **canal bilatéral**, on observe un niveau soutenu des engagements en faveur de la SRMNI sur la période 2010-2012, avec toutefois un rythme et des niveaux plus fluctuants concernant les décaissements.

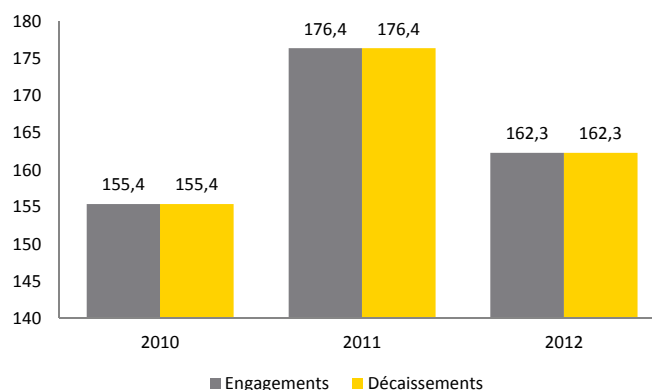
Figure 8 : Evolution de l'aide bilatérale allemande dédiée aux OMD 4 et 5 dans le cadre de l'initiative Muskoka, en M€ sur la période 2010-2012



Source : Données transmises à EY par le BMZ

Au niveau du **canal multilatéral**, on observe une augmentation importante des engagements et décaissements entre 2010 et 2011, puis une diminution entre 2011 et 2012.

Figure 9 : Evolution de l'aide multilatérale allemande dédiée aux OMD 4 et 5 dans le cadre de l'initiative Muskoka, en M€ sur la période 2010-2012



Source : Données transmises à EY par le BMZ

Au regard des décaissements effectués sur la période 2010-2012, l'Allemagne se déclare confiante concernant le respect de ses engagements Muskoka. Enfin, il est noté que l'Allemagne soutient également la société civile, en finançant des ONG locales dans les pays partenaires ainsi que des ONG allemandes.

Sur le cadre de l'initiative Muskoka et du système de redevabilité

Concernant la redevabilité, l'Allemagne utilise les pourcentages SRMNI définis dans le cadre la méthodologie de redevabilité élaborée par les membres du G8. Toutefois, le pays suit sa contribution à l'initiative en termes d'*engagements*, et non de décaissements.

Vision de l'après-2015

Dans son document stratégique « Post -2015 Agenda for Sustainable Development, Key Positions of the German Government », l'Allemagne identifie comme objectif prioritaire l'amélioration de la santé des populations via la mise en place de la **couverture maladie universelle**, et plus spécifiquement d'ici 2030 :

- ▶ Au moins 80% des 40% de la population la plus pauvre ont une couverture maladie concernant l'accès aux services de santé essentiels ;
- ▶ Augmentation de la couverture du risque financier induit par les dépenses de santé, pouvant aboutir à des situations d'entrée ou de maintien de la pauvreté ;
- ▶ Réduction de la mortalité maternelle et infantile de 2/3 et respect universel des droits en matière de santé sexuelle et reproductive ;
- ▶ Réduction du poids de la morbidité due aux maladies infectieuses de 2/3 (telles que VIH / SIDA, la tuberculose, le paludisme) et due aux maladies non transmissibles (MNT) de 1/3

L'Allemagne appelle à sécuriser un soutien financier important et continu à l'amélioration de la santé maternelle et infantile, afin d'éviter un déficit de financement transitoire entre la fin des OMD et le nouvel agenda.

Deux points d'attention sont mis en avant par l'Allemagne concernant la poursuite de la lutte contre la mortalité maternelle et infantile :

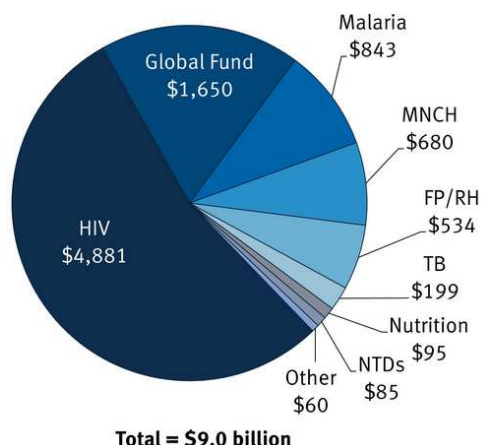
- ▶ Limiter les approches verticales en matière de SRMNI pourrait fragiliser davantage certains systèmes de santé ;
- ▶ Limiter le nombre d'initiatives globales en matière de SRMNI.

10.2.4. Etats-Unis

Stratégie nationale en matière de SRMNI

Le gouvernement américain est l'un des plus grands contributeurs mondiaux en matière de SRMNI depuis plusieurs décennies. La SRMNI occupe, depuis plusieurs années, une place importante dans les stratégies et la répartition des financements de la coopération en santé.

Figure 10 : Ventilation par secteur de la Global Health Budget Request en 2014



Source: Kaiser Family Foundation

La proposition de budget pour 2014 était de 680M\$ pour la SRMNI, soit une augmentation de 12% par rapport à 2012.

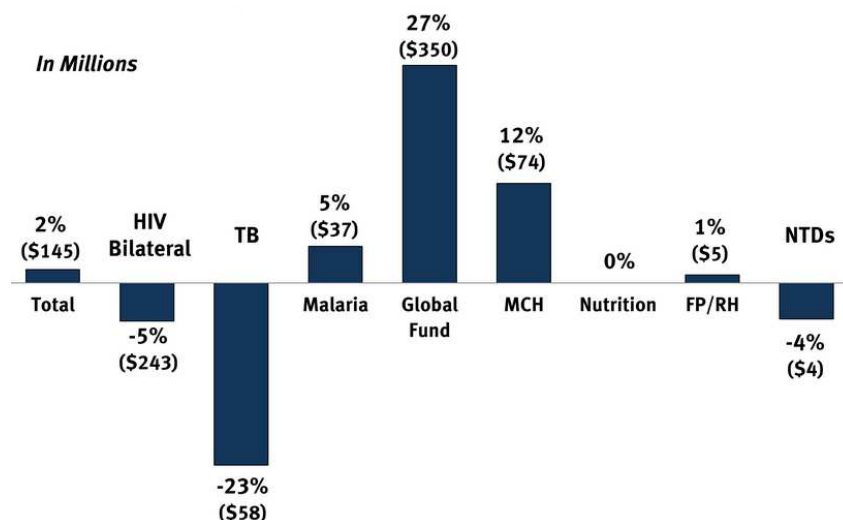
Il est toutefois à noter que ce chiffre :

- Inclut 175 millions à destination de GAVI,
- N'inclut pas les financements des autres comptes administrés par l'USAID ou le Département d'Etat (par exemple, contribution à l'Unicef).

L'administration Obama a fait de la SRMNI un élément clé de la *Global Health Initiative* (GHI), définie sur la période 2009-2014, avec pour objectifs spécifiques la réduction de la mortalité maternelle de 30% et la réduction de la mortalité infantile de 35% dans les pays d'interventions. Avec la GHI, l'USAID a mis davantage l'accent sur les efforts visant à réduire la mortalité des enfants dans le but de sauver la vie de 5 millions d'enfants entre 2010 et 2015. La Secrétaire d'Etat a également intégré la dimension « droit des femmes » (dont la santé sexuelle et reproductive) et « l'empowerment » (autonomisation, développement du pouvoir d'agir).

Cet engagement se traduit notamment dans l'évolution des budgets attribués aux différentes thématiques au sein de la coopération en santé.

Figure 11 : Pourcentage d'évolution des financements par secteur entre 2012 et 2014



Source: Kaiser Family Foundation

En termes d'orientations stratégiques, quatre objectifs stratégiques ont été retenus dans le cadre de la CDC's *Global MCH Strategy*:

1. Réduire la morbi-mortalité des enfants de moins de 5 ans,
2. Réduire la morbi-mortalité maternelle et périnatale,
3. Renforcer les systèmes de santé et l'offre de services en SRMNI,
4. Renforcer les partenariats.

Il s'agit de la première stratégie globale dédiée à la SRMNI de la CDC. Cette stratégie est alignée sur :

- ▶ Les objectifs de santé mondiale du gouvernement américain (USG),
- ▶ La *Global Health Strategy* 2011-2015 du Department of Health and Human Services (HHS) – dont l'un des objectifs est de "soutenir la Global Health Initiative de l'USG" en mettant l'accent sur la SRMNI,
- ▶ La Stratégie de santé mondiale 2012-2015 du CDC,
- ▶ Les OMD 4 et 5.

La Stratégie mondiale pour la santé de la CDC mentionne enfin pour objectif «d'améliorer la santé et le bien-être des personnes dans le monde» et de «réduire la morbi-mortalité maternelle, périnatale et infantile».

La stratégie mise en œuvre par l'USAID

Le document *USAID Maternal Health Vision for Action* décrit la façon dont l'USAID contribue à mettre en œuvre la politique américaine en matière d'amélioration de la SRMNI. Ce document, rédigé en 2014, a également vocation à être utilisé pour le dialogue mondial avec les partenaires multilatéraux et bilatéraux de la coopération, les ONG et le secteur privé afin de guider les investissements stratégiques sur la SRMNI.

L'**objectif** de l'USAID est de contribuer à l'initiative *End Preventable Maternal Mortality* (EPM) avec un taux de mortalité maternelle cible de moins de **50 décès maternels pour 100.000 naissances vivantes en 2035**. Cet objectif équivaut à l'objectif le plus ambitieux défini par l'OCDE en 2010. Un objectif intermédiaire est l'attente d'ici 2030 d'une moyenne mondiale de moins de 70 décès pour 100.000 naissances vivantes.

Encadré 21 : Une mobilisation en faveur de la SRMNI réaffirmée

En 2013, des représentants de l'OMS et de l'USAID ont proposé dans *The Lancet Global Health* l'objectif ambitieux de réduire la moyenne mondiale du taux de mortalité maternelle à moins de 50 pour 100.000 naissances vivantes par 2035.

A la suite de cet article, une réunion a été organisée par l'OMS, la *Maternal Health Task Force* des Nations Unies, le FNUAP, l'**USAID** et le Maternal and Child Health Integrated Program. Des représentants de **30 pays** se sont accordés sur cette cible à atteindre dans **140 pays**.

L'approche d'USAID est organisée autour de 3 axes :

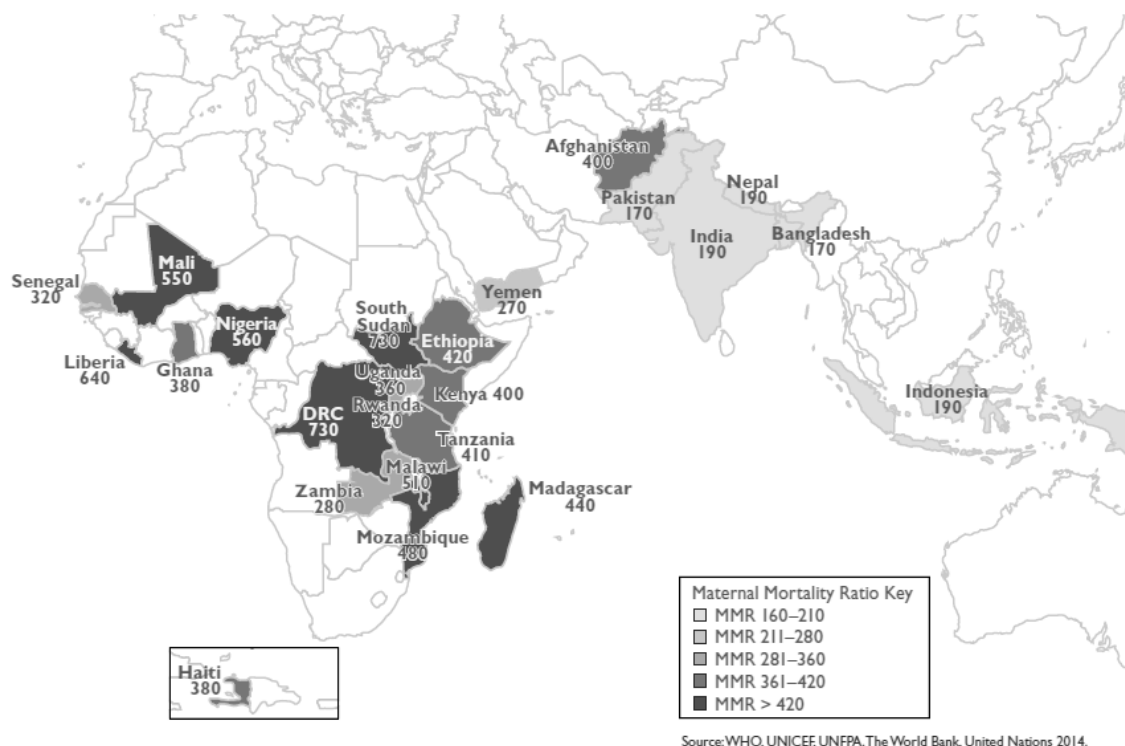
1. **Sensibilisation et mobilisation des individus et communautés**, afin de promouvoir des comportements sains et de favoriser l'égalité d'accès pour les plus vulnérables,
2. **Faire progresser les soins de qualité, en respect avec la planification familiale**, les soins de maternité, la nutrition et la prévention et le traitement des infections, y compris le VIH / sida, le paludisme et la tuberculose,
3. **Renforcement des systèmes de santé** afin de mobiliser les ressources humaines en santé, de renforcer les chaînes d'approvisionnement des intrants, de favoriser la qualité des soins, d'améliorer le suivi et la promotion des données pour la prise de décision.

En termes de **périmètre géographique**, l'USAID intervient dans les 24 pays concentrant plus de 70% des décès maternels dans le monde : **Afghanistan**, Bangladesh, **République démocratique du Congo**, Ethiopie, Ghana, **Haïti**, Inde, Indonésie, Kenya, Libéria, **Madagascar**, Malawi, **Mali**, Mozambique, Népal, Nigéria, Pakistan, Rwanda, **Sénégal**, Soudan du Sud, la Tanzanie, l'Ouganda, le Yémen, et la Zambie.

Les critères ayant permis de sélectionner ces 24 pays sont :

- Le nombre de décès et le taux de mortalité maternelle et infantile,
- L'implication des pays sur cette thématique,
- La présence de programmes de santé déjà initiés par l'USAID,
- La possibilité d'établir des partenariats avec les autres acteurs.

Figure 12 : Taux de mortalité maternelle dans les 24 pays prioritaires SRMNI de l'USAID en 2013



Source: Ending Preventable Maternal Mortality: USAID Maternal Health Vision for Action, Juin 2014

L'USAID a défini un objectif cible moyen pour ses 24 pays d'intervention, organisé autour de 9 indicateurs :

Figure 13 : Indicateurs sanitaires cibles retenus par l'USAID

Indicator*	Baseline 2013	Target 2020
Antenatal care, at least one visit	80%	90%
Antenatal care, at least four visits	44%	65%
Use of skilled birth attendant	51%	60%
Facility delivery	34%	60%
Facility delivery, rural	25%	45%
Facility delivery in bottom two wealth quintiles	7%	20%
Cesarean-section, rural	3.7%	5%
Cesarean-section in bottom two wealth quintiles	0.87%	3.5%
Postnatal care for women within two days of birth, regardless of birth location	38.7%	55%

* Data source: Demographic and Health Surveys

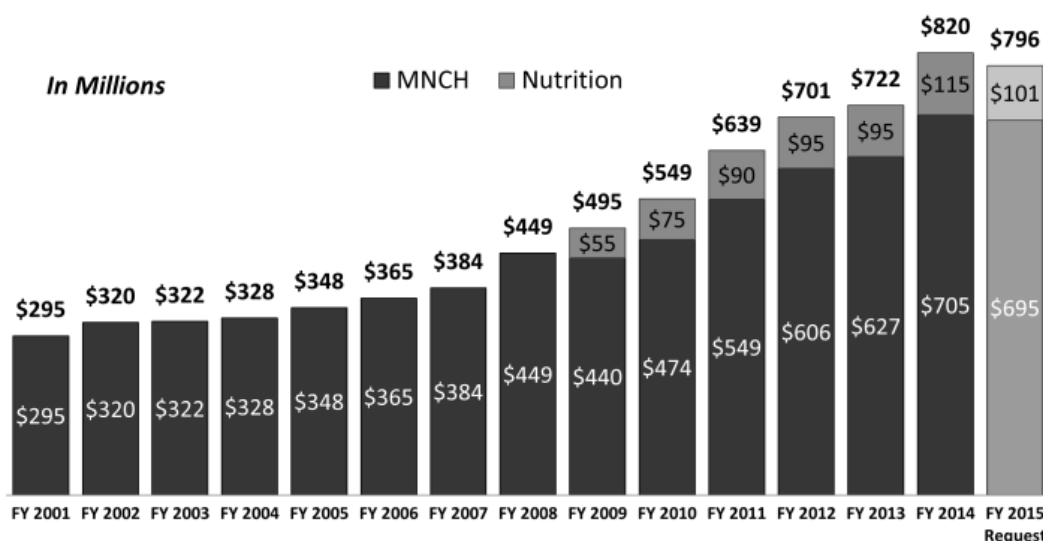
Source: Ending Preventable Maternal Mortality: USAID Maternal Health Vision for Action, Juin 2014

Engagements financiers et décaissements

La plupart des fonds du gouvernement américain en faveur de la SRMNI sont octroyés par le Congrès sur une base annuelle dans la section « Global Health Programs - GHP » du budget de l'USAID. Tous les financements SRMNI de la section GHP est comptabilisée dans le cadre de la redevabilité de la Global Health Initiative.

Des financements additionnels transitent également via d'autres canaux (Economic Support Fund, programmes mis en œuvre par la CDC...)

Figure 14 : Evolution du montant des financements du gouvernement américain en matière de SRMNI et de Nutrition sur la période 2001-2014



Source: Kaiser Family Foundation analysis of data from the Office of Management and Budget, Agency Congressional Budget Justifications, Congressional Appropriations Bills, and U.S. Foreign Assistance Dashboard

10.2.5. Royaume-Uni

Stratégie nationale en matière de SRMNI

Le Royaume Uni a élaboré en décembre 2010 un document intitulé '*Choices for Women: planned pregnancies, safe births and healthy newborns: the UK's Framework for Results for Reproductive, Maternal and Newborn Health in the developing world*' traduisant l'approche britannique en matière de SRMNI.

Pour atteindre ces résultats, le Royaume-Uni s'est donné les objectifs suivants :

- ▶ intensifier les actions en matière de SRMNI au travers des programmes de pays, en donnant davantage de ressources et une plus grande attention aux zones géographiques dans le portefeuille du DFID et aux femmes et les bébés ont le plus besoin, en se concentrant où le Royaume-Uni estime avoir un avantage comparatif
- ▶ améliorer l'efficacité de la mobilisation internationale autour de la SRMNI via une participation active à la gouvernance des institutions internationales, des partenariats et de la société civile mondiale

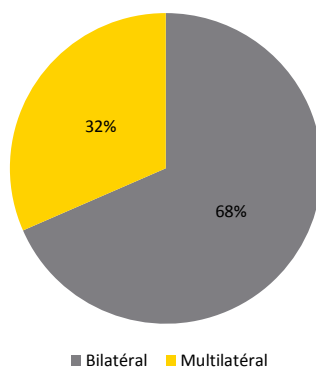
- ▶ investir dans les biens publics mondiaux, y compris l'efficacité du marché, de la recherche et des preuves
- ▶ développer l'expertise du Royaume-Uni grâce à des partenariats renforcés avec les acteurs universitaires, les organismes de référence et les autres ministères du gouvernement britannique pour obtenir les résultats escomptés.

Le Royaume-Uni a fait le choix spécifique de soutenir de nombreux projets avec une composante « Suivi & Evaluation » et possède une véritable culture d'analyse de l'impact des actions menées sur le terrain mais aussi des politiques publiques mises en œuvre, comme l'illustre la réalisation à mi-parcours de l'évaluation du Framework sur la SRMNI.

Engagements financiers et décaissements

La majorité de l'aide britannique en faveur de la SRMNI passe par le canal bilatéral.

Figure 15 : Ventilation de l'aide britannique dédiée à la SRMNI par canal, moyenne 2010-2013



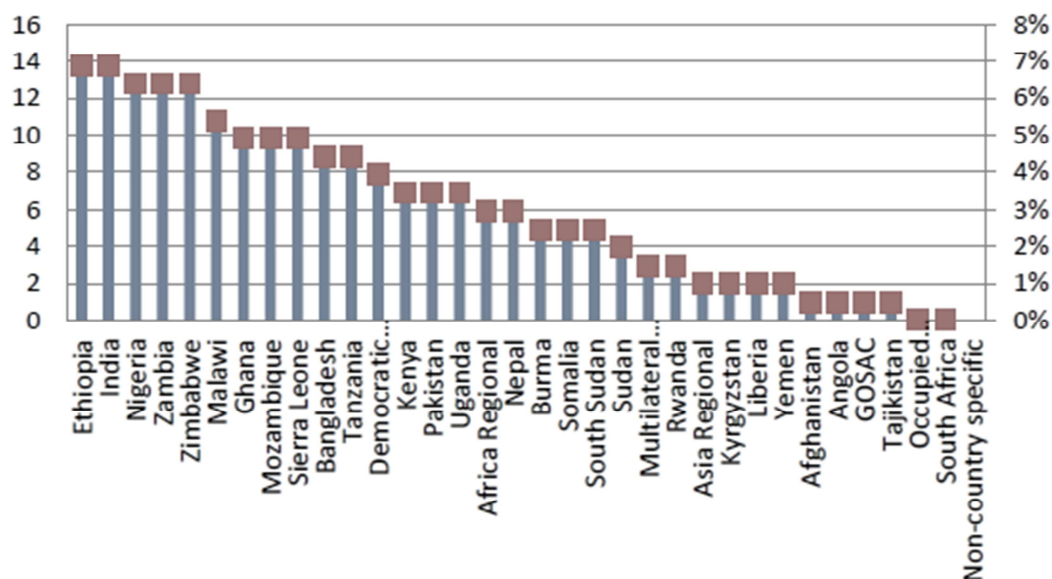
Source: DFID Human Development Department, in ePact, *Mid-term review of the UK malaria and RMNH Frameworks for results*, décembre 2013

Le programme d'action est mise en œuvre par le *Department for International Development* (DFID) qui pilote les financements attribués dans le cadre du RMNH Framework.

En termes de **périmètre géographique**, sur les 28 pays prioritaires identifiés par DFID dans son rapport annuel 2011/2012, 27 pays ont reçu des financements en SRMNI (une étude du Lancet estime que la coopération bilatérale britannique dans ces pays représente 15% de l'ensemble des contributions des bailleurs)

Les projets se répartissent principalement en Afrique (19 pays, dont seulement 3 pays où la France intervient également : RDC, Somalie, Ethiopie) et en Asie (8 pays).

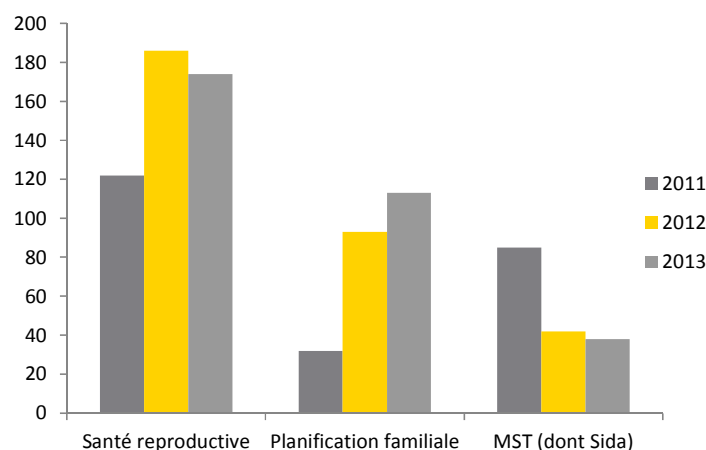
Graphique 15 : Ventilation pays des projets britanniques en SRMNI (nombre et proportion)



Source : ePact, Mid-term review of the UK malaria and RMNH Frameworks for results, décembre 2013

En termes de **thématique**, le Royaume-Uni finance principalement des actions en faveur de la santé reproductive et augmente depuis 2011 son soutien aux projets de planification familiale. On note, depuis 2011, une diminution de l'enveloppe dédiée aux MST.

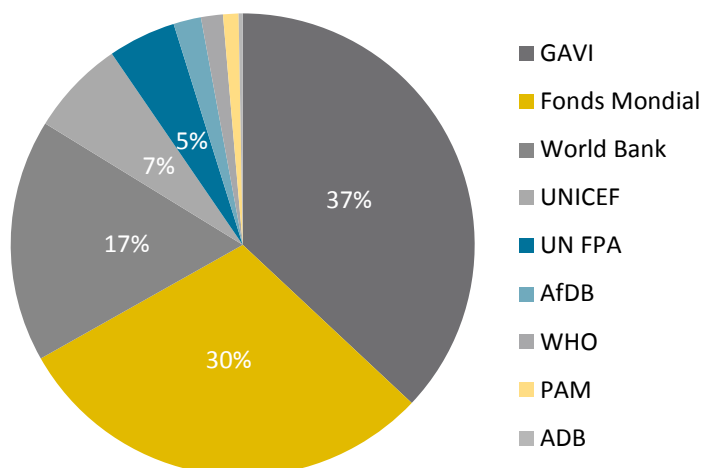
Graphique 16 : Ventilation de l'aide bilatérale britannique par domaine d'intervention, en millions de £



Source: ePact, Mid-term review of the UK malaria and RMNH Frameworks for results, décembre 2013

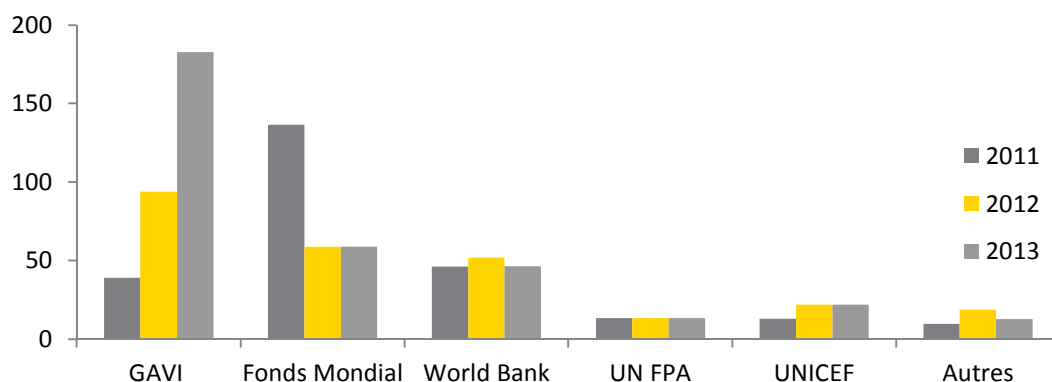
Le canal multilatéral représente près d'un tiers du montant des financements dédiés aux OMD 4 et 5. On observe que trois instruments - l'Alliance GAVI, le Fonds Mondial et la Banque Mondiale - comptent pour près de 85% au sein du canal multilatéral. Depuis 2011, la contribution à GAVI a plus que triplé, tandis que la contribution britannique au Fonds Mondial a diminué de moitié. Les autres contributions ont plutôt été stables sur la période.

Graphique 17 : Ventilation de l'aide multilatérale britannique par instrument, moyenne 2010-2013



Source: ePact, *Mid-term review of the UK malaria and RMNH Frameworks for results*, décembre 2013

Graphique 18 : Evolution de l'aide multilatérale britannique par instrument, en millions de £



Source: ePact, *Mid-term review of the UK malaria and RMNH Frameworks for results*, décembre 2013

En 2013, le DFID était en voie d'atteindre ses objectifs de dépenses de RMNCH, à savoir doubler l'aide annuelle pour la SRMNI entre 2010 et 2012 maintenir ce niveau jusqu'en 2015, avec une année moyenne annuelle de 740 millions de livres 2010 à 2015.

Sur le cadre de l'initiative Muskoka et du système de redevabilité

Depuis 2010, le Royaume Uni suit ses engagements en matière de SRMNI selon les critères de la méthodologie de redevabilité du G8 (incluant également le volet « santé infantile » absent du Framework défini par le Royaume-Uni). Ainsi, depuis 2010, plus de 284 projets contribuant *a minima* à hauteur de 25% à la SRMNI selon la méthodologie de redevabilité du G8 ont été mis en œuvre.

10.2.6. Canada

Stratégie nationale en matière de SRMNI

La SRMNI est un axe prioritaire de la stratégie canadienne d'aide à la coopération. A l'origine de l'effort mondial que constitue l'Initiative de Muskoka, le Canada apparaît comme le chef de file des pays du G8 en matière d'impulsion politique sur la thématique de la SRMNI. Ainsi, et pour exemple, en marge de la 68e session de l'Assemblée générale des Nations Unies à l'automne 2013, le premier ministre Stephen Harper a mentionné que la SRMNI constituait « *la priorité absolue du Canada en matière de développement* ».

De 2010 à 2015, le Canada y aura consacré 1,1 milliard de dollars en nouveaux fonds. Le Canada maintiendra également son financement actuel de 1,75 Mds \$ à destination de la SRMNI. Le financement total s'élève ainsi à 2,85 Mds \$. Dès 2010, le Canada pu définir les lignes directrices de sa stratégie en matière de SRMNI. **Trois axes prioritaires ont été définis pour mettre en œuvre la stratégie canadienne en matière de SRMNI :**

- ▶ **Le renforcement des systèmes de santé** pour améliorer la prestation des services de santé destinés aux mères, aux nouveau-nés et aux enfants à l'échelle locale, en formant plus de travailleurs de la santé et en augmentant l'accès à des centres locaux de santé suffisamment équipés. Le Canada travaille avec les pays partenaires aux fins suivantes :
 - appuyer les priorités et les plans nationaux en matière de santé des mères, des nouveau-nés et des enfants;
 - combler les lacunes dans les systèmes de santé (p. ex. en formant plus de travailleurs de la santé, en augmentant l'accès à des centres de santé, en veillant à ce que les installations et le personnel médical soient suffisamment équipés, et en mettant en œuvre des mécanismes de suivi et d'évaluation);
 - rendre les services plus accessibles.
- ▶ **La réduction du fardeau des principales maladies** qui touchent les mères et les enfants. Le Canada appuie la fourniture de médicaments et de vaccins nécessaires à la survie, ainsi que les mesures requises pour prévenir et soigner les maladies courantes qui sont les principales causes de mortalité chez les mères et les enfants.
- ▶ **L'amélioration de la nutrition** en augmentant l'accès aux aliments sains et nutritifs et aux compléments en micronutriments qui sont essentiels et sauvent des vies. Le Canada appuie des initiatives qui améliorent la santé nutritionnelle au moyen des mesures suivantes :
 - améliorer les pratiques d'alimentation des nourrissons et des enfants;
 - faire la promotion de l'allaitement maternel exclusif;
 - fournir des aliments thérapeutiques prêts à l'emploi, ainsi que des vitamines et minéraux importants (y compris des suppléments de vitamine A et du sel iodé).

Dix pays ont été identifiés comme **prioritaires** dans la stratégie canadienne, dont **la moitié en Afrique**. Le Canada cible les dix pays suivants dans le cadre de ses interventions en SRMNI : **Afghanistan, Bangladesh, Éthiopie, Haïti, Malawi, Mali, Mozambique, Nigéria, Soudan, Tanzanie.**

Le Canada privilégie les interventions dans les pays où les indicateurs sanitaires sont les plus critiques, notamment en termes de taux de mortalité et de morbidité maternelles et infantiles, sur la base de la démonstration par les pays que des efforts en termes d'amélioration de la SRMNI étaient possibles. L'accès aux centres de santé locaux constitue un axe transversal de développement dans l'ensemble de ces pays.

Des partenaires multilatéraux, mondiaux et canadiens

En collaboration avec des partenaires multilatéraux et internationaux (agences onusiennes par exemple), le Canada travaille dans les pays où les besoins sont les plus grands dans chacun des trois volets de l'Initiative. Le Canada continuera d'appuyer les projets suivants :

- ▶ **L'Initiative pour les micronutriments**, qui fournit des compléments de vitamines et de minéraux essentiels partout dans le monde, ce qui permet de sauver des vies et de s'assurer que les enfants peuvent réaliser leur plein potentiel (75 millions de dollars de 2010 à 2015). Grâce au soutien du Canada à l'égard des programmes issus de cette initiative :
 - 5,2 millions de filles et de garçons de moins de cinq ans qui présentaient des symptômes de diarrhée ont pu recevoir du zinc et des sels de réhydratation orale,
 - 46 575 enfants de 6 à 59 mois ont bénéficié d'un traitement amélioré pour des problèmes de malnutrition aiguë sévère,
 - 4,7 millions d'enfants ont reçu deux doses de suppléments de vitamine A dans le cadre de contacts de routine avec les organismes sanitaires;
- ▶ **L'Alliance GAVI**, qui s'emploie à fournir des vaccins aux pays les plus pauvres, surtout contre la pneumonie et la diarrhée — deux affections parmi les plus meurtrières chez les jeunes enfants (50 millions de dollars de 2011 à 2015). En soutenant les programmes de l'Alliance GAVI, le Canada a contribué à ce qui suit :
 - immunisation complète de 145 millions d'enfants de plus de 2010 à 2013, ce qui représente plus de 441 millions d'enfants vaccinés depuis la création de l'Alliance GAVI en 2002,
 - soutien apporté à ce jour à plus de 25 pays en développement afin de devancer d'une dizaine d'années la distribution de vaccins contre la pneumonie et d'éviter ainsi la mort de millions d'enfants chaque année;
- ▶ **les agences sanitaires des Nations Unies (H4+)**, pour favoriser l'exécution concertée de programmes nationaux pour la santé des mères et des nouveau-nés. Le H4+ est composé du Fonds des Nations Unies pour la population (FNUAP), de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), du Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA (ONUSIDA), de l'Entité des Nations Unies pour l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes (ONU Femmes), de l'UNICEF et de la Banque mondiale (50 millions de dollars de 2011 à 2016). Entre autres résultats à ce jour :
 - 368 fournisseurs de soins de santé en Sierra Leone ont été formés aux soins d'urgence de base en obstétrique et en néonatalité,
 - cinq refuges pour femmes enceintes ont été rénovés en Zambie.
- ▶ **le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme**, pour assurer le maintien des importantes réalisations obtenues à ce jour dans les pays en développement et pour accroître la prévention, les soins et les traitements offerts aux

personnes les plus vulnérables à ces trois maladies (540 millions de dollars de 2014 à 2016). Avec l'aide du Canada, le Fonds mondial a traité 4,2 millions de personnes atteintes du sida en date de décembre 2012.

Engagements financiers et décaissements

En mars 2014, le Canada avait décaissé 80% du total de ses engagements en matière de SRMNI (2,85 milliards de dollars) et est ainsi en bonne voie pour atteindre ses objectifs d'ici 2014.

10.2.7. Suède

La Suède fait partie des pays n'appartenant pas au G8 mais ayant décidé d'adhérer à l'initiative de Muskoka.

Stratégie nationale en matière de SRMNI

En 2011, la Suède s'est engagée à allouer **500 millions de couronnes suédoises** pour lutter contre la mortalité infantile et la mortalité maternelle et promouvoir la santé, l'éducation et l'entrepreneuriat des jeunes dans la continuité des engagements pris dans le cadre de l'initiative Muskoka. Au Sommet de Londres sur la planification familiale en 2012, la Suède a activement participé aux réflexions sur les moyens d'améliorer de la façon la plus efficace les droits de femmes et l'accès à la contraception dans les pays les plus vulnérables en Afrique.

L'approche suédoise de la santé maternelle et infantile prend comme point d'entrée dans le continuum de soins la thématique « Santé Sexuelle et Reproductive et droits afférents ». Ce choix priorise par exemple les actions favorisant le développement d'un cadre sécurisé pour les avortements¹¹⁵.

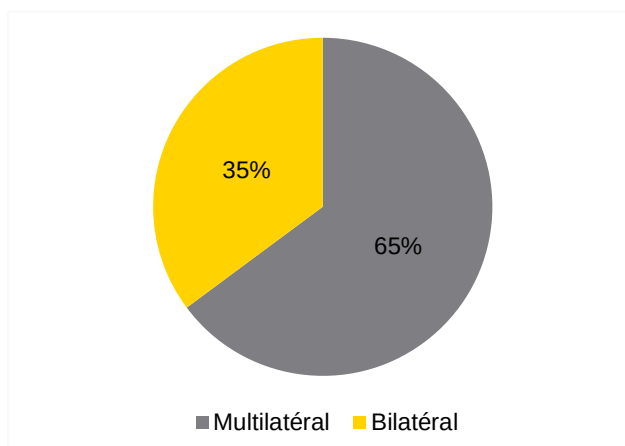
Ainsi, en 2012, la Suède a de nouveau défini un cadre pour son aide au développement en matière de santé et a retenu trois thématiques stratégiques : la santé maternelle et infantile (OMD 4 et 5), la Santé Sexuelle et Reproductive (SSR) et la lutte contre le SIDA (OMD 6).

Engagements financiers et décaissements

Sur la période 2010-2012, l'aide suédoise à la coopération en matière de santé maternelle et infantile (OMD 4 et 5) utilise à près de deux tiers le canal multilatéral (part plus importante que la France dont 52% de l'aide utilise le canal multilatéral).

¹¹⁵ Cette position ne fait toutefois pas consensus au sein de la communauté des bailleurs.

Figure 16 : Ventilation de l'aide suédoise dédiée aux OMD 4 et 5 par canal, moyenne 2010-2012



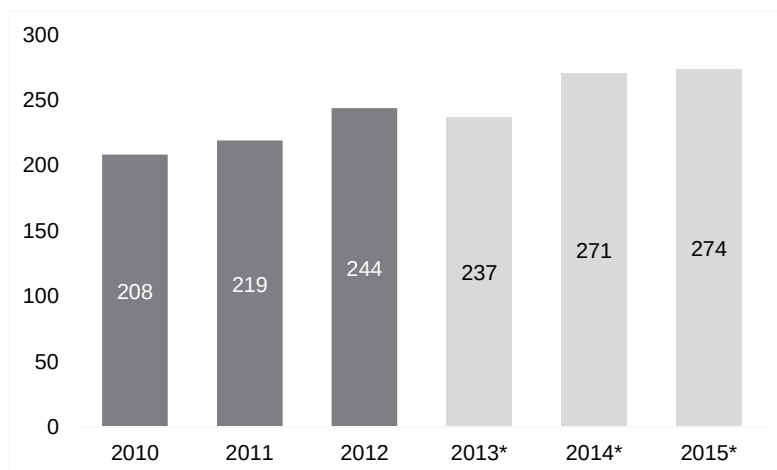
Source : Données transmises à EY par le Ministère des Affaires Etrangères suédois

Canal multilatéral

Le canal multilatéral est le canal privilégié par la Suède concernant la coopération en SRMNI. L'Alliance GAVI, le Fonds Mondial, l'UNFPA et l'UNICEF représentent près de 80% de cette aide multilatérale. Hormis une augmentation importante des contributions au Fonds Mondial (+40%) et à l'Alliance GAVI (+50%), les montants par instrument sont restés relativement stables sur la période 2010-2012. Le canal multilatéral représentait, en 2012, 412M\$.

De 2010 à 2012, le montant de l'aide multilatérale suédoise dédiée aux OMD 4 et 5 a augmenté de 17%, et les engagements de la Suède devraient porter cette augmentation à 32% d'ici fin 2015. Cette dynamique d'augmentation est plus importante que l'évolution des engagements français sur cette thématique.

Figure 17 : Evolution de l'aide multilatérale suédoise dédiée aux OMD 4 et 5, en M\$

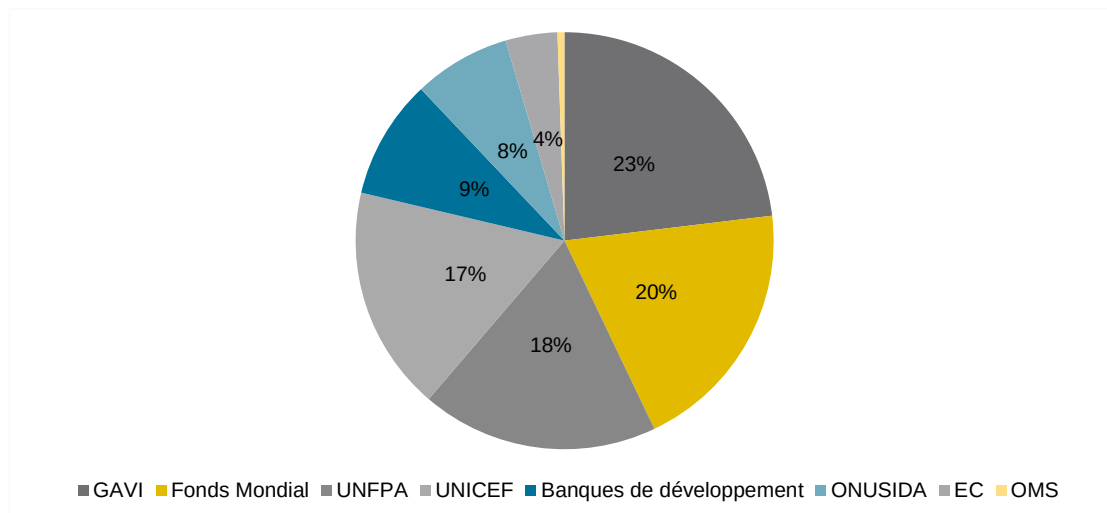


Source : Données transmises à EY par le Ministère des Affaires Etrangères suédois (*prévisions)

Cette aide multilatérale suédoise est répartie de façon relativement équilibrée entre quatre instruments financiers : GAVI (23%), le Fonds Mondial (20%), le FNUAP (18%) et l'UNICEF (17%), alors que la France a privilégié et priorisé le Fonds Mondial (52%) et l'UNICEF (16%) de façon plus marquée que la Suède. On observe par ailleurs que la Suède finance des

banques de développement (9%) et l'ONUSIDA (8%) alors que la France n'utilise pas ces instruments dans le cadre de sa coopération à la SRMNI.

Figure 18 : Ventilation de l'aide multilatérale suédoise dédiée aux OMD 4 et 5 par instrument, en 2012

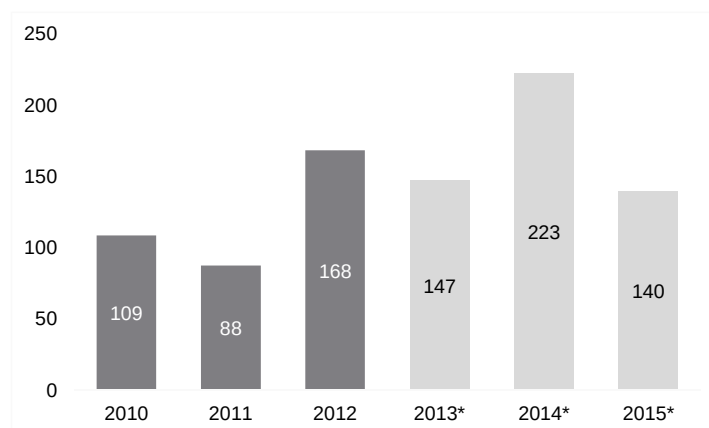


Source : Données transmises à EY par le Ministère des Affaires Etrangères suédois

Canal bilatéral

En 2012, l'aide bilatérale totale en santé a fortement augmenté (+1,8 Mds SEK), soit l'équivalent de +58% par rapport à 2010, principalement en raison des décaissements supplémentaires liés aux OMD 4 et 5 dans six pays africains (+350M SEK) consécutifs aux engagements pris par la Suède au sommet de Muskoka.

Figure 19 : Evolution de l'aide bilatérale suédoise (Sida) dédiée aux OMD 4 et 5, en M\$



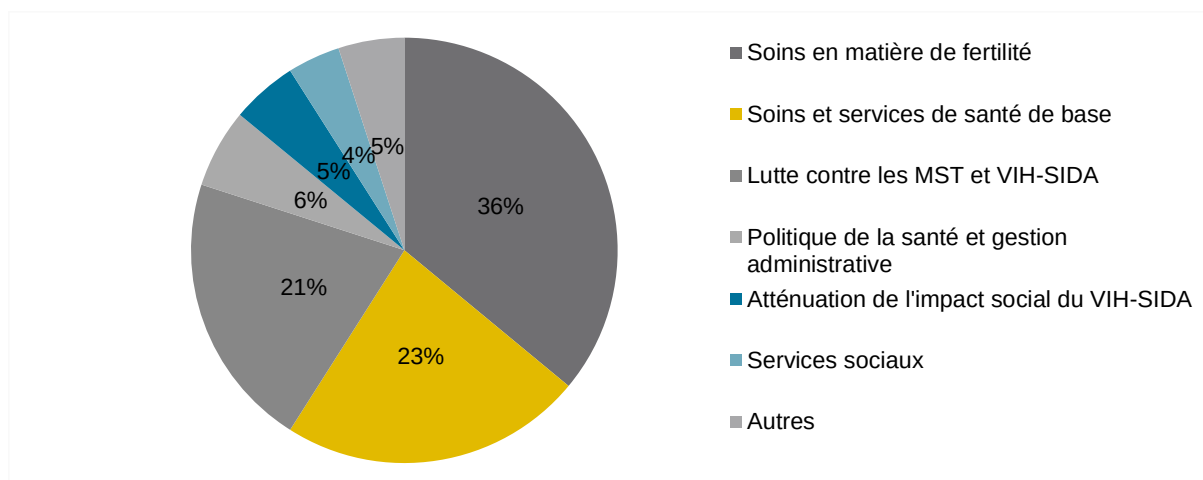
Source : Données transmises à EY par le Ministère des Affaires Etrangères suédois (*prévisions)

En 2012, la Suède menait des programmes d'aide à la coopération en santé dans **11 pays**: Bangladesh, RDC, Somalie, Soudan / Soudan du Sud, Ouganda, Zambie, Zimbabwe, Tanzanie (VIH / SIDA), Afrique du Sud (VIH / SIDA), Inde et Guatemala.

Dans son portefeuille « santé », les trois plus grands domaines thématiques financés par l'agence suédoise de coopération au développement Sida (Soins en matière de fertilité,

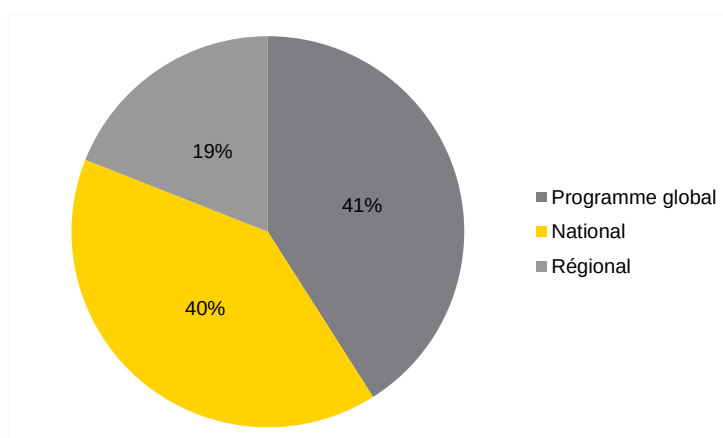
Soins et services de santé de base, Lutte contre les MST et VIH-SIDA) correspondaient à environ 80% de la contribution bilatérale totale.

Figure 20 : Ventilation de l'aide bilatérale suédoise, par secteur (codes CAD), en 2012



Source : Données transmises à EY par le Ministère des Affaires Etrangères suédois

Figure 21 : Ventilation de l'aide bilatérale suédoise, par typologie de coopération, en 2012



Source : Données transmises à EY par le Ministère des Affaires Etrangères suédois

Sur le cadre de l'initiative Muskoka et du système de redevabilité

Les chiffres concernant les OMD 4 et 5 présentés ci-dessus sont basés sur la formule de redevabilité définie en amont du sommet du G8 à Muskoka. La Suède estime que cette méthodologie est claire, lisible et facile à appréhender. Le service de statistiques du Ministère des Affaires étrangères suédois établit ainsi son rapport annuel sur la coopération en santé¹¹⁶ en présentant en lecture directe les montants éligibles Muskoka.

¹¹⁶« Swedish development cooperation for health 2012, Summary » ; MFA Department for Multilateral Development Cooperation, September 2013

Suite à l'initiative de Muskoka en 2010, on constate donc effectivement une contribution additionnelle de la Suède en faveur de la santé maternelle et infantile.

Vision de l'après-2015

La Suède est favorable au maintien d'objectifs relatifs à la santé dans les futurs objectifs de développement. Elle souhaiterait cependant une approche davantage préventive que curative sur les thématiques soutenues en matière de santé maternelle et infantile.

10.3. Annexe 3 : Liste des entretiens

10.3.1. Liste des entretiens réalisés à Paris

Organisme	Prénom Nom	Titre / Fonction	Date de l'entretien
Ministère des affaires étrangères (MAE)			
Ambassadeur	Philippe Meunier	Ambassadeur chargé de la lutte contre le sida, la tuberculose, le paludisme et les maladies transmissibles	Pas de réponse
Direction générale de la mondialisation, du développement et des partenariats (DGM)	Jean-Marc Châtaigner	Directeur général adjoint	9 avril 2014
Direction du développement et des biens publics mondiaux (DGM/DBM)	Fredéric Bontems	Directeur	27 mars 2014
Direction du développement et des biens publics mondiaux (DGM/DBM)	Corine Brunon-Meunier	Directeur adjoint	27 mars 2014
Sous-direction de la santé, de la sécurité alimentaire et du développement humain (DGM/DBM/SAH)	Emmanuel Lebrun Damiens	Sous-directeur	3 avril 2014
Sous-direction de la santé, de la sécurité alimentaire et du développement humain (DGM/DBM/SAH)	Mathilde De Calan	Pôle Santé - Muskoka	14 mars 2014
Sous-direction de la santé, de la sécurité alimentaire et du développement humain (DGM/DBM/SAH)	Mathilde Dides	Pôle santé - GAVI	Echanges par emails
Direction générale des Affaires Politiques et de Sécurité / Direction des Nations unies, des organisations internationales, des droits de l'homme et de la francophonie (NUOI)	Daniel Vosgien	Sous-directeur des droits de l'homme et des affaires humanitaires	Pas de réponse
Agence française de développement (AFD)			
Développement humain	Christian BARRIER		5 juin 2014
Division santé et protection sociale (SAN)	Christophe Paquet	Chef de la division	18 mars 2014
Division santé et protection sociale (SAN)	Sophie Biacabe	Chef de projet	6 mars 2014

Division santé et protection sociale (SAN)	Julie BARON	Chef de projets - Guinée / RDC	6 mai 2014
Division santé et protection sociale (SAN)	Nicolas LE GUEN	Chef de projets RDC	6 mai 2014
Division santé et protection sociale (SAN)	Adrien Absolu	Chef de projet - SENEGAL Médicaments	réalisé
Département Afrique	Yves Boudot	Directeur	20 juin 2014
Département Afrique	Elodie Montetagaud	Coordonnatrice géographique	20 juin 2014
Division du Partenariat avec les ONG	Marie-Odile Waty	Chef de division	5 juin 2014
Agences de l'ONU			
UNICEF	Michèle Barzach	Présidente	Pas de réponse
UNICEF	Amendine Duc	Responsable des Affaires publiques auprès du DG et de la Présidente	Pas de réponse
Société civile			
Médecins du Monde	Nicolas Guihard	Chargé de plaidoyer	Réalisé le 13 juin
Action contre la Faim	Christina Lionnet	Chargé de plaidoyer	Réalisé le 23 juin
Global Health Advocates	Bruno Rivalan	Reponsable Plaidoyer	Réalisé le 11 juin
Autres			
CNRS	Yannick Jaffre	Anthropologue de la santé, santé reproductive	5 juin 2014
IRD	Michel Cot	Epidemiologiste	11 juin 2014
	JC Belliard	Ancien directeur Afrique du MAE	4 avril 2014
	Gustavo Gonzalez Canali		15 avril 2014

10.3.2. Liste des entretiens réalisés à Genève

Organisme	Prénom Nom	Titre / Fonction	Date de l'entretien
Acteurs français			
RP Genève	Vincent Sciamia	Conseiller pour la santé : OMS, ONUSIDA, Fonds Mondial, UNITAID	Réalisé le 4 avril
RP Genève	Margot Nauleau	Attachée pour la santé	Réalisé le 4 avril
Chercheurs français	JP Olivier de Sardan	LASDEL Niamey	Réalisé le 25 mars
Commission européenne	Eric Sattin	END France à DEVCO	Réalisé 21 mars
Organisation internationales			
OMS	Dr Elizabeth Mason	Directeur - Département de l'OMS Santé de la mère	1 ^{er} mai à Genève
OMS	Gilles Landrison	MCA / ETI	Réalisé le 13 mars à Genève
OMS	Dr Marleen Temmerman	Directrice département RHR (Santé et recherche génésiques)	Réalisé le 4 avril
UNFPA	Luc de Bernis	Conseiller principal	Réalisé le 20 mars
AKDN	John Tomaro	Directeur du programme santé AKDN	2 entretiens réalisés le 28 mars et le 3 avril
The Partnership for maternal newborn and child health	Dr. Andres De Francisco Serpa	Directeur exécutif adjoint du Partenariat / Director of The Partnership for maternal newborn and child health	Réalisé le 4 avril
GAVI	Seth Berkley	Directeur du programme GAVI	Réalisé le 2 avril
GAVI	Guillaume Grosso	Responsable Europe pour la mobilisation des ressources	Réalisé le 4 avril
GAVI	Véronique Fages-Pages	Directrice de Programme à GAVI Alliance	Réalisé le 4 avril
Fonds mondial	Marc Dybul	Directeur exécutif du programme FMSPT	Réalisé le 2 avril
	Nelly Comon	Relations extérieures	Nombreux échanges documentaires et téléphoniques
	Frédéric Goyet		

10.3.3. Liste des entretiens réalisés au Sénégal

Prénom et nom	Titre/ Institution
Acteurs français	
Jean-Felix Paganon	Ambassadeur
Dr Jean-Pierre Bellefleur	Conseiller régional santé
Adrien Haye	AFD, Agence de Dakar, Directeur adjoint
Ibrahima Diallo	AFD, Agence de Dakar, chargé de projets
Jérôme Clouzeau	conseiller du ministre de la santé, ETI MAE
Autorités nationales	
Abdoulaye Gueye	Ministère de la Santé / Directeur de Cabinet
Moussa Mbaye	Ministère de la Santé / Secrétaire général
Dr Malick Ndiaye	Direction générale de la santé / Coordonnateur du projet PASME/AFD au niveau central et Louga
Sow Aïta Gueye	Direction générale de la santé / Comptable du projet AFD
Dr Mame Demba Sy	Médecin chef de région (venu à la RAC à Dakar)
Dr El Hadj Mamadou Ndiaye	Directeur de la prévention
Dr Bocar Mamadou Daff	Direction de la santé de la reproduction et de la survie de l'enfant / Directeur
Dr Chimère Diaw	Direction de la santé de la reproduction et de la survie de l'enfant / chef de la division de planification familiale
Dr Marie-Jesus Buabey	Direction de la santé de la reproduction et de la survie de l'enfant / responsable de santé des jeunes et des adolescents
Dr Aïssatou Diop	Direction de la santé de la reproduction et de la survie de l'enfant / responsable survie de l'enfant
Dr Siga Diop	Direction de la santé de la reproduction et de la survie de l'enfant / assistante technique pour FHI 360
Pr Saliou Diop	Centre national de transfusion sanguine (CNTS)
Mme Ndeky	Ecole de formation sages-femmes

Prénom et nom	Titre/ Institution
Agences multilatérales	
Francesco Moschetta	FPM Sénégal au Secrétariat du Fonds mondial à Genève
Pr Doudou Ba	Président du CCM du Fonds Mondial au Sénégal / entretien précédé d'un contact par téléphone en amont de la mission Sénégal, avec le Fund Portfolio manager Sénégal au Secrétariat du Fonds mondial à Genève Francesco Moschetta, et avec l'équipe responsable du suivi évaluation.
Anne Marie Mbengue Seye	Point focal GAVI pour la région Afrique francophone et lusophone
Dr Alimata Jeanne Niama Diarra	OMS / Représentante de l'OMS au Sénégal
Giovanna Barberis	Représentante de l'UNICEF au Sénégal
Dr Maxime Houinato	ONU Femmes, bureau régional / directeur régional adjoint
Hortense Gbaguidi	ONU Femmes, bureau régional/ coordinatrice régionale Muskoka, point focal HHA
Béatrice Mutali	FNUAP régional / directeur régional adjoint
Judith Kuniya Karogo	FNUAP régional / RHCS programme specialist
Guido Borghese	UNICEF bureau régional
Eva Verwilt	UNICEF bureau régional/ point focal Suivi évaluation du Fonds français Muskoka multilatéral régional et secrétariat du COTECH du programme Muskoka
Dr Jean-Marie Milleliri	ONUDISA bureau régional
Partenaires bi et multilatéraux	
Dominique Dellicour	DUE / Chef de la Délégation
Dr Matar Camara	USAID / responsable des programmes santé et santé de la reproduction
Dr Siga Diop	FHI / assistante technique pour FHI 360, Direction de la santé de la reproduction et de la survie de l'enfant
Philippe Guinot	PATH / directeur

Prénom et nom	Titre/ Institution
Nadack Diop	PATH / Anthropologue
Société civile	
Pr Aly Mbaye	Ancien doyen de la Faculté d'Economie et de gestion, responsable des master Economie et pratiques de développement

10.3.4. Liste des entretiens réalisés en RDC

Prénom et nom	Titre/ Institution
Acteurs français	
Luc HALLADE	Ambassadeur de France en RDC
Dr Jean-Pierre LAMARQUE	Conseiller régional de coopération en santé
Bernard POUDEVIGNE	Conseiller de coopération adjoint
Virginie LEROY	AFD, Agence de Lomé, Directrice adjointe
Marine BEPOIX	AFD, Agence de Lomé, Chargée de mission
Autorités nationales	
Thomas KATABA	Direction d'Etudes et de Planification
Egide MOKONDI	Direction des Etablissements des Soins
Agences multilatérales	
Dr Joseph CABORE	OMS, Représentant
Dr Brigitte KINI	OMS, Experte
Jean-Pierre LEKONGA	OMS, Coordonnateur du cluster Système de santé
Barbara BENTEIN	UNICEF, Représentante
Guy CLARYSSE	UNICEF, chef du bureau Child Survival
Bailleurs bilatéraux	
Lina PIRI PIRI	USAID
Izetta MINKO-MOREAU	USAID

Prénom et nom	Titre/ Institution
Marie BRAULT	Coopération canadienne, première secrétaire
Eric VANBEVEREN	Coopération belge, attaché de coopération internationale
Etablissements de santé	
Dr Etienne TSHIONYI KABANGA	ONG La Chaine d'Espoir-RDC, Chargé de la Mobilisation
Marianne MARCHAND LE	ONG La Chaine d'Espoir-Belgique, Chef de projet Kinshasa
Pascal TSHIAMALA	Médecin directeur de la clinique
Prof Léon TSIHOLO	médecin directeur
Louis IMWAIBANGA	directeur général
Franklin MBENZA	gestionnaire de projets
Dominique SOWA Lukono	ADIR, Administrateur Délégué

10.3.5. Liste des entretiens réalisés au Togo

Prénom et nom	Titre/ Institution
Acteurs français	
Fabrice ROY	Ambassade de France - SCAC, Chargé de projets
Alain PRUAL	MAE, Conseiller régional de coopération en santé
Romain ANDRE	AFD - Siège, Chef de projet santé "Togo"
Lucie VIGIER	AFD - Agence de Lomé, Chargée de projet Secteur Santé
Autorités nationales	
Professeur Napo Koura	Ministère de la Santé (MS), Secrétaire Général de la Santé
M. SADZO-HETSU KWAMI	Ministère de la Santé (MS), Intérim du Secrétaire Général de la Santé
Dr N'Tapi	Ministère de la Santé (MS), Chef Division Santé Famille au MS
Dr Ayessou	Ministère de la Santé (MS), Intérim du Dr N'Tapi, Chef de la Division Santé Famille
Mr Joseph Kadjanta	Ministère de la Santé (MS), Directeur par intérim des RH au MS
Dr Sogninki Edmond	Ministère de la Santé (MS), Chef de la division santé communautaire
Kpokanu Isaac	Ministère de la Santé (MS), Chargé du secteur privé de soins – DES
Dr Charlemagne Denkey	Ministère de la Santé (MS), Responsable National du Projet PAGRHSM – AFD
Dr Mamméssilé ASSIH	Ministère de la Santé (MS), Directrice Général de la CAMEG
Dr Feteke	Ministère de la Santé (MS), Directeur Centre National de Transfusion Sanguine CNTS
Dr Akpadja	Ministère de la Santé (MS), Chef du Service gynéco-obstétrique du CHU Tokoin
Dr Atakouma	Ministère de la Santé (MS), Chef du département de Pédiatrie CHU Tokoin
Pr AGBERE	Ministère de la Santé (MS), Président SOTOPED, Société Togolaise de Pédiatrie

Prénom et nom	Titre/ Institution
Dr BOURAÏMA	Ministère de la Santé (MS), Chef service nutrition
Dr Potougnima Romain TCHAMDJA	Ministère de la Santé (MS), Conseiller technique du Ministre Point focal processus IHP+
Société civile	
Cécile ROY	Handicap International, Chef opération
Dr Solange Toussa-Ahossou	ATBEF, Directrice ATBEF
Dr Léocadie Foli	OPALS, Pédiatre
M. SEDOH Blaise	Croix Rouge Togolaise , Coordonnateur de Programme
Mme E. Eklu-Koevanu	GF2D, Directrice
Mme GUENUM	WILDAF-TOGO, Directrice
Cécile ROY	Handicap International , Chef opération
Agences multilatérales	
Dr ABIGBI	UNFPA, Point focal SONU
Justin Koffi	UNFPA, Représentant UNFPA
Dr Teresa de la Torre	UNICEF, Responsable SRMNI, Chef de section
Magali Rommenden	UNICEF, Spécialiste Santé & Nutrition
Viviane Van Steirteghem	UNICEF, Représentante UNICEF au Togo
Komi Abalo	UNICEF, Spécialiste VIH/Sida
Akouété Afanou	UNICEF, Spécialiste Santé & Nutrition
Christine Jaulmes	UNICEF, Représentante adjointe
IMBOUA Lucile	OMS, Représentant OMS
Mme Ragiadou Diallo	USAID Projet financé, Coordonnatrice régional du Projet Agir PF
Dr Eloi AMEGAN	USAID Projet financé, Coordonnateur Projet AgirPF
Xavier Assamagan	GIP Esther , Coordonateur Togo

Prénom et nom	Titre/ Institution
M. Yasushi NAMBA	JICA, Représentant
Béatrice NDARUGIRIRE	Délégation de l'Union Européenne, Chargée de programmes socioéconomique

10.4. Annexe 4 : Liste des principaux sigles utilisés

Sigle	Libellé
ACP	Afrique Caraïbes Pacifique
AFD	Agence Française de Développement
AFRO	<i>African Regional Office</i>
AKDN	<i>Aga Khan Development Network</i>
AMC	<i>Advance market commitments</i>
ANRS	Agence Nationale de Recherche sur le Sida
APD	Aide Publique au Développement
BIT	Bureau International du Travail
BPM	Direction chargée des biens publics mondiaux au sein de la DGM
BRAOC	Bureau régional Afrique de l'Ouest et du Centre (UNFPA)
CAD	Comité d'Aide au Développement
CARMMA	Campagne pour l'Accélération de la Réduction de la Mortalité Maternelle en Afrique
CICID	Comité interministériel pour la coopération internationale et le développement
CNRS	Centre National de la Recherche Scientifique
CRCS	Conseiller régional de coopération en santé
CREDES	Centre de Recherche, d'Etudes et de Documentation en Economie de la Santé (devenu IRDES)
DGCID	Direction de la Coopération internationale et du Développement (MAE)
DGM	Direction Générale de la Mondialisation, du Développement et des Partenariats
DPO	Division du "Partenariat avec les ONG" de l'AFD
DSBN	Direction de la Santé de Base et de la Nutrition (Mauritanie)
ETME	Elimination de la Transmission du VIH, de la Mère à l'Enfant
EAA	Division Eau et Assainissement de l'AFD
ESTHER	Ensemble pour une solidarité thérapeutique hospitalière en réseau
ETI	Expert Technique International
EUR	Euros
FEI	France Expertise Internationale
FNUAP	Fonds des Nations Unies pour la population
FSP	Fonds de Solidarité Prioritaire
GAVI	Alliance Globale pour les Vaccins et l'Immunisation
GFATM	Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme
GHTA	Alliance mondiale pour les personnels de santé (OMS)
GIZ	Agence Allemande de développement
GPEI	<i>Global Polio Eradication Initiative</i>
HHA	<i>Harmonization for Health in Africa</i>
HRITF	<i>Health Results Innovation Trust Fund (HRITF)</i>
IFFIm	<i>International Finance Facility for Immunisation</i>
IHP+	<i>International Health Partnership</i>
IRD	Institut de Recherche pour le Développement
JICA	<i>Japan International Cooperation Agency</i>
MAEDI	Ministère des Affaires Etrangères et du Développement International
MAP	Modernisation de l'Action Publique

MDG	Milleinum Development Goal
MNCH	<i>Maternal Neonatal and Child Health</i>
MST	Maladies Sexuellement Transmissibles
NOK	Couronnes norvégiennes
NORAD	<i>Norwegian Agency for Development Cooperation</i>
NUOI	Direction des Nations unies, des organisations internationales, des droits de l'homme et de la francophonie (MAE)
OCDE	Organisation pour la Coopération et le Développement Economique
ODI	<i>Overseas Development Institute (Royaume Uni)</i>
OMD	Objectifs Millénaires du Développement
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation Non Gouvernementale
ONU	Organisation des Nations Unies
PAM	Programme Alimentaire Mondial
PCIME	Prise en charge intégrée de la maladie de l'enfant
PIB	Produit Intérieur Brut
PMNCH	<i>Partnership for Maternal, Newborn & Child Health</i>
PNLT	Plan National de Lutte contre la Tuberculose
PNSR	Programme National de Santé de la Reproduction
PTME	Prévention de la transmission mère-enfant
RBF	<i>Results-based Financing for Health</i>
RCA	République Centrafricaine
RDC	République Démocratique du Congo
RMNCH	<i>Reproductive Maternal Neonatal and Child Health</i>
RSS	Renforcement des Systèmes de Santé
SAH	Sous-direction de la santé, de la sécurité alimentaire et du développement humain du MAE
SCAC	Service de Coopération et d'Action Culturelle
SEK	Couronnes suédoises
SIS	Système d'Information Sanitaire
SMI	Santé Maternelle et Infantile
SMMR	Surveillance de la Mortalité Maternelle et Réponse
SMNE	Santé de la Mère, du Nouveau-né et de l'Enfant
SNPC	Système de Notification des Pays Créanciers
SONU	Soins Obstétricaux et Néonatal d'Urgence
SONUB	Soins Obstétricaux et Néonatal d'Urgence de Base
SONUC	Soins Obstétricaux et Néonatal d'Urgence Complets
SRMNE	Santé de la Reproduction, de la Mère, du Nouveau-né et de l'Enfant
SRMNI	Santé Reproductive Maternelle Néonatale et Infantile
SSR	Santé Sexuelle et Reproductive
UNAIDS	ONUSIDA
UNCT	<i>United Nations Country Team</i>
UNFPA	Fonds des Nations Unies pour la population
UNICEF	Fonds des Nations unies pour l'enfance
UNITAID	Organisation internationale d'achats de médicaments (VIH/Sida)
USA	Etats Unis
USAID	<i>United States Agency for International Development</i>

USD Dollars américains
