

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 2 : Rapport de mission pays et Fiches-pays
Novembre 2014



Sommaire

1.	INTRODUCTION AUX RAPPORTS DE MISSION PAYS	4
1.1.	Démarche méthodologique des missions de terrain	4
1.2.	Contenu des trois rapports de mission pays	4
2.	RAPPORT DE MISSION SENEGAL	6
2.1.	Principales conclusions	6
2.2.	Contexte	7
2.3.	Pertinence	12
2.4.	Cohérence interne	14
2.5.	Efficacité	17
2.6.	Impact et durabilité	20
2.7.	Liste des personnes rencontrées	23
3.	RAPPORT DE MISSION RDC	26
3.1.	Principales conclusions	26
3.2.	Contexte	27
3.3.	Pertinence	31
3.4.	Cohérence	33
3.5.	Efficacité	34
3.6.	Impact et durabilité	36
3.7.	Liste des personnes rencontrées	38
4.	RAPPORT DE MISSION TOGO	40
4.1.	Principales conclusions	40
4.2.	Contexte	41
4.3.	Pertinence	47
4.4.	Cohérence	50
4.5.	Efficacité	52
4.6.	Impact et durabilité	55
4.7.	Liste des personnes rencontrées	58
5.	FICHES PAYS	61
6.	COMITE DE PILOTAGE DE L'EVALUATION	125
7.	TERMES DE REFERENCE DE L'EVALUATION	126
8.	PRINCIPAUX SIGLES UTILISES	146

1. Introduction aux rapports de mission pays

1.1. Démarche méthodologique des missions de terrain

Les missions de terrain ont visé à analyser plus en profondeur la pertinence, la cohérence, l'efficacité, l'efficience et l'impact des interventions financées par la France dans le cadre de l'initiative Muskoka, et plus spécifiquement sa dimension opérationnelle dans trois pays partenaires choisis de manière collégiale par le comité de pilotage de l'évaluation sur la base de critères de pertinence : le Sénégal (présence des bureaux régionaux des agences des Nations unies), la RDC (bonne maturité des projets de l'AFD), et le Togo (pays phare du projet FSP). Les missions de terrain ont ainsi permis d'examiner à la fois : (i) le volet bilatéral de mise en œuvre du Fonds français Muskoka (FFM) au travers des projets financés par l'AFD, et (ii) son volet multilatéral au travers des financements octroyés aux agences de l'ONU (OMS, UNICEF, FNUAP et ONU Femmes) y compris sa composante régionale.

Les missions ont été conduites sur 4 à 5 jours par une équipe composée de 1 à 2 évaluateurs. Des experts locaux ont accompagné les évaluateurs au Togo et en RDC (respectivement Dr François ALINON et Dr Jacques ZANDIBENI).

Les travaux réalisés ont inclus :

- ▶ une **revue documentaire** des documents fournis par le MAEDI, l'AFD, les autorités sanitaires nationales, les agences de l'ONU et les initiatives mondiales (documents de stratégie, outils de suivi/ pilotage, livrables produits dans le cadre des interventions, etc.) ;
- ▶ des **entretiens** avec les principaux acteurs concernés (entre 23 et 40 personnes rencontrées selon les pays) :
 - o les services de l'Ambassade et autres acteurs français concernés (SCAC, AFD, assistants techniques).
 - o les autorités nationales (ministères de la Santé essentiellement).
 - o les principaux bénéficiaires (autorités nationales, établissements de santé...)
 - o les partenaires multilatéraux (parties prenantes du FFM)
 - o les autres bailleurs bilatéraux et multilatéraux impliqués dans le financement de projets en matière de SMI
 - o des représentants de la société civile (impliqués ou non dans la mise en œuvre d'interventions du FFM)
- ▶ une observation de terrain sur les sites d'une sélection d'interventions financées par le FFM (visite des hôpitaux concernés par les projets de l'AFD en RDC, et visite des sites des interventions de l'UNICEF à Nostie et du FNUAP à Hahotoe au Togo)

1.2. Contenu des trois rapports de mission pays

Chaque rapport pays est organisé de manière homogène selon les pays et se décline comme suit :

- Un encart de conclusion synthétique, qui reprend l'essentiel des résultats des missions de terrain ;

- Une section de contexte, qui présente les éléments jugés importants par l'évaluation pour comprendre les conditions de mise en œuvre des interventions françaises en matière de santé dans chacun des pays ;
- La réponse aux questions évaluatives de l'évaluation s'appuyant sur les informations collectées dans les pays et formulée par rapport à des contextes pays particuliers ;
- La liste des personnes rencontrées au cours de la mission.

2. Rapport de mission Sénégal

2.1. Principales conclusions

- ▶ **Pertinence :** L'appui du Fonds français Muskoka à la réduction de la mortalité maternelle et infantile au Sénégal 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. Le FFM marque 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 (appuis aux bureaux nationaux de l'UNICEF, de l'OMS et du FNUAP en appui au pays).
- ▶ **Cohérence :** La cohérence du Fonds français Muskoka au Sénégal pourrait certainement être améliorée par une meilleure synergie entre les volets bi et multi du Fonds français Muskoka, et la diffusion aux équipes nationales et régionales à Louga des outils produits par l'unité de suivi évaluation du projet multi au bureau régional de l'UNICEF à Dakar. Cependant les équipes sur le terrain se demandent si les priorités de la coopération française aujourd'hui sont de se positionner à l'échelle globale, ou d'améliorer la santé des populations, qui constituent deux objectifs différents, pas nécessairement exclusifs l'un de l'autre, mais qui apparaissent aujourd'hui peu équilibrés en faveur d'une attention soutenue en direction de l'influence française à l'échelle globale. Il s'agit de travailler davantage à créer des synergies entre les financements français bilatéraux et multilatéraux et entre les initiatives de même nature : Partenariat de Ouagadougou 2011 sur la PF et Muskoka par exemple, avec une mise en adéquation et l'alignement des programmes financés par Muskoka sur les stratégies et plans d'action PF produits dans le cadre du partenariat de Ouagadougou (au Sénégal avec l'aide de la fondation Bill and Melinda Gates).
- ▶ **Efficacité :** Les résultats du projet AFD devraient dépendre des ressources nationales que le ministère de la santé du Sénégal attribuera tant au niveau central que dans la région de Louga. L'appui multilatéral régional aux agences de l'ONU peut, pour sa part, être amélioré par le renforcement de l'équipe de suivi-évaluation au bureau régional de l'UNICEF, et par une synergie accrue entre les volets bilatéral et multilatéral du FFM. Enfin, l'efficacité de la contribution française au Fonds mondial devrait dépendre de la capacité des équipes de recherche ou du système d'information sénégalais (qui présente de nombreuses faiblesses selon nos interlocuteurs) et de la France en appui (Initiative 5% et équipes techniques mobilisées en appui du ministre et de la DSRSE), à mener en amont de l'élaboration de la « concept note » attendue par le Secrétariat du Fonds mondial à Genève, des études de qualité sur les zones où se produisent les 1000 derniers cas d'infection à VIH, et sans doute des études sur la résistance des patients pris en charge aux traitements de première ligne pour l'infection à VIH, etc. En outre, une préoccupation tient au manque de personnels sur place dans les pays pour suivre l'efficacité de l'aide française, qu'elle soit allouée par le canal multilatéral ou bilatéral.
- ▶ **Impact et durabilité :**
 - S'il est prématuré d'examiner l'impact du FFM à ce stade, un effet positif du FSP Muskoka porte sur la façon de travailler des agences des Nations Unies, notamment entre le FNUAP, l'UNICEF et l'OMS au Sénégal, et sur la coordination entre le niveau central de la DSRSE et le médecin chef de Louga

dans le cadre du projet AFD a pu être observé.

- Si la visibilité de l'aide française en appui au secteur de la santé est améliorée par le fonds français Muskoka, la visibilité du fonds multilatéral pourrait être développée par une plus forte synergie et cohérence entre les volets multi et bi du programme Muskoka français au Sénégal, et par une communication sur la contribution de la France à l'Alliance GAVI et au Fonds mondial. La visibilité de la France pourrait également être améliorée aussi au travers d'initiatives communes entre les projets français en appui aux maisons de justice, et en appui à la promotion et la protection et le respect des droits des femmes.
- La pérennité des interventions passe par 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 du Sénégal semble, de plusieurs sources, présenter des faiblesses structurelles contournées par la mise en place de systèmes d'informations ou d'enquêtes réalisées par programmes (vaccination, sida, PF, etc.). Par ailleurs, la pérennité des interventions menées dans le cadre du projet Muskoka est tributaire des évolutions relatives au respect des droits des femmes au Sénégal, et à leur protection contre toutes formes de violences. L'appui du FFM 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.

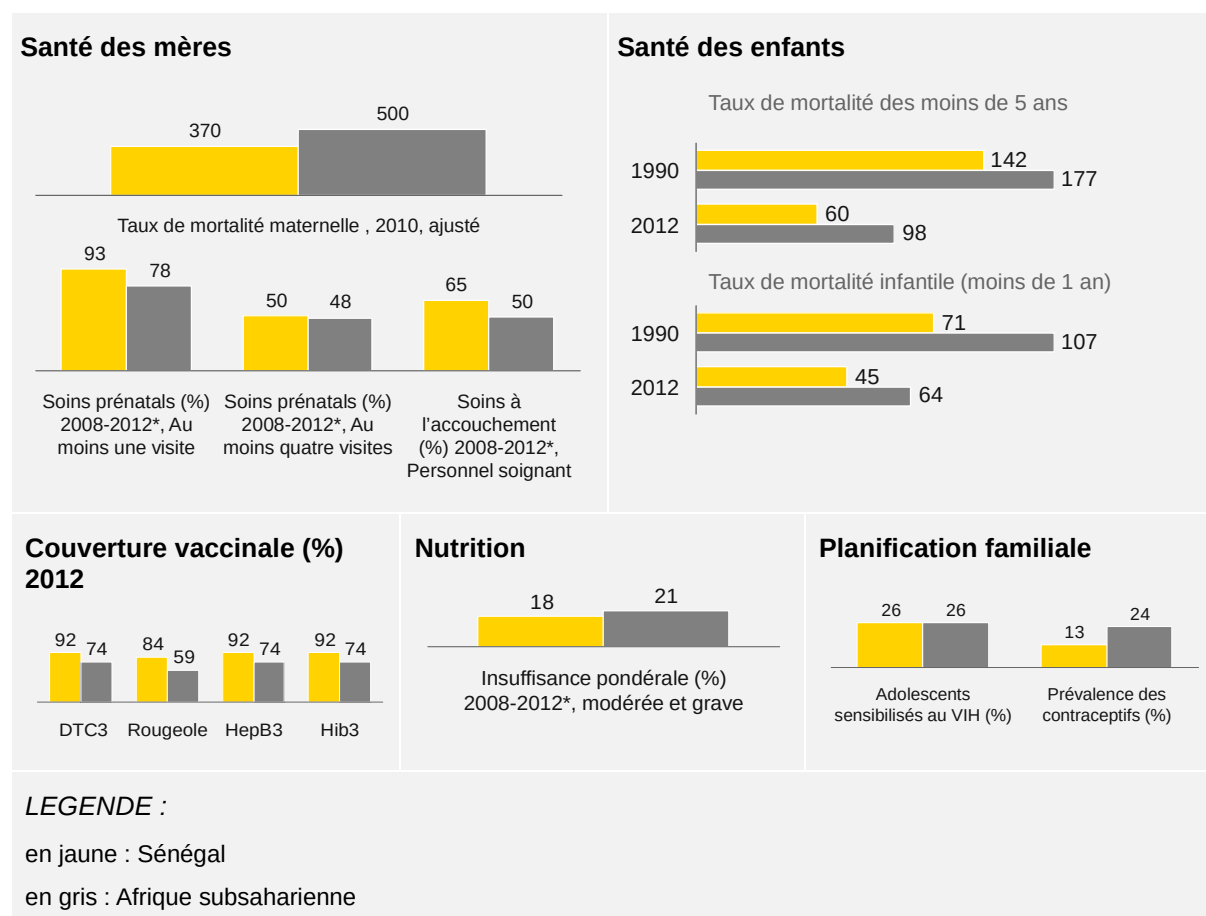
2.2. Contexte

2.2.1. Contexte sanitaire

La croissance démographique est spectaculaire dans toute la région d'Afrique de l'Ouest. Nous n'avons pas eu le sentiment qu'étaient anticipés ou envisagés les retentissements sociaux de cette « *déferlante démographique* » selon les termes de l'Ambassadeur de France au Sénégal, et de la demande actuelle et à venir en éducation, santé, et social, ou le coût des dispositifs de réponses qui seront nécessaires à répondre à ces besoins. Les taux d'analphabétisme sont élevés et de scolarisation bas, avec une qualité d'enseignement modeste a tenu à souligner l'Ambassadeur de France. La revue à mi-parcours de la feuille de route sur la réduction de la mortalité maternelle et néonatale soulignait déjà en 2011 que « *la couverture passive se dégrade face à la poussée démographique. Le ratio poste de santé/population s'est généralement détérioré entre 2003 et 2008, les nouvelles réalisations n'ayant pas suivi l'accroissement naturel de la population.* » (p. 31). Les disparités d'accès aux formations sanitaires sont très importantes entre les populations urbaines et rurales : le temps mis pour accéder au centre de santé le plus proche est inférieur à 30 minutes pour 80% de la population en milieu urbain, contre 41% en milieu rural. Les régions de Tambacounda, Kolda et Sédhiou sont les moins bien servies.

Les études épidémiologiques sur les maladies chroniques et accidents de la voie publique, problèmes de santé mentale n'ont pas été conduites à l'échelle nationale. Quelques études éparses annoncent des prévalences très élevées de diabète, d'hypertension et de cancers, ce qui incite à mettre en place et soutenir des activités de prévention et de dépistage et traitement précoces des maladies, certainement moins coûteux que la prise en charge des complications de ces maladies chroniques (accidents vasculaires, cancers avancés, complications du diabète et des maladies respiratoires chroniques).

Si les indicateurs de santé maternelle et infantile du Sénégal (en jaune) sont meilleurs que la moyenne subsaharienne, il n'en demeure pas moins que de forts potentiels d'amélioration subsistent.



Source : UNICEF¹

Les dernières données sur **la survie de la mère et de l'enfant** au Sénégal ont été publiées dans le rapport pays du « Countdown to 2015 »² (daté de mai 2013), dans la revue à mi-parcours de la feuille de route de réduction de la mortalité maternelle et néonatale au Sénégal réalisée en 2011, et dans l'Enquête Démographique et de Santé (EDS) 2012-2013. Les résultats principaux sont les suivants :

- L'indice de fécondité a baissé entre 1990 (6) et 2005 (5.3) et reste inchangé depuis 2005 (5 enfants par femme en 2010). Les taux de mortalité maternelle ont baissé entre 1992 et 2010 mais restent élevés et la diminution est lente. (1992 : 510/100 000) et en 2010 392/100 000). Les taux de mortalité néonatale sont stables et restent élevés (très peu d'évolution) : 1992 : 34.9/1000 ; 2005 : 35/1000 ; 2010 : 28/1000)

¹ http://www.unicef.org/french/statistics/index_countrystats.html

² <http://www.countdown2015mnch.org/>

- Les taux d'utilisation des CPN est de 50% en 2010, 62% en milieu urbain et 41% en milieu rural). 93% des femmes en milieu urbain accouchent en formation sanitaire (83% en 2005), 65% avec du personnel qualifié en 2010.
- Les données de mortalité maternelle ne sont pas désagrégées au niveau régional et national. Les premiers constats permettent d'observer de très grandes disparités de résultats entre les milieux urbain et rural, riche et pauvre et selon le niveau d'instruction, avec des taux de mortalité maternelle multipliés par deux chez les femmes les moins instruites.
- L'offre de services SONU a augmenté progressivement : 19.4% en 2004, 69.8% en 2009, et le taux de césarienne est passé de 3% en 2004 à 4% en 2010, reste inférieur au niveau attendu de 5%.

Grossesses adolescentes

Au Sénégal, 22% des femmes en âge de procréer sont des adolescentes. Les grossesses adolescentes continuent de constituer un frein à la réalisation des OMD 4 et 5 (deux enfants parfois décèdent, l'adolescente et son bébé). **On observe peu d'évolution sur les taux de mortalité maternelle liés à la grossesse adolescente et une augmentation du nombre de grossesses chez les adolescentes instruites.**

18.7% des adolescentes de 15 à 19 ans sont enceintes (24% rural, 10% urbain ; 31% chez les moins instruites, 4% chez les filles du niveau d'éducation secondaire). Les régions les plus concernées par la grossesse adolescente sont Tambacounda, Kolda, Kédougou et Matam. Kolda et Kédougou sont aussi les régions où la prévalence de l'infection à VIH est la plus élevée (2.4% et 1.7%). Louga est celle où la prévalence de l'infection à VIH est la plus basse (0.1%). données de la dernière EDS.

Le taux de prévalence de l'infection à VIH chez les femmes enceintes de 15 à 19 ans, donc adolescentes, est élevé, 1.4%, soit 2 fois le taux de la prévalence nationale. ++

Diourbel et Louga (appuyée par l'AFD) sont les régions où la mortalité néonatale est la plus élevée respectivement 43/∞ et 40/∞.

Le sex-ratio de l'infection à VIH est élevé en faveur des filles (0.8/0.5). 24% des filles de 14 à 19 ans ont des MST, la prévalence pour l'infection syphilis est de 2.3% chez les femmes enceintes (8.7 chez les prostituées). L'infection à VIH est plus élevée chez les femmes enceintes (1.5%) que non enceintes (0.8%).

Le planning familial et propos sur la planification familiale

8% des femmes interrogées ne veulent pas d'enfant et 22% souhaitent espacer les naissances mais n'utilisent pas de contraception. Les taux de prévalence contraceptive évoluent lentement sur la période 1986-2010 :

1986	1992	1997	2005	2010
2.4%	4.8%	8.1%	10.3%	12.1%

Source : *Revue à mi-parcours de la feuille de route de réduction de la mortalité maternelle, néonatale au Sénégal 2006-2015. Rapport de synthèse suivi du plan d'accélération de la mise en œuvre de la feuille de route 2012-2013.*

En cela l'initiative de Muskoka tente de combler un vide antérieur.

Les priorités dégagées par l'évaluation à mi-parcours sont de cibler davantage les interventions vers les femmes pauvres, le milieu rural, les filles les moins éduquées et les populations vulnérables enclavées, femmes enceintes séropositives, jeunes adolescentes, et d'intervenir davantage à réduire la malnutrition des femmes enceintes.

Les conclusions et recommandations de la revue à mi-parcours de la FDR insistent sur le fait que : *« dans un souci d'équité il faudra développer des stratégies de prise en charge des couches sociales les plus vulnérables et les plus pauvres ».*

L'amélioration des taux de couverture de la PF, de l'utilisation et de la qualité des services de santé maternelle et infantile passe par une communication et une formation massive, patiente et répétée des communautés sur ces sujets, et doit se dérouler en dehors des services de santé, perçus comme à risque pour la vie, corrupteurs et racketteurs et peu adaptés : la personne qui va au centre de santé y va au dernier moment donc dans un état plutôt grave et peu réceptive à recevoir des conseils qui doivent être prodigués dans la population générale et par les personnes écoutées des communautés : les femmes, les directeurs d'école, les imams, par exemple. Ce point nous paraît d'autant plus important que la revue à mi-parcours fait apparaître des dépenses très faibles sur la communication relative à la santé des femmes, des enfants et des mères : *« les données fournies par le sous compte SR montre que 57% des dépenses de SR sont consacrées aux soins curatifs suivis des équipements et des constructions pour environ 25% La prévention n'occupe que 14% des dépenses en SR. Au niveau des services préventifs de la SR moins de 9% sont accordés à la PF ce qui est extrêmement faible compte tenu de l'importance de ce volet, 4,3% à la SRAJ et l'IEC/CCC qui reçoit 8% »* (p. 25 de la revue à mi-parcours FDR pour la réduction de la mortalité maternelle et néonatale 2011)

Ces communautés ne doivent pas être vues comme des bénéficiaires d'un projet mais comme partie prenante dès le début pour qu'elles s'approprient les objectifs et les dimensions du projet, élément capital de la pérennité.

Grossesses non désirées, environnement législatif de l'avortement, et mortalité par avortement

Relevons que la revue à mi-parcours en 2011 n'évoque que très peu ou pas les violences sexuelles, la mortalité maternelle par avortement, l'environnement législatif et structurel d'une stratégie de réduction de la mortalité maternelle, les droits des femmes ou même la santé des adolescents, qui deviendra une composante à part entière de la stratégie actuelle de santé de la reproduction.

Selon une de nos interviews, 30% des motifs de détention des filles et des femmes au Sénégal seraient liés à l'infanticide ou à des tentatives, et 50% de la mortalité maternelle au Sénégal est associée aux complications de l'avortement pratiqué dans des conditions qui menacent la vie de la mère et de l'enfant.

La loi qui punit l'avortement évoque des attitudes « contre nature ». La loi sur l'avortement au Sénégal ne s'applique pas en cas de viol. En cas de danger pour la mère, chaque situation est examinée. Le cas d'une fillette de 12 ans violée puis enceinte l'année dernière en faveur de qui un avortement « légal » a été refusé a été médiatisé et ému l'opinion. Au Sénégal l'homosexualité est passible de détention, et les conditions de l'avortement sont très restrictives. D'après les personnes rencontrées qui suivent ces sujets de société, les parlementaires sont loin de constituer un recours pour le respect des droits sexuels et reproductifs et de l'orientation sexuelle des personnes : un groupe religieux peu tolérant s'est constitué en parti politique et quelques-uns de ses partisans ont été élus députés. Il semble que ces personnes se saisissent de sujets de société (orientation sexuelle, avortement, droits des travailleurs du sexe, port vestimentaire des filles et des femmes, les bars et les

discothèques) pour faire progresser un islam radical au Sénégal et leur projet politico-religieux. Ainsi il y a peu de chances de voir les choses progresser dans les mois ou années qui viennent, tout l'enjeu étant de ne pas voir la situation des droits de dégrader ou régresser au Sénégal avec la progression politique de ce groupe religieux radical. Le chômage, la désinformation, le faible niveau d'éducation, sont autant de facteurs de son assise électorale, les plus jeunes rejoignant le mouvement pensant y trouver de l'argent. Les associations SAHA (Social aspects health alliance) et des femmes juristes sont très actives dans ce domaine, cette dernière étant soutenue par Onufemmes. Les personnes rencontrées insistent sur le fait qu'il n'y a pas d'espace de discussion et de débat de société sur ces sujets. Les progrès réalisés récemment sur les taux de couverture en planification familiale pourraient être fragilisés par cet environnement peu favorable.

2.2.2. Panorama des interventions françaises Muskoka au Sénégal

Actuellement au Sénégal, l'intervention de la France est principalement observée au travers du **canal bilatéral**.

Canal bilatéral

L'AFD pilote un projet intitulé « Appui au programme de santé de la reproduction et du nouveau-né au Sénégal », instruit en 2012 pour un montant total de 14 millions d'euros, entièrement comptabilisé selon les critères de redevabilité définis lors du sommet du G8 à Muskoka. Ce projet a pour objectif de contribuer à l'amélioration de la santé des femmes et des enfants et à l'accélération de la dynamique de transition démographique au Sénégal. Le coût du projet est de 14 M€, dont 9M€ pour les investissements (constructions et équipements) et 5 M€ pour l'appui à la Direction de la Santé Reproductive et de la Santé des Enfants (DSRSE) et la Région Médicale.

Tel que présenté dans les documents de l'AFD, le projet est constitué de deux composantes principales :

- ▶ Renforcement des capacités de la DSRSE, notamment via :
 - un appui au fonctionnement courant de la Direction en mettant à disposition une enveloppe budgétaire pour financer certaines dépenses courantes, du petit équipement et la réalisation de missions de supervision et de formation des personnels en particulier dans la région de Louga ;
 - l'organisation de groupes de travail pour l'élaboration des nouvelles orientations, des curriculums de formation continue, des supports promotionnels, etc. pour les nouveaux programmes (nouveau-nés, adolescents, etc.) ;
 - l'acquisition de matériel pédagogique ;
 - des actions de plaidoyer auprès des autorités politiques, des expertises court-terme pour des appuis spécifiques, une enquête sur la qualité de la prise en charge des accouchements compliqués et des nouveau-nés dans les hôpitaux et les centres de santé de référence de la région de Louga ...
- ▶ 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, notamment via :
 - un renforcement des capacités institutionnelles et d'encadrement du secteur

- un renforcement de la mise en œuvre des programmes de santé de la reproduction et du nouveau-né, de santé des adolescents et de planification familiale
- un renforcement de la disponibilité et de la qualité de l'offre de soins à travers la construction et l'équipement de deux centres de santé dans deux des trois nouveaux districts sanitaires du département de Louga (Keur Momar Sarr et Sakal) et la réhabilitation des services de maternité et de pédiatrie de l'hôpital régional.

Par ailleurs, un autre projet « appui à la santé de la mère et du nouveau-né en Casamance » devrait être engagé par l'AFD en décembre 2014 dans le cadre du FFM, pour un montant de 10M€.

Canal multilatéral³

Des interventions françaises Muskoka sont par ailleurs en cours de démarrage via le **canal multilatéral**. Le Sénégal n'était pas un « pays phare » au départ, au sens où seule l'OMS pays a bénéficié des financements multilatéraux du projet FSP, pendant que les agences ONU Femmes, UNFPA et UNICEF n'intervenaient qu'en tant que bureaux régionaux⁴. A partir de 2014, les agences pays de l'UNICEF, UNFPA et OMS bénéficient du projet et présentent un plan d'action commun 2014.

2.3. Pertinence

L'appui du Fonds français Muskoka à la réduction de la mortalité maternelle et infantile au Sénégal est pertinent, tant dans sa dimension bilatérale que multilatérale (au regard de sa dimension régionale). L'ensemble de l'intervention française est alignée 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.

De plusieurs sources nationales, y compris au niveau du Cabinet du ministre, ce Fonds français Muskoka marque 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 (appuis aux bureaux nationaux de l'UNICEF, de l'OMS et du FNUAP en appui au pays).

Une pertinence confirmée des interventions françaises sur les volets bilatéral et multilatéral

Le projet d'appui à la région de Louga de l'AFD est bien formulé, très complet, pertinent à tout point de vue, tant par les priorités retenues que la région sanitaire choisie, bien en phase avec les priorités thématiques et géographiques nationales, et complémentaire des autres aides extérieures en appui au système de santé du Sénégal ou à la région de Louga. Ce constat s'appuie sur une analyse des documents nationaux consultés⁵, et les entretiens

³ Il n'a pas été obtenu davantage d'information, les personnes du FNUAP en charge du projet n'ayant pas pu être rencontrés ni sur place (absents) ni à Paris ou par « skype » malgré plusieurs sollicitations.

⁴ La France apporte son appui au niveau régional des 3 agences Onufemmes, UNICEF, UNA.

⁵ Revue à mi-parcours de la feuille de route de réduction de la mortalité maternelle, néonatale au Sénégal 2006---2015 ; Rapport de synthèse suivi du plan d'accélération de la mise en œuvre de la feuille de route 2012---

menés à la Direction nationale de la santé de la reproduction ainsi qu'avec toutes les organisations de l'ONU en charge de la santé maternelle au Sénégal

Sur le volet multilatéral, les financements français sont très appréciés, et permettent aux agences onusiennes d'inscrire à leurs programmes des activités supplémentaires ou des activités essentielles non financées par ailleurs. Les actions programmées et financées concernant la santé maternelle et infantile dans le cadre de ces fonds français Muskoka en appui aux agences régionales basées au Sénégal pour la région Afrique de l'ouest sont estimées utiles par les acteurs rencontrés à Dakar et de ce que nous avons pu conclure des interviews avec les organisations régionales onusiennes basées à Dakar, dans des environnements où il n'y a pas beaucoup d'autres financements extérieurs sur des thématiques peu abordées par les niveaux nationaux, telles par exemple celles relatives aux droits sexuels, à l'orientation sexuelle, aux droits des femmes, aux violences dont les violences sexuelles, etc.

Les activités programmées conjointement par les 3 agences pour 2014 (Plan 2014) ne font pas particulièrement référence aux priorités nationales au sens où les régions les plus démunies par exemple ne sont pas particulièrement ciblées dans le plan, ni les plus pauvres, ou le milieu rural. Ce plan d'action est néanmoins considéré par le conseiller technique français au ministère de la santé comme pertinent puisqu'il prévoit « des activités utiles à faire en sorte que l'ensemble du programme fonctionne ».

Des interventions particulièrement pertinentes sur la question des violences faites aux femmes (ONUfemmes)

Les interventions de l'**ONUfemmes** dans la région francophone sont précises et ciblent des groupes vulnérables, dont les fillettes et les jeunes, ou pour la formation, les hommes en uniforme. Ce sont néanmoins, compte tenu des ressources, des interventions à petite échelle. Les fonds français Muskoka pourraient bénéficier davantage à ces groupes de populations, en invitant les agences et les responsables nationaux à accorder davantage d'attention à ces sujets.

L'autre raison pour laquelle il nous semble important de poursuivre ces soutiens tient aux études que l'Onufemmes est en train de terminer pour objectiver l'ampleur et la nature des violences perpétrées à l'encontre des femmes : les conclusions d'une étude multipays sont attendues en juin 2014. Inédite jusque-là, une telle étude était nécessaire à la réaction politique et à la planification, dans ces pays d'interventions, de mesures en réponse à ces violences. Le cas de la Côte d'Ivoire et des pays en conflits ou post conflits de la région ont été particulièrement soulignés. En effet, les violences sexuelles, si elles peuvent surgir ou s'accroître de manière considérable en situation de guerre ou de conflits armés, se prolongent massivement dans la période du post conflit.

L'intérêt de l'Onufemmes pour la violence envers les femmes en milieu de soins nous a semblé très pertinent également, faisant écho aux travaux de longue date sur ces sujets de Yannick Jaffré et Jean Pierre Olivier de Sardan. L'Onufemmes devrait travailler avec ces experts afin de valoriser la recherche française dans les instances nationales et régionales, et capitaliser sur les travaux de ces chercheurs plutôt que de les recommencer. 7 pays cibles

2013 ; Plan d'action national de planification familial 2012---2013 ; Plan stratégique 2012---2015 de santé de la reproduction ; Ecole nationale de développement sanitaire social (ENDSS) : organisation pédagogique

font l'objet d'études sur la violence et la santé maternelle, dont le Togo et la Côte d'Ivoire où les études ont été réalisées (en cours au Mali).

2.4. Cohérence interne

Des financements en direction des initiatives mondiales dont le bénéfice a été peu objectif

La décision politique d'engager des financements très importants en direction des initiatives mondiales (Fonds mondial, GAVI et UNITAID) ne s'est pas accompagnée de la question de savoir s'il y avait un avantage pour les politiques de santé, si l'aide française ainsi dispensée était plus efficace que l'aide bilatérale, si ces outils multilatéraux étaient les plus adaptés à renforcer les systèmes de santé, d'autant que la France s'est retirée de l'ensemble du volet de la formation médicale et de santé publique dans cette région francophone d'Afrique. L'ambassade du Sénégal fait partie des 8 ambassades les plus importantes avec les Etats Unis, la Grande Bretagne, l'Italie, l'Allemagne, l'Espagne et le Maroc, bien plus importante qu'en Inde ou au Brésil.

Selon les interlocuteurs rencontrés dans le cadre de la mission les ambassades ne disposent pas de ressources, ni techniques ni financières, pour assurer un suivi de qualité des financements mis à disposition des initiatives mondiales ou du Fonds européen de développement (auquel la France contribue pour 19% soit 1/5).

Par ailleurs les décisions de financer telle ou telle initiative sont prises à Paris (I3S) Ouagadougou (réunion sur la PF en 2011) ou autre part (G8 de Muskoka) sans que les décideurs politiques ou l'Administration du MAEDI ne prennent des dispositions pour mettre toutes ces initiatives en cohérence : ainsi le programme Muskoka aurait pu s'aligner sur les engagements pris par la France à Ouagadougou en 2011 d'aider les pays à améliorer la couverture de services et d'utilisation de la PF.

L'absence de pilotage du programme Muskoka réparti entre les canaux bi et multi de financement de l'aide française, a joué dans ce sens, même si toutes les équipes en place reconnaissent des évolutions de collaborations entre les équipes françaises du MAEDI et de l'AFD à Paris et sur le terrain. Cette dispersion a pu nuire à la lisibilité de l'aide française, à sa visibilité et à sa valorisation par la partie nationale et par les partenaires.

Une cohérence perfectible entre le volet bilatéral et multilatéral

L'efficience du Fonds français Muskoka au Sénégal peut certainement être améliorée par une meilleure synergie et concertation entre les volets bi et multi du Fonds français Muskoka, et la diffusion aux équipes nationales et régionales à Louga des outils produits par l'unité de suivi évaluation du projet multilatéral au bureau régional de l'UNICEF à Dakar.

Par exemple, la « Grille de lecture » de suivi des indicateurs, élaborée conjointement par le projet et le CREDES, est un outil utile aux pays et aux agences. Il serait pertinent que le coordonnateur du projet AFD au Sénégal, basé à la DG de la santé, ainsi que le médecin chef de la région de Louga et la direction de la santé de la reproduction au ministère de la santé du Sénégal, aient connaissance des études et outils développés par le volet multilatéral du fonds français Muskoka, notamment de tous les outils de planification et de suivi-évaluation, de même que le chef de projet au siège de l'AFD.

Il s'agit maintenant et à l'étape suivante de faire bénéficier les responsables nationaux et régionaux des programmes de santé de la reproduction de ces appuis institutionnels et d'associer davantage les acteurs de l'AFD (nationaux, agence pays et Paris) à ces réunions et au partage de documents d'études et d'outils en vue d'assurer une meilleure coordination et synergie entre les différents volets et dimensions du fonds français Muskoka.

Dans le même esprit, le Conseiller technique (ETI/MAEDI) auprès du ministre de la Santé du Sénégal ignore l'existence du Secrétariat de la coordination technique et de suivi évaluation du fonds français Muskoka multilatéral (Eva) et réciproquement. L'un et l'autre gagneraient pourtant à échanger leurs savoirs et les études, d'autant que le Sénégal fait partie des pays étudiés par l'initiative régionale : l'analyse de situation et « baseline » de départ a fait l'objet d'un rapport de consultant⁶, et si l'OMS était la seule agence nationale à bénéficier d'une subvention Muskoka jusqu'ici, l'UNICEF et le FNUAP bénéficient de financements du projet à partir de 2014 pour lesquels les agences se sont soumises à l'exercice de planification conjointe des activités d'appui aux autorités sanitaires nationales ou régionales de santé de la reproduction et de survie de l'enfant.

Par ailleurs, les responsables de la mise en place, de la coordination et du suivi du projet de l'AFD à Louga et au niveau central du Ministère de la santé au Sénégal, pourraient être destinataires des études et des outils développés par le projet au niveau régional. Le Conseiller technique du Ministère de la santé n'a pas eu connaissance des documents produits par les équipes Muskoka régionales, notamment pas de l'analyse de situation nationale qui aurait pu lui être très utile ainsi qu'à ses collaborateurs de la direction de la santé de la reproduction et de la survie de l'enfant et de la région de Louga.

L'appui institutionnel aux instances nationales pourrait être relayé par l'ETI conseiller de ministre et le projet national AFD, pour faire levier sur le projet multilatéral, et que ce qu'il développe ne bénéficie pas aux seules agences de l'ONU mais également aux services nationaux concernés de santé maternelle et infantile.

Une articulation qui peut être également renforcée avec les appuis au Fonds mondial

Les échanges avec le Président du CCM font apparaître que les hypothèses soulevées dans le rapport documentaire se confirment : les autorités sanitaires nationales et le CCM n'ont pas de vision claire de la situation du Sénégal vis à vis des nouvelles infections au VIH, TB et paludisme : le système d'information sanitaire est déficient, les sources de données multiples et éparées, les transformations démographiques et épidémiologiques non mesurées, etc.

Le « Fonds mondial se cherche encore et n'est pas stabilisé ». La perception de l'institution vue du terrain est mouvante, et le niveau d'exigence du Secrétariat jugé élevé compte tenu du peu de ressources humaines disponibles pour effectuer le travail de mise en œuvre et de pilotage : tous les membres du CCM ont un travail à plein temps, et tous font beaucoup de travail bénévole pour le Fonds mondial. Sans un renforcement des systèmes de santé, la lutte contre les maladies ne marchera pas. « La santé est un tout » dit le président du CCM.

Le pays est à jour sur l'actualisation de son plan stratégique national. Les nouvelles modalités de financement du Fonds mondial vont nécessiter un appui technique important. L'Initiative 5% de la France, administrée par FEI est appréciée et trouve véritablement sa place ici.

Il est souvent question d'intégrer la SMI aux activités VIH par exemple, alors que l'approche pourrait être inverse : les interventions relatives aux maladies doivent être intégrées aux activités des systèmes de santé, dont celles visant l'amélioration de la santé maternelle et infantile.

⁶ B. Diongue. Analyse initiale de la situation de santé maternelle néonatale et infantile dans le cadre des Fonds français Muskoka au Sénégal. Avril 2013. 66p.

Focus : Cohérence avec les appuis à l'Alliance GAVI

L'analyse de l'appui de l'Alliance GAVI fait d'abord apparaître les points importants suivants :

- ▶ Le pays a fait des progrès remarquables en termes de couverture vaccinale dont les résultats sont satisfaisants même s'ils peuvent être améliorés.
- ▶ Les taux de couverture vaccinale varient selon les sources de données qui sont au nombre de 3 : les services déconcentrés du ministère de la santé, l'EDS 2013 et l'enquête de couverture nationale 2012. La multiplication des sources de données est fréquente allant de pair avec un système d'information sanitaire national faible, qui incite les bailleurs et les programmes à instituer des systèmes de recueil de données, qui ne contribuent pas à renforcer le système national, etc. véritable cercle vicieux. S'ajoute aux difficultés classiques un élément important au Sénégal, particulièrement fort dans la région de Louga où des mouvements sociaux des personnels de santé (grève, refus de partager l'information sanitaire, etc.) contribuent à détériorer les relations entre la périphérie et le niveau central.
- ▶ Le Sénégal est en défaut de co-financement sur le vaccin pentavalent dont l'achat et l'administration dépendent encore fortement de GAVI
- ▶ le PNB ne peut pas être le seul critère de « graduation » des pays de GAVI, de sortie d'éligibilité. Selon ce critère, le Sénégal, le Libéria, le Ghana, l'Éthiopie et la Tanzanie deviennent en 2014 des pays non éligibles.
- ▶ Le ministre de la santé du Sénégal représente 20 pays au CA mais sa voix ne suffit pas à faire valoir la nécessité pour le CA et la direction de GAVI de reconsidérer le critère de sortie d'éligibilité
- ▶ Les pays proposent d'inclure le niveau de réalisation des OMD 4 et 5, les inégalités, donc le niveau de mortalité maternelle et infantile, le niveau d'alphabétisation, l'IDH, etc. autant d'éléments qui impliquent une incidence financière sur laquelle GAVI est en train de réfléchir

L'évaluation propose que le coefficient de GINI et le degré d'inégalités entre régions et populations du pays soient pris en considération, de même que le niveau et la rapidité de croissance démographique, et met en garde avec le pays sur le fait que la dépendance des pays aux financements de GAVI pour la couverture vaccinale est très élevée d'où découle le fait que le retrait des financements de GAVI alors que le budget du pays n'a pas été programmé pour financer ces coûts, va s'accompagner de flambées épidémiques

L'introduction de nouveaux vaccins au Sénégal date d'une dizaine d'années (hépatite b en 2004, pentavalent en 2005, anti-pneumococcique en 2013, combiné rubéole-rougeole en 2014, HPV en 2015) et tous les nouveaux vaccins ont été introduits, à une vitesse et selon une ampleur qui menacent la pérennité du financement. Le coût de la vaccination au Sénégal (achat des vaccins seulement) est trois fois le montant du budget actuellement alloué par le ministère de la santé (budget national= 977 millions de FCFA et coût en 2014 de 1 770 milliards de FCFA, en 2015 de 1 743 milliards et en 2016 de 3 377 milliards de FCFA). La redevabilité est mutuelle, le programme GAVI a continué d'introduire à toute allure des vaccins coûteux au Sénégal où le co-financement national était déjà défaillant sur le pentavalent.

Un autre point important constamment soulevé depuis la création de GAVI est celui de la disponibilité des documents en français et du site internet en français. Le Secrétariat de GAVI et les membres du CA, la France et l'Union européenne doivent avoir le plus grand respect des pays francophones, et la plus grande attention eu égard aux revendications de pouvoir lire, travailler, réfléchir et répondre en français aux attentes de GAVI et participer

pleinement et bénéficier de manière équitable, aux interventions de GAVI. La performance en dépend.

Mais la question va bien au-delà de celle-là. La communauté internationale est d'une désinvolture inacceptable envers les pays francophones alors que les financements de GAVI sont aussi des financements publics. Les pays pourraient saisir l'OIF ou d'autres instances pour faire valoir leur droit à la non-discrimination sur la base de la langue. Il ressort de ces échanges que le travail de représentation de la ministre de la santé du Sénégal est considérablement augmenté, ainsi que celui de conseiller spécial GAVI, pour faire en sorte que les pays francophones et lusophones aient accès à l'ensemble des documents en français en amont des préparations des différentes réunions de GAVI. Aucun soutien n'est apporté par le secrétariat de GAVI, ni technique ni financier, pour faciliter la traduction.

Il s'agit pour la France avec l'Union européenne et la Commission européenne, qui finance aussi GAVI, de soutenir les pays francophones au CA de GAVI pour qu'ils puissent s'exprimer et être entendus en français, prolonger leur éligibilité, au risque de devoir intervenir à contrôler des flambées épidémiques coûteuses à bien des égards. Il y a un impératif sanitaire évident, et un impératif éthique : au travers des initiatives mondiales et des financements innovants, les pays membres du CA de GAVI et les donateurs auraient-ils contribué à ouvrir un marché pour l'industrie du vaccin (et du médicament) pour menacer ensuite la pérennité des programmes du fait de délais de co-financement très courts puis de sortie d'éligibilité prématurée dans un monde qui change et particulièrement bouleversé en Afrique de l'Ouest et du Centre : la croissance démographique est telle que le Sénégal n'est pas en mesure de financer le package de vaccination aujourd'hui estimé à 35 dollars par an et par habitant, montant équivalent à ce que J Sachs avait estimé en 2001 nécessaire à couvrir l'ensemble du paquet minimum de soins au niveau primaire de la pyramide sanitaire (Commission macroéconomie et santé 2001).

2.5. Efficacité

A ce stade de réalisation des interventions (le projet AFD démarre à la DSRSE et à Louga, et les agences de l'UNICEF et du FNUAP deviennent bénéficiaires des fonds seulement en 2014), l'évaluation peut s'en tenir à proposer des conditions d'efficacité du Fonds français Muskoka au Sénégal.

Les conditions d'efficacité du volet bilatéral

L'efficacité du projet AFD est très dépendante des ressources nationales que le ministère de la santé du Sénégal attribuera tant au niveau central que dans la région de Louga. L'efficacité du projet dépendra des déterminants de l'utilisation des services de santé de la reproduction, de santé maternelle et de survie de l'enfant, et de santé infantile. Le déterminant majeur relève du niveau d'éducation et d'instruction des filles et des femmes dans un contexte où l'OMD 2 relatif à l'éducation sur la période 1990-2015 s'est contenté d'amélioration des taux de scolarisation à l'école primaire. Le projet AFD en appui à la région de Louga devra travailler à améliorer la demande des filles et des femmes pour les services de santé de la reproduction et de santé maternelle, en privilégiant la communication, les transports, la référence et la qualité des soins maternels, en s'intéressant en amont à la formation et aux pratiques des sages-femmes de la région.

Sur le plan de la gestion du projet bilatéral de l'AFD, la Mission recommande une mission de Paris sur place pour discuter avec le coordonnateur national du projet et les responsables du projet à l'agence pour discuter et envisager de répondre à la demande du coordonnateur national de voir son équipe renforcée, en plus de la comptable du projet déjà recrutée.

Le médecin-coordonnateur pourrait se concentrer sur les aspects techniques du projet, qui seront déterminants à son succès (voir plus loin) et pourrait faire le lien entre le niveau central et régional en collaboration avec le médecin chef de Louga, pendant qu'un spécialiste de la passation des marchés suivrait, avec le service concerné du Ministère de la santé (jugé submergé par la gestion de nombreuses conventions de financement d'infrastructures par d'autres donateurs), la passation des marchés liés au volet infrastructures et équipements du projet, dont on peut anticiper qu'il nécessiterait un volume d'activités conséquent tout en exigeant un suivi rapproché au niveau central, si l'on souhaite raccourcir les délais de mise en œuvre du projet par le maître d'ouvrage, en se souvenant que l'Initiative Muskoka a été lancée au G8 en 2010 en vue d'accélérer la réalisation des OMD 4 et 5 dans les pays les plus en retard, c'est à dire ceux d'Afrique de l'Ouest et du Centre.

Après des délais d'installation et de mise en place institutionnelle du projet jugés longs par les acteurs sur place, le projet gagnerait à étoffer l'équipe de management de ce spécialiste de la passation des marchés, ainsi que d'un assistant à la comptable de l'équipe, qui insiste par ailleurs sur le fait de pouvoir disposer d'un logiciel de comptabilité pour mener à bien son travail. Le médecin coordonnateur pourrait aussi mobiliser davantage de temps pour collaborer avec les agences de l'ONU nationales, et régionales Sénégal (FNUAP Louga), et régionales Afrique de l'Ouest (avec la coordination Muskoka assurée à l'Unicef régionale) pour bénéficier au maximum des travaux réalisés par le volet multilatéral du fonds français Muskoka et nourrir le projet au niveau central et au niveau de la région de Louga, des savoirs, études et pratiques et outils développés à ce niveau pour les 11 pays concernés⁷ dont le Sénégal. L'ensemble de ce dispositif pourrait se mettre en place avant le recrutement et l'installation de l'assistance technique du projet qui ne sera pas opérationnelle avant plusieurs mois (de notre compréhension, les TDR de ce recrutement sont en cours de rédaction).

Des résultats en matière de coordination inter-agences

Les dispositifs de coordination inter-agences préexistent au projet français Muskoka (« One UN » et le cadre UNDAF : United nations development assistance framework) mais de l'avis de tous les acteurs rencontrés, sont bel et bien 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 HHA Harmonisation for health in Africa n'atteint pas ce niveau de détail technique, 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.) est un des atouts du projet.

La valeur ajoutée du Fonds français Muskoka est d'avoir, au travers de l'appui des conseillers régionaux de la santé (basés à Dakar et Cotonou), d'une expertise française et internationale mobilisée à cet effet⁸, de l'appui du CREDES-Muraz et du recrutement d'une personne coordonnatrice du suivi évaluation des programmes multilatéraux basée à Dakar (localisée dans le bureau régional de l'UNICEF), structuré ce suivi et renforcé les capacités des agences de l'ONU à planifier et suivre des interventions à haut impact.

⁷ Bénin, Burkina Faso, Côte d'Ivoire, Guinée, Haïti, Mali, Niger, RDC, Sénégal, Tchad, et Togo.

⁸ 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

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 les conseillers régionaux de la santé (MAEDI) ou les experts 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, très suivis par Paris.

La valeur ajoutée du projet serait supérieure encore si les autorités sanitaires et les services techniques des ministères de la santé à tous les niveaux du système de santé des pays prioritaires des fonds français Muskoka, bénéficiaient aussi des outils développés par le projet en les ajustant aux priorités nationales et en les coordonnant avec les appuis des agences de l'ONU sur le suivi évaluation des programmes de santé maternelle et infantile, de l'accélération de la réalisation des OMD 4 et 5. Ces partages ont commencé, comme en témoignent les travaux de la réunion du comité technique au Togo récemment, entre la coordination technique du projet, les conseillers régionaux de la santé du MAEDI, les agences régionales et nationales de l'ONU, mais gagneraient à être systématiques et plus visibles, en vue de renforcer les capacités institutionnelles des structures nationales de suivi évaluation des interventions de santé de la reproduction et de réduction de la mortalité maternelle et de l'enfant, appuis qui viendraient en synergie et bénéficieraient également aux projets de l'AFD dans les pays où elle finance des projets bilatéraux Muskoka.

L'efficacité de l'appui multilatéral régional aux agences de l'ONU peut être améliorée et accélérée par le renforcement de l'équipe de suivi-évaluation au bureau régional de l'UNICEF, d'un expert ou stagiaire en suivi-évaluation, et d'une synergie améliorée entre les volets bilatéral et multilatéral du fonds français Muskoka, associant les équipes ETI/MAEDI et de l'AFD (agence et coordonnateur national et médecin chef de la région de Louga) aux activités concernant le Sénégal.

Fonds mondial : une efficacité largement conditionnée

L'efficacité de la contribution française au Fonds mondial au Sénégal dépend de la capacité des équipes de recherche ou du système d'information du Sénégal, (qui présente de nombreuses faiblesses selon nos interlocuteurs) et de la France en appui (Initiative 5% et équipes techniques mobilisées en appui du ministre et de la DSRSE), de mener en amont de l'élaboration de la « concept note » attendue par le Secrétariat du Fonds mondial à Genève, de bonnes études sur où se produisent les 1000 derniers cas d'infection à VIH, et sans doute des études sur la résistance des patients pris en charge aux traitements de première ligne pour l'infection à VIH, etc. en lien avec le projet de l'ANRS au Sénégal, ou des résistances aux traitements disponibles pour le paludisme et la tuberculose.

Des synergies à davantage rechercher notamment au niveau régional

Une plateforme d'échange et de concertation de la coopération sanitaire française au niveau national et régional pourrait faciliter l'échange d'information, d'outils et d'études, qui pourrait être animée par le conseiller régional santé basé à Dakar, ou par le conseiller technique ETI français du ministre de la santé (réunissant les intervenants nationaux et agence de l'AFD, ETI ministre, ETI ONU, président du CCM et stagiaires français au CCM, experts recrutés par le projet Muskoka de coordination et de secrétariat du COTECH). La coordination accueillie par le bureau régional de l'UNICEF pourrait être renforcée de stagiaires ou d'une

équipe nationale tant le volume de travail est important reposant sur une équipe d'experts certes compétents mais tous occupés à plein temps à leurs emplois respectifs.

Un manque d'information en direction du ministère de la Santé

La Direction de la santé de la reproduction et de la survie de l'enfant au Ministère de la santé exprime son regret de ne pas être informée des moyens et montants dont disposent les agences de l'ONU au Sénégal pour mettre en œuvre des activités financées par le Fonds français Muskoka, et estime que les autorités nationales devraient être informées en toute transparence de ces montants, du calendrier, et de la gestion de ces financements. Il semble que le projet Muskoka n'ait pas fait l'objet d'une présentation des objectifs techniques et des montants financiers et partenaires dès le début du projet au Sénégal, ni depuis que les bénéficiaires ont changé, puisqu'en 2014 le FNUAP et l'UNICEF pays deviennent bénéficiaires et exécutants du projet Muskoka au Sénégal.

Côté français, un manque de moyens pour réaliser un suivi efficace du volet multilatéral

Le service de coopération et d'action culturelle (SCAC) à Dakar souligne le manque de ressources humaines pour assurer un bon suivi de la mise en œuvre du volet multilatéral de Muskoka au Sénégal et pays de la région et appelle à une mutualisation des moyens entre le MAEDI et l'AFD pour suivre de manière plus effective et efficiente les programmes français en appui au secteur de la santé.

2.6. Impact et durabilité

2.6.1. Impact pour les pays

Volet bilatéral

Le succès du projet de l'AFD en termes d'impact et de réduction de la mortalité maternelle et de la survie de l'enfant, sera davantage lié aux conditions suivantes sur lesquelles la Mission souhaite attirer l'attention des intervenants au projet :

- ▶ Amélioration des taux d'utilisation des services qui seront conditionnés autant par la présence de médecins, obstétriciens et de sages-femmes bien formés que par la disponibilité des infrastructures ou équipements ; cette demande peut être encouragée par des campagnes de communication et une augmentation des budgets nationaux du programme alloués à la communication en direction des populations
- ▶ Disponibilité de ressources humaines, de sages-femmes et d'obstétriciens dans la région de Louga ; fiabilité des données ; disponibilités des produits sanguins, médicaments et vaccins, etc. Le système de santé devra être soutenu dans son ensemble avec une collaboration active de la partie nationale

Volet multilatéral

Il est prématuré d'examiner l'impact d'un projet qui commence. Néanmoins nous avons pu observer un impact du projet sur la façon de travailler des agences des Nations Unies, notamment entre le FNUAP, l'UNICEF et l'OMS au Sénégal, et certainement un impact sur la coordination entre le niveau central de la DSRSE et le médecin chef de Louga dans le cadre du projet AFD. L'appui institutionnel fourni par le projet dans le domaine de l'analyse de situation, de la planification et du suivi évaluation, incluant des outils et des grilles d'indicateurs est certainement une valeur ajoutée du Fonds français Muskoka qui pourrait

davantage bénéficier aux pays si des relais entre le volet multilatéral du projet et le volet bilatéral étaient identifiés et organisés.

L'impact du Fonds français Muskoka dépend également de la **cohérence** du dispositif français de coopération au développement et de coopération sanitaire française. Les équipes sur le terrain se demandent si les priorités de la coopération française aujourd'hui sont de se positionner à l'échelle globale ou d'améliorer la santé des populations, deux objectifs différents, pas nécessairement exclusifs l'un de l'autre, mais qui apparaissent aujourd'hui peu équilibrés en faveur d'une attention soutenue en direction de l'influence française à l'échelle globale. Il s'agit de travailler davantage à créer des synergies entre les financements français bilatéraux et multilatéraux et entre les initiatives de même nature : Partenariat de Ouagadougou 2011 sur la PF et Muskoka par exemple, avec une mise en adéquation et l'alignement des programmes financés par Muskoka sur les stratégies et plans d'action PF produits dans le cadre du partenariat de Ouagadougou (au Sénégal avec l'aide de la fondation Bill and Melinda Gates).

La deuxième préoccupation tient au manque de personnels sur place dans les pays pour suivre l'efficacité de l'aide française qu'elle soit allouée par le canal multilatéral ou bilatéral. Il semble que dans cette pénurie, les ressources soient positionnées davantage à Paris que sur le terrain, (avec 4 recrutements en cours au MAEDI par exemple), et des attributions et compétences probablement dupliquées entre les équipes du MAEDI et de l'AFD à Paris.

La pérennité du Fonds français Muskoka, tant dans sa dimension bilatérale que multilatérale, est fragilisée par les aspects structurels suivants observés au Sénégal :

L'information sanitaire, la fiabilité et la qualité des données sanitaires

La pérennité des interventions passe par 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 du Sénégal semble, de plusieurs sources, présenter des faiblesses structurelles (liées à des mouvements sociaux dans ce secteur), 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 est 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.

Les 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 au Sénégal, 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 ONUfemmes 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'ONUfemmes 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 sortir du 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, pour les intégrer au travers de tous les appuis de la France au Sénégal: central, AFD, y compris 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, etc. ce dernier étant censé avoir des effets sur la réalisation des OMD 4 et 5.

Il reste à explorer de voir s'il a été fait une revue des textes de Loi au Sénégal pour relever ce qui compromet la santé des femmes et des mères, de leurs enfants, et l'éducation des filles.

L'Alliance GAVI

La question de la pérennité la plus aigüe entendue en cours de mission est celle de la capacité du Sénégal à poursuivre l'achat des nouveaux vaccins introduits sur la période 2005-2014, alors que le pays devrait en 2014 ne plus répondre aux critères d'éligibilité aux financements de GAVI (PIB > 1500 dollars par habitant et par an) et faire partie des pays en « graduation », et que le coût du paquet vaccinal au Sénégal a été estimé à 35 dollars par cible. Les autorités sanitaires ont tiré la sonnette d'alarme auprès du ministère des finances qui a annoncé ne pas pouvoir répondre en 2014 aux exigences du calendrier vaccinal, et considérer la question pour les années 2015 et 2016 lors de l'élaboration des lois de finances respectives.

Si le pays ne pouvait reprendre à sa charge le financement, les autorités sanitaires feraient face à de nouvelles flambées de maladies liées aux vaccins, notamment hépatites virales, pentavalent, hémophilus, rotavirus, etc. Tout ceci pose la question de la pertinence d'un mécanisme comme l'Alliance GAVI à avoir incité les pays à introduire de nouveaux vaccins, avec une augmentation considérable des budgets et financements nécessaires, sans pouvoir en assurer la pérennité à long terme : bien que le Sénégal était défaillant sur le co-financement national en vue de reprendre progressivement (sur 10 ans entre 2005 et 2015) le coût du vaccin pentavalent, l'Alliance GAVI a continué d'introduire de nouveaux vaccins chers.

La réalité est que le pays n'est pas en mesure de reprendre les achats de vaccins, que les budgets nationaux en faveur de la santé n'ont pas suivi l'augmentation des coûts des vaccins en plus des produits des programmes de santé de la reproduction, peut-être pas non plus la croissance démographique rapportée à la croissance économique. L'incapacité nationale à s'approprier le financement du calendrier vaccinal pose la question de la pérennité des progrès de réduction de la mortalité infantile et des soutiens de la coopération française à ces programmes à l'échelle globale et à l'échelle nationale, autant de questions que la France peut aborder lors du CA de GAVI.

Les programmes de santé de la reproduction et de planning familial

Dans le même ordre d'idées, la pérennité à long terme des stratégies nationales de santé de la reproduction et de planning familial du Sénégal sont menacées et fragilisées par l'intervention technique et financière massive des aides extérieures américaines publiques et privées à ces programmes (USAID, Bill and Melinda Gates Foundation, et FHI).

2.6.2. Impact pour la France / visibilité

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* ».

La visibilité du fonds multilatéral est faible puisque ces financements se fondent dans le mandat respectif des agences. La Mission prend acte des événements de communication (articles, émissions RFI, production d'un dvd, etc.) qui ont accompagné la tenue du comité de pilotage du programme en mars 2014 à Dakar et de l'indication donnée aux agences de l'ONU bénéficiaires des financements de se référer davantage à la contribution française, ce que le président du comité technique n'a pas manqué de faire lors de la journée mondiale des sages-femmes et de sa publication dans le Huffington post : N. Azandégbé. La sagesse des femmes, le 5 mai 2014.

A partir de 2014 l'accent est mis sur la communication par les agences du soutien français et la production d'outils de communication valorisant l'action de la France y compris un film, des émissions RFI, des dépliants, etc.

La visibilité du financement multilatéral pourrait être améliorée par une plus forte synergie et cohérence entre les volets multi et bi du programme Muskoka français au Sénégal, et une communication sur la contribution de la France à l'Alliance GAVI et au Fonds mondial.

La visibilité de la France pourrait être améliorée aussi au travers d'initiatives communes entre les projets français en appui aux maisons de justice, et en appui à la promotion et la protection et le respect des droits des femmes par exemple, très concrètement sur le terrain, là où les maisons de justice sont soutenues par la coopération française au Sénégal (notamment sur les cas de violences à l'encontre des femmes, et droits des femmes).

2.7. Liste des personnes rencontrées

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 MAEDI
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

Prénom et nom	Titre/ Institution
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
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

Prénom et nom	Titre/ Institution
	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
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

3. Rapport de mission RDC

3.1. Principales conclusions

- ▶ **Pertinence** : 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). Le volet multilatéral ne cible cependant qu'en faible proportion les interventions à haut impact plébiscitées par la France, et celles-ci ne concernent que 3 des 89 ZS que compte la province orientale du pays. La pertinence du projet bilatéral est par ailleurs questionnée au regard des besoins prioritaires des populations les plus vulnérables ; il cible en effet l'amélioration de la qualité des soins dispensés dans les hôpitaux (niveau secondaire) alors qu'une vaste partie de la population reste exclue des structures de santé primaires (CS). De plus, parmi les différentes structures hospitalières de Kinshasa, la France a ciblé les hôpitaux considérés « de bonne qualité » mais peu accessibles financièrement aux populations les plus pauvres, bien qu'ils entreprennent des efforts pour améliorer l'accès aux soins des populations les plus démunies, notamment à travers le système de tarification progressive.
- ▶ **Cohérence interne** : les interventions françaises Muskoka en RDC (projet multilatéral et projet AFD) ne présentent pas de synergie particulière. Une complémentarité géographique a été recherchée par les acteurs français au démarrage du projet multilatéral de l'OMS, mais elle ne s'est pas concrétisée, le financement français venant compléter un projet déjà défini dont il était difficile pour la France de modifier le contenu. En revanche, des synergies intéressantes peuvent être notées dans le cas de l'appui à l'hôpital Monkole, structure appuyée par ailleurs par d'autres acteurs français (CHU Toulouse, Fondation Pierre Fabre, l'ONG IECD). Par ailleurs, le projet d'accès à l'eau financé par l'AFD intervient sur le même périmètre géographique (la ville de Kinshasa), même si les deux projets ne touchent pas les mêmes quartiers. Cependant, le deuxième projet Muskoka en cours d'instruction interviendra dans les mêmes zones que les projets de développement urbain et eau de l'AFD et sera probablement centré sur l'appui aux soins de santé de base.
- ▶ **Cohérence externe** : l'intervention bilatérale française Muskoka est complémentaire de l'action des autres bailleurs sur la thématique de la SMNI dans la mesure où le financement français est canalisé vers le niveau secondaire des soins de santé (HGR), alors que la plupart de partenaires (CTB, USAID, etc.) interviennent par appui global du système de santé, essentiellement au niveau primaire (CS) et la ZS (coordination du niveau primaire).
- ▶ **Efficacité** : les interventions Muskoka en RDC, en particulier le projet de l'AFD, ont subi plusieurs retards. De premiers résultats sont néanmoins visibles au niveau du CH Monkole ainsi qu'en termes d'échanges de bonnes pratiques dans le cadre de la plateforme hospitalière. Le projet de l'OMS commence lui aussi à produire de premiers résultats en termes de coordination entre les partenaires impliqués dans la santé maternelle et infantile dans les provinces orientales.
- ▶ **Impact**
 - **pour les pays bénéficiaires** : L'initiative Muskoka, de manière générale, a permis une prise de conscience et une plus forte volonté politique de la part du ministère congolais de la Santé, qui a fait des OMD 4 et 5, une des

priorités au sein de son ministère. Cette mobilisation se manifeste surtout au niveau de l'élaboration de plusieurs stratégies ou encore le repositionnement de la PF menée par la Première Dame. En revanche, cette mobilisation ne se concrétise pas encore en termes de ligne budgétaire. En effet, l'Etat congolais intervient très peu dans le financement des activités de la SMNE. Par ailleurs, les réformes attendues (décentralisation ou encore la réforme du ministère de la santé) tardent également à se déployer de manière opérationnelle.

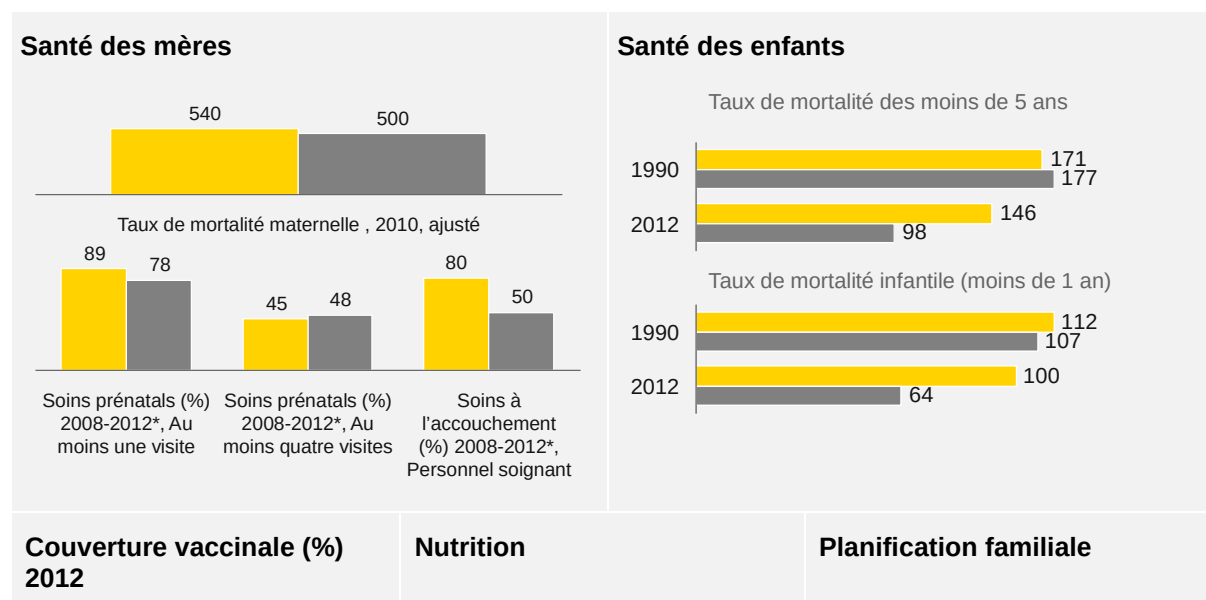
- **pour la France / visibilité** : le financement français Muskoka en RDC, non négligeable par rapport à l'ensemble des financements Muskoka, est cependant faible dans un pays aussi vaste et peuplé que la RDC. Face aux principaux PTF tels que DFID, USAID, ACDI, qui semblent plus imposants sur le terrain eu égard au volume de leur appui au secteur, la France n'est pas un acteur très visible. Le projet de l'AFD bénéficie d'une certaine visibilité compte tenu de son positionnement de niche (hôpitaux, plutôt que les centres de santé). En revanche, le financement français de l'OMS est très peu visible et la France a peu de pouvoir d'impulsion sur un projet pour lequel elle n'apporte qu'un financement minoritaire.

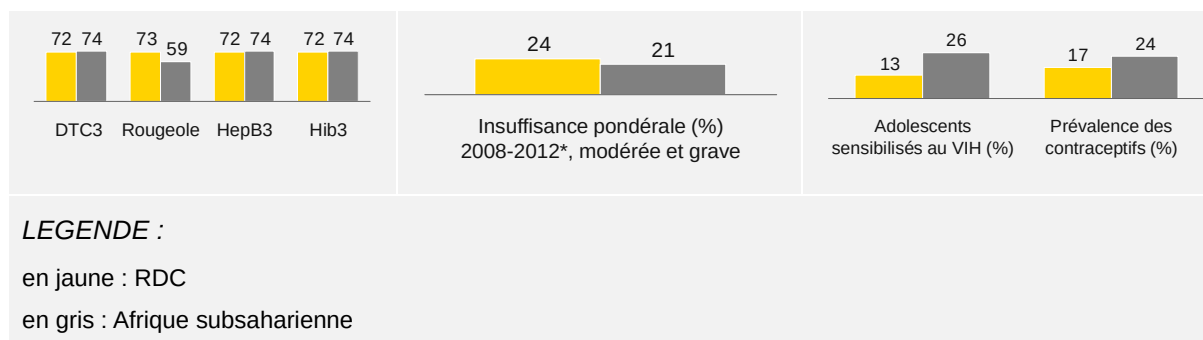
3.2. Contexte

3.2.1. Contexte sanitaire

Indicateurs de santé maternelle et infantile

La RDC (en jaune) présente des indicateurs de santé de la mère et de l'enfant très dégradés, même au regard de la moyenne subsaharienne, avec des taux de mortalité élevés, couplés à une faible amélioration de ces indicateurs sur la dernière décennie. Le financement de la santé est assuré à hauteur de 34% uniquement par le secteur public ; et les dépenses des ménages constituent 66% du financement par le secteur privé.





Source : UNICEF⁹

L'accès à la santé en RDC, très affecté par les années de conflits mais aussi par la pauvreté qui touche plus de 70 % de la population, est l'un des plus faibles d'Afrique sub-saharienne : 0,15 consultation par an et par habitant et pour un coût moyen de 7\$ pour le patient.

En parallèle, les indicateurs de santé publique sont alarmants avec des taux de mortalité infanto-juvénile et maternelle qui restent très élevés.

Concernant la **mortalité maternelle**, elle est très élevée en RDC (ratio de 549 décès pour 100 000 naissances vivantes selon l'EDS 2007¹⁰).

Les mères sont exposées aux pathologies de la vie courante avec parfois plus d'acuité du fait qu'elles ont moins accès aux services de santé. Selon l'EDS 2007, le paludisme (qui touche 97% de la population), dû à l'insalubrité de l'environnement et à la faible utilisation de moyens de prévention, est la première cause de morbidité et de mortalité. La malnutrition touche environ une femme sur cinq. Les pathologies en rapport avec le travail et l'accouchement sont les hémorragies, les ruptures utérines, les infections du post-partum et les fistules obstétricales. La RDC connaît une épidémie généralisée de l'infection par le VIH, avec une prévalence de l'infection dans la population générale estimée à 4,1%. Au-delà des causes médicales, la situation politique et économique a des conséquences néfastes sur la santé maternelle (destruction des infrastructures de santé, mais aussi violences sexuelles).

Plusieurs causes sont à la base du niveau élevé de **mortalité néonatale et infantile** : la prématurité, les infections néonatales sévères, le faible poids à la naissance, la diarrhée et le paludisme.

L'absence de couverture vaccinale de routine s'est en outre traduite par la résurgence d'épidémies diverses (rougeole, choléra...).

3.2.2. Contexte institutionnel

La santé demeure l'un des cinq chantiers prioritaires du Président Kabila et le ministère de la Santé a finalisé en 2010 une stratégie de développement du secteur de la santé. La stratégie (Plan national de développement sanitaire, PNDS) couvre la période 2011-2015 et fixe trois axes stratégiques : 1) le développement des zones de santé, accompagné du développement des ressources humaines, de l'appui au secteur du médicament, de la réforme du financement de la santé, de la construction ou de la réhabilitation des

⁹ http://www.unicef.org/french/statistics/index_countrystats.html

¹⁰ Enquête Démographique et de Santé République démocratique du Congo 2007.

infrastructures sanitaires et de l'amélioration de l'information sanitaire, 2) le renforcement du leadership et de la gouvernance du secteur, 3) le renforcement de la collaboration intersectorielle.

En 2013, la RDC a élaboré le « Cadre d'accélération des OMD 4 et 5 » (CAO 4 et 5), lequel s'inscrit dans le contexte global de mise en œuvre du PNDS. Il définit six domaines d'intervention : i) traitement du paludisme, pneumonie, diarrhée ; ii) nutrition ; iii) soins obstétricaux et néonataux ; iv) planification familiale ; v) vaccination ; vi) eau, hygiène et assainissement.

Si la capacité à produire des textes normatifs est établie, la capacité à veiller à leur application par toutes les parties prenantes est jugée insuffisante. La plupart des textes normatifs sont par ailleurs des documents de travail sans réelle valeur réglementaire.

3.2.3. Système de santé

Le Ministère de la Santé Publique est un système pyramidal à 3 niveaux : le niveau central, le niveau Intermédiaire ou Provincial et le niveau périphérique :

- ▶ **Le niveau central** est constitué du Cabinet du Ministre et du Secrétariat Général qui compte 13 Directions Centrales, 52 Programmes/Services¹¹. Le niveau central a une responsabilité normative et de régulation ainsi que de prestation des soins tertiaires. Il définit les politiques, les stratégies, les normes et les directives. Il assure un appui conseil et le contrôle de conformité et le suivi de la mise en œuvre en provinces.
- ▶ **Le niveau intermédiaire** compte en 2014 11 Inspections Provinciales de la Santé, 65 Districts de Santé. Il assure un rôle d'encadrement technique, de suivi, et est chargé de traduire les directives, les stratégies et les politiques sous forme d'instructions et de fiches techniques pour faciliter la mise en œuvre au niveau des Zones de Santé (ZS). Le niveau intermédiaire a aussi un rôle de prestation en offrant, à travers l'Hôpital Provincial, les soins de santé de référence secondaire. Comme conséquence de la réforme en cours, nécessitée entre autre par le changement du mode de gestion du pays qui devient un pays unitaire fortement décentralisé, le niveau intermédiaire comptera 26 Divisions Provinciales de la Santé et 26 Inspections Provinciales.
- ▶ **La ZS est le niveau opérationnel.** Elle comprend un Bureau Central de la Zone de Santé (BCZS), un Hôpital Général de Référence (HGR) et un réseau de centres de santé (CS). Ce niveau est chargé de la mise en œuvre de la stratégie des soins de santé primaires sous la supervision et l'encadrement du niveau intermédiaire. La mission du CS est d'offrir à sa population de responsabilité les soins de santé qui relèvent du Paquet Minimum d'Activités (PMA) ; il s'agit des soins curatifs, préventifs et promotionnels. L'HGR reçoit les cas référés par les CS. Il offre les soins qui relèvent du Paquet Complémentaire d'Activités (PCA) ; il fait fonctionner des services maternité avec possibilité de césarienne, une banque de sang, un service de consultation de médecine générale, un laboratoire, une pharmacie, un service d'imagerie médicale. L'HGR apporte un appui au développement des PMA de qualité dans les Centres de Santé.

De manière globale, **la couverture géographique** des interventions est insuffisante. S'il existe beaucoup de formations sanitaires à travers le pays, de nombreuses interventions

¹¹ Tels que le VIH/SIDA et IST, le Programme National de la Nutrition, le Programme National de Santé de la Reproduction et le Programme Elargi de Vaccination (PEV).

relatives à la SMNI ne se font que dans les zones de santé bénéficiant de l'appui des partenaires.

Les structures de santé sont sous et **mal équipées**. Beaucoup de formations sanitaires sont héritées de la colonisation et se trouvent dans un état qui nécessite une rénovation. Les équipements sont vétustes et, à plusieurs endroits, l'eau et l'électricité sont des problèmes très sérieux.

Concernant les **ressources humaines**, le personnel clé pour les activités de la SMNI n'est pas disponible partout, et la majorité du personnel commis aux tâches de la SMNI n'a pas reçu la formation appropriée.

A côté du secteur public, il existe un secteur privé qui occupe une place importante dans l'offre de soins. Ce secteur représente jusqu'à 50% des capacités d'offre de soins et se répartit en privé confessionnel et privé à but purement lucratif¹².

Le secteur privé non lucratif apporte une contribution appréciable à l'offre des soins de santé à la population en RDC. Les confessionnels sont bien intégrés au système de santé. Le secteur privé lucratif s'est développé ces dernières années en RDC. Même si son ampleur réelle reste mal connue et insuffisamment régulée, certains services privés lucratifs offrent des soins de santé de qualité à la population.

3.2.4. Interventions françaises Muskoka

Sur la période 2007-2011, le secteur de la santé a figuré parmi les trois secteurs de concentration du Document Cadre Partenariat (DCP) de la coopération française en RDC signé en 2007. Le DCP n'a pas été renouvelé pour la période suivante.

En revanche, en juillet 2013, la France a conclu avec la RDC un C2D (Contrat de Désendettement et Développement) pour la période 2013-2016, pour un montant d'environ 106 M€. Une seconde phase portera le montant total du C2D à 170 M€ au terme de la période 2017-2022. Ce contrat fait office d'une stratégie de coopération *de facto* de la France en RDC. Plusieurs secteurs d'intervention ont été identifiés pour affecter ces fonds, la santé n'en fait pas partie: éducation (40 M€) et formation professionnelle (25 M€) ; eau (18 M€), gouvernance financière (10M€).

Les interventions de la France dans le secteur de la santé sont les suivantes :

- ▶ **le Projet Mère-Enfants à Kinshasa (PROMEKIN – 8 Millions d'euros)** engagé en décembre 2011 pour financer des interventions contribuant à renforcer la qualité et l'accessibilité de la prise en charge des femmes et des enfants au niveau hospitalier. Il s'agit pour l'AFD d'un premier projet d'envergure dans le domaine de la santé. Le projet est constitué de deux composantes :
 - o composante 1 : renforcement de capacités de la Direction des Etablissements de Soins (DES) du ministère de la Santé dans le cadre de la mise en œuvre de la réforme hospitalière (1,4 M€) ;
 - o composante 2 : amélioration de l'offre de soins de deux structures hospitalières à Kinshasa : la Clinique Ngaliema (composante 2.a ; 1,5 M€) et le Centre Hospitalier Monkole (composante 2.b, 4,4 M€).

¹² « Situation de la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant en RDC », UNICEF, janvier 2013.

- Sur le **plan multilatéral**, la RDC est également bénéficiaire du FSP Muskoka. En RDC, contrairement à d'autres pays, où les quatre agences des Nations unies (OMS, UNICEF, FNUAP ONU-femmes) exécutent le budget Muskoka, seule l'OMS bénéficie du financement français. En effet, l'OMS bénéficie d'un FSP d'une enveloppe annuelle d'environ 430 K€ (budget 2013) dont 10 K€ sur les ressources humaines en santé, 50K€ consacré à la politique du médicament et des dispositifs à usage pédiatrique et en santé maternelle (division médicament), 70 K€ consacrés aux aspects normatifs de la planification familiale, enfin la santé maternelle et infantile pour 300 K€.

3.3. Pertinence

Les projets français Muskoka sont alignés sur les priorités nationales

Les interventions françaises Muskoka en RDC (volet bilatéral et multilatéral) sont alignées sur les priorités nationales en matière de santé maternelle et infantile, telles qu'exprimées notamment dans le « Cadre d'accélération des OMD 4 et 5 » (CAO).

En effet, au total six stratégies ont été retenues parmi lesquelles (1) la couverture universelle des soins ciblant les populations vulnérables (femmes enceintes et enfants de moins de 5 ans), (2) l'appui à la continuité des soins au niveau périphérique y compris aux structures de référence et (3) l'amélioration de la gouvernance et gestion des zones de santé.

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 ZS de la province Orientale (aux indicateurs SMNI 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.

En ce qui concerne le projet Promekin avec l'appui à la DES et aux deux hôpitaux du niveau secondaire à Kinshasa, il 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.

Des réserves persistent quant à la pertinence des appuis français par rapport aux besoins prioritaires des populations les plus démunies

Un des objectifs de l'engagement Muskoka est de « concentrer l'action sur les pays qui ont le plus grand besoin ». Ceci voudrait aussi logiquement dire qu'au sein des pays sélectionnés, le choix des bénéficiaires des interventions du projet devrait être orienté vers les populations les plus nécessiteuses, donc les populations les plus vulnérables (femmes enceintes, enfants de moins de 5 ans et les démunis).

En ce qui concerne le projet Promekin de l'AFD, le positionnement français sur deux hôpitaux (Ngaliema et Monkole) de Kinshasa amène à s'interroger sur la pertinence du projet par rapport aux besoins prioritaires des populations les plus vulnérables.

Tout d'abord, l'intervention de la France **cible le niveau secondaire du système de santé (les hôpitaux)** avec pour objectif d'améliorer la qualité des soins dispensés dans ces deux structures sanitaires. Ce choix pose des questions dans le pays où une vaste partie de la population reste exclue même des structures de santé primaires (CS), et encore plus des structures hospitalières, et donc ne peut que difficilement bénéficier de l'amélioration éventuelle de la qualité des soins des hôpitaux soutenus par le financement français.

Cette exclusion du système de santé tient surtout aux barrières financières. En effet, le coût des prestations (réel ou perçu) en RDC est relativement élevé au regard de la pauvreté généralisée de la population. Cela constitue un obstacle majeur à l'utilisation des services.

A fortiori, parmi les différentes structures hospitalières de Kinshasa, la France a ciblé les hôpitaux considérés comme les hôpitaux de bonne qualité et perçus comme peu accessibles financièrement aux populations les plus pauvres (plusieurs intervenants les ont qualifiés des « hôpitaux pour les riches »). En effet, les deux hôpitaux choisis à Kinshasa par le projet de l'AFD, sont réputés être fréquentés par la population ayant davantage de moyens financiers ; et donc ne sont que très peu fréquentés par les plus démunis, dont les besoins sont en réalité les plus importants.

En outre la localisation géographique de la clinique Ngaliema, au centre-ville, quartier résidentiel, et celle du CH Monkole dans une commune périphérique, sont loin des quartiers populaires de la capitale. Cela pose donc des problèmes d'accessibilité géographique aux populations les plus défavorisées.

Ce « positionnement de niche » à Kinshasa, dans un contexte où la majorité des bailleurs interviennent au niveau primaire, est assumé par la France comme la meilleure, voire la seule possible, compte tenu du contexte suivant :

- ▶ **la faiblesse de l'enveloppe disponible eu égard les besoins de la RDC** : le projet Promekin est un projet d'envergure pour l'AFD (qui a cherché à couvrir l'ensemble des 22 pays prioritaires pour la France tout en octroyant un montant significatif par pays), mais son budget reste « petit » à l'échelle nationale, qui ne permettrait pas d'intervenir de manière complète, même dans une seule zone de santé ; il a paru irresponsable à l'AFD d'intervenir dans l'approche santé publique classique au risque de ne pas produire des résultats pérennes.
- ▶ **la recherche de coût-efficacité et de visibilité** : la France a choisi les structures qui avaient des besoins bien identifiés (notamment, pour le CH Monkole, un staff dirigeant dynamique) et qui sont déjà gérées ou appuyées par des partenaires externes (ONG) afin de ne pas « commencer de zéro » et avoir un projet pilote efficace permettant d'engager les fonds rapidement ; par ailleurs, il est important de souligner que les discussions avec les autorités congolaises pour une intervention de l'AFD dans le domaine de la santé sont antérieures à l'initiative Muskoka.
- ▶ **le manque de capacités pour suivre les interventions sur terrain par l'AFD**, en raison de ressources en personnel réduites et en l'absence de compétences spécifiques en santé au sein de l'agence locale de l'AFD.

Si ces différents facteurs soutiennent la cohérence ou encore l'efficacité attendue du projet, il semble important de souligner que pour accélérer les progrès vers les OMD 4 et 5, il faut certes améliorer la qualité et l'efficacité des soins dans les CS et les hôpitaux (HGR), mais il faut aussi développer des approches et stratégies pour mettre au centre de l'attention du système sanitaire les populations qui en restent exclues.

Dans ce sens, il est important de souligner que les deux structures sanitaires appuyées par la France entreprennent des efforts pour améliorer l'accès aux soins des populations les plus démunies, notamment à travers une politique tarifaire graduelle tenant compte de toutes les catégories sociales (e.g. stratégie de partage du coût des soins, où les plus riches paient pour les pauvres). Par ailleurs, l'hôpital Monkole met en place plusieurs activités dans le souci de desservir une plus grande proportion de la population (ouverture des trois Antennes Médico-Sociales (AMS) dépendant de Monkole dans les quartiers limitrophes et d'accès difficile, mise en place d'un centre de traitement ambulatoire, notamment pour les

échographies, initiatives communautaires de sensibilisation dans les centres de santé, par rapport à la vaccination, etc.).

3.4. Cohérence

3.4.1. Cohérence interne

Les interventions Muskoka en RDC sont en ligne avec la stratégie de coopération sanitaire de la France

Les interventions françaises Muskoka en RDC (projet Promekin et contribution à l'OMS) s'inscrivent clairement dans la stratégie de la France en coopération sanitaire en appuyant le développement des systèmes de santé.

Les deux interventions sont en réalité des projets classiques de renforcement de système de santé (amélioration des infrastructures et renforcement de capacités) qui ne ciblent pas de manière spécifique les mères et les enfants, mais plutôt l'amélioration de la qualité des soins, qui devrait être bénéfique pour les mères et les enfants en tant qu'usagers du système de santé.

L'absence des synergies entre les interventions bilatérale et multilatérale Muskoka

Le projet de l'AFD et le projet de l'OMS ne sont pas redondants, mais ne présentent aucune synergie, ni réelle complémentarité. Des synergies, surtout sur le plan géographique, ont été recherchées par les acteurs français au démarrage du projet multilatéral de l'OMS. Ainsi, la France a souhaité cibler son appui à l'OMS sur la ville Kinshasa. 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+) et dont il était difficile pour la France de modifier le contenu, notamment compte tenu de la faiblesse du financement au regard du montant total du projet (soutenu par plusieurs autres bailleurs, et notamment le Canada).

En revanche, des synergies intéressantes peuvent être notées dans le cas de l'appui à **l'hôpital Monkole**, la structure étant appuyée par ailleurs par d'autres acteurs français. La Cellule pour la Promotion des Pratiques d'Hygiène, créée en mars 2008 au sein de l'ISSI—Institut Supérieur en Sciences Infirmières (liée au Centre Hospitalier Monkole) pour promouvoir les pratiques d'hygiène dans les hôpitaux, les écoles infirmières et la communauté a été soutenue par le CHU de Toulouse. L'hôpital a également été soutenu par la Fondation Pierre Fabre et l'ONG IECD.

Par ailleurs, **le projet d'accès à l'eau financé par l'AFD** intervient sur le même périmètre géographique, la ville de Kinshasa, même si les deux projets ne touchent pas les mêmes quartiers (une ville d'environ 11 millions d'habitants). Cependant, le deuxième projet Muskoka en cours d'instruction interviendra dans les mêmes zones que les projets de développement urbain et eau de l'AFD et sera probablement centré sur l'appui aux soins de santé de base.

3.4.2. Cohérence externe

Les interventions françaises Muskoka en RDC sont complémentaires des actions des autres bailleurs

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 est venu en complémentarité du fonds canadien ; il représente environ le 1/3 du financement canadien qui est de 2,5 millions par an.

Le Fonds français Muskoka 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 (SME) 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. Dans la même province, l'appui aux activités à haut impact sur la santé de la mère et de l'enfant ne s'est réalisé que dans trois zones de santé (ZS). Ainsi, le fonds français aurait été un fonds catalytique qui aurait appelé d'autres bailleurs comme l'UNFPA, la CTB et l'UNICEF à mettre l'agenda de la SME dans les priorités provinciales.

Pour le projet Promekin, les interventions françaises Muskoka en appui des hôpitaux de Kinshasa sont complémentaires des actions des autres bailleurs intervenant sur la thématique de la SMNI. Bien que le financement français dans le secteur soit relativement peu important, il a été canalisé vers le niveau secondaire des soins de santé (HGR) alors que la plupart de partenaires (CTB, USAID, etc.) intervient par appui global du système de santé, essentiellement au niveau primaire (CS) et de la ZS (appui à la coordination du niveau primaire).

... même si l'aide à la santé en RDC reste très fragmentée et le leadership du gouvernement est faible

En ce qui concerne le dialogue avec les autorités locales et la conduite partenariale des projets, notamment dans le secteur de la santé, le Ministère de la santé de la RDC dispose des cadres de concertation où devraient se dérouler de tels dialogues. L'on peut citer les « Groupes thématiques » au sein du ministère de la santé, la taskforce SMNI, dans lesquels les PTF participent activement. Le groupe le plus actif est celui qui réunit uniquement les bailleurs – le GIBS (le Groupe Inter- Bailleurs de Santé), présidé actuellement par l'UNICEF.

Malgré l'existence des plusieurs cadres de concertation, l'aide internationale consacrée à la santé en RDC reste fragmentée. Cette fragmentation de l'aide dans un contexte marqué par le désengagement de l'Etat a conduit à celle des prestations mettant ainsi à rude épreuve le caractère global, continu, intégré des soins de santé primaires dans les zones de santé. Dans l'état actuel du fonctionnement du secteur, il existe plusieurs programmes dont la cible est le couple mère-enfant. Ces programmes travaillent indépendamment les uns les autres. Certains de ces programmes sont devenus des « agences d'exécution des programmes » des PTF sans véritablement faire leur programmation en synergie avec les autres. On assiste à une certaine balkanisation. Le faible financement et leadership du gouvernement ne lui permet pas de coordonner efficacement les bailleurs.

De manière plus globale, plusieurs intervenants ont cité la nutrition comme un besoin important et non-couvert par les interventions des différents bailleurs.

3.5. Efficacité

L'efficacité des interventions Muskoka en RDC est négativement impactée par plusieurs retards notamment en ce qui concerne le projet de l'AFD

Le projet Promekin doit permettre réduire la mortalité hospitalière maternelle, néonatale et infantile dans la mesure où les hôpitaux soutenus auront des infrastructures, équipements, intrants nécessaires et ressources humaines qualifiées et renforcées pour la prise en charge des cas urgents et compliqués.

L'appui à la DES, la Direction centrale chargée des hôpitaux et établissements de soins de santé (D2) au niveau du MSP, avait pour but de la renforcer dans son rôle de pilotage des établissements hospitaliers, en particulier pour la mise en œuvre de la réforme hospitalière, conformément au plan stratégique de cette réforme.

Les modalités d'intervention, dans le cadre spécifique du fonds Muskoka en RDC, n'ont pas permis la réalisation efficace du projet. En effet, le respect strict des procédures d'intervention par l'AFD, ainsi que les résistances au changement, liées surtout aux partenaires locaux (MSP) de terrain ont fait perdre du temps au financement effectif des activités liées au projet à Kinshasa, surtout dans le secteur public.

Cependant, plusieurs retards ont considérablement ralenti la mise en œuvre du projet Promekin, notamment sa composante 1 (appui à la Direction des Etablissements de Soins (DES) et dans une moindre mesure la composante 2 en lien avec la Clinique Ngaliema.

- Pour l'appui à la 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'O₂, d'incinération) tardent également à se mettre en place.
- Au **CH Monkole**, bien qu'ayant aussi légèrement connu du retard, les activités avancent à un rythme satisfaisant. L'ouverture du nouveau Centre Hospitalier Mère-Enfant (CHME) a eu lieu 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 de ces deux 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 / autres partenaires** (clinique Ngaliema). L'AFD, en tant qu'agence bilatérale souhaite de renforcer les systèmes nationaux de santé, en essayant d'avoir une action structurante. L'AFD n'adopte des stratégies d'évitement des autorités nationales que lorsqu'elle y est contrainte. Ces processus visent des effets durables, mais dans la plupart des contextes d'intervention, comme en RDC, ils sont longs et compliqués :

- Ainsi, pour la composante 1, la CAG (cellule d'appui à la gestion des fonds de partenaires au MSP) devrait assurer la passation des marchés pour le choix de consultants. Jusqu'à ce jour, c'est à ce niveau qu'un blocage est identifié par rapport à la signature du contrat avec l'entrepreneur qui a gagné le marché. Il semble que le fonctionnement de cette cellule, pose beaucoup de difficultés pour plusieurs projets. L'AFD, contrairement à la majorité des bailleurs, n'a pas opté pour le principe d'un octroi de primes aux fonctionnaires dans le cadre des projets d'appui, afin de les stimuler dans la réalisation de leur travail et responsabilités. Selon plusieurs interlocuteurs, le refus par l'AFD de prendre en charge des frais occasionnés pour la cellule de passation du marché du ministère par les processus de passation de marchés financés par l'AFD aurait été, sinon une cause principale des blocages, un facteur pouvant les expliquer. Il est nécessaire de signaler ici que le manque de vision commune bailleurs de fonds du GIBS sur la question de paiement des primes des prestations, rend ces blocages difficiles à

résoudre. En effet, plusieurs d'entre eux ont toujours précédé au paiement des primes de prestations des membres de ces commissions. Il a été cité l'exemple de l'UE, la CTB et Cordaid.

- ▶ Par ailleurs, la mise en place du nouveau cadre organique du ministère de la Santé tarde à se mettre en place. Sachant que la DES doit intégrer une nouvelle direction regroupant plusieurs autres directions, le contenu de l'assistance technique à cette réforme hospitalière doit être révisé sur base des prochaines échéances fixées par le Ministère.
- ▶ Pour la clinique Ngaliema, la construction d'une annexe pédiatrique, sur financement national, est toujours en cours. Les travaux accusent un retard important et son ouverture, prévue initialement en mai 2013, ne devrait pas intervenir avant le mois d'octobre 2014. La question de la fourniture des équipements de l'annexe (qui conditionne les travaux de réhabilitation financés par la France) n'est aujourd'hui encore pas résolue et ralenti la mise en place du projet.

Un des résultats positifs du projet Promekin est la constitution **d'une plateforme d'échanges entre principaux acteurs d'établissements hospitaliers**. Cette structure, qui regroupe sept hôpitaux de la ville de Kinshasa et bénéficie d'un encadrement des deux directions du Ministère de la santé (la Direction des Etablissements de Soins (DES) et de la Direction des Etudes et Planification (DEP)) est jugée comme dynamique et pertinente dans son rôle d'animation et d'échanges pour les acteurs du secteur hospitalier. Elle permet aux acteurs d'échanger autour de multiples sujets visant à promouvoir les bonnes pratiques pour améliorer la gestion des ressources, de la qualité et de l'accès aux soins. Si cette plateforme continue à fonctionner de manière dynamique, elle pourrait promouvoir les bonnes pratiques développées au sein des hôpitaux soutenus par la France auprès d'autres établissements hospitaliers de Kinshasa (« effet de tache d'huile ») et être bénéfique pour la mise en œuvre de la réforme hospitalière.

De premiers résultats suite aux interventions de l'OMS, notamment au niveau de la coordination

En province orientale, le projet mis en œuvre par l'OMS sur fonds Muskoka aurait surtout permis d'appuyer la gouvernance au niveau de la DPS de la province orientale avec un effet de levier ayant conduit à la mise en place d'une taskforce provinciale en SMNI, dans laquelle ont adhéré les principaux partenaires multilatéraux dans le domaine. Le projet aurait permis de rendre disponible la cartographie des partenaires d'appui de la SMNI.

Ces activités auraient permis une meilleure planification des interventions SMNE, une meilleure disponibilité des données validées/consolidées pour l'ensemble de la province, avec une implication de toutes les parties prenantes à toutes les étapes (planification, mise en œuvre, suivi et évaluation).

Il est important de noter que contrairement à ce que la France soutient dans le cadre du FSP Muskoka, une grande partie de ces activités ne sont pas des « activités à haut impact » ce qui s'explique selon l'OMS par le volume limité de l'enveloppe disponible permettant surtout d'appuyer les activités stratégiques et de coordination.

3.6. Impact et durabilité

3.6.1. Impact pour les pays

Les impacts et la pérennité des interventions françaises ne sont pas assurés

Si le financement français Muskoka en RDC, non négligeable pour la France mais très faible à l'échelle de pays, a eu un effet de catalyseur sur les financements des autres bailleurs, il n'a probablement pas directement amené la RDC à intensifier ses efforts en faveur de la santé maternelle et infantile.

En revanche, l'initiative Muskoka en général a permis une prise de conscience et une forte volonté politique de la part du Ministre congolais de la santé qui a fait des OMD 4 et 5, des priorités au sein de son ministère.

A la suite du forum de haut niveau *Appel à l'Action pour la survie de l'enfant* organisé par les gouvernements de l'Éthiopie, de l'Inde et des États-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. Cependant, les ressources nécessaires pour atteindre les objectifs définis dans ce cadre (estimées à environ 300 millions de dollars supplémentaires par rapport au 1,3 milliards des besoins en santé, seulement couverts actuellement à hauteur de 900 millions de dollars) ne sont pas disponibles et l'État contribue peu aux activités de la SMNI.

Par ailleurs, la structure du financement de la santé est le principal facteur qui amène à s'interroger sur la pérennité des actions de la France. En effet, le subventionnement des activités de la SMNE dans un pays qui ne soutient pas suffisamment son système de santé paraît très difficile.

La structure du financement de la santé en RDC est tributaire des **ménages** (43% de sources de financement du système de santé en RDC en 2008) dont 70% vivent en dessous du seuil de la pauvreté et du **financement international** (coopération bilatérale et multilatérale et ONG et fondations internationales comptent pour 34% des sources de financement en 2008).

De façon générale, **les dépenses de santé en RDC restent très faibles** par rapport aux besoins. Le budget de l'État consacré à la santé reste faible (2% du PIB en 2009 et moins de 5% du budget de l'État quasiment en totalité dévolue au paiement des salaires) et largement inférieur aux engagements des chefs d'État à Abuja (15%).

Dans ce contexte, les structures de santé, et notamment les hôpitaux, sont obligées de « se débrouiller » pour survivre. Ainsi, les hôpitaux soutenus fonctionnent avec un déficit de fonctionnement systématique plus ou moins important (environ 20% pour la Clinique Ngaliema et 5% pour l'hôpital Monkole) ce qui leur permet de couvrir le budget de fonctionnement, mais ne laisse aucune marge pour les investissements et l'entretien. Ces dépenses sont souvent couvertes par les bailleurs de fonds.

Par ailleurs, **les différentes réformes** concernant directement ou indirectement le secteur de la santé (processus de décentralisation et la réforme hospitalière approuvée par le Ministre de la Santé en mars 2012, avec l'objectif d'assurer que « les hôpitaux allient mission de service public et qualité et continuité des prestations ») et intrinsèquement liées aux interventions françaises (notamment le projet Promekin) peinent à être mises en œuvre.

3.6.2. Impact pour la France / visibilité

L'appui français à travers l'initiative Muskoka reste encore peu visible auprès des partenaires locaux et même au sein du GIBS. Ceci est dû probablement au fait que les financements français sont faibles en volume et en comparaison avec les appuis des autres grands bailleurs des fonds dans le secteur de la santé tels que DFID, l'USAID, le Canada et la CTB.

En coopération multilatérale, et en ce qui concerne le fonds Français Muskoka via l'OMS plus particulièrement, le financement français semble « noyé » dans le financement global

du projet appuyé et dans le budget global de l'agence. Dans ces conditions, le financement français bénéficie d'une faible visibilité sur le terrain.

3.7. Liste des personnes rencontrées

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 Kinshasa, Directrice adjointe
Marine BEPOIX	AFD, agence de Kinshasa, 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
Marie BRAULT	Coopération canadienne, première secrétaire
Eric VANBEVEREN	Coopération belge, attaché de coopération internationale
Etablissements de santé	

Prénom et nom	Titre/ Institution
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

4. Rapport de mission Togo

4.1. Principales conclusions

- ▶ **Pertinence** : les interventions françaises Muskoka au Togo portées par les 4 agences onusiennes (UNICEF, OMS, FNUAP et ONUFemmes) 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. Sa mise en œuvre reste néanmoins tributaire de la capacité du pays à mobiliser les ressources nécessaires, dont la part dans le PIB reste encore fortement en deçà des engagements pris par les gouvernements africains à Abuja (15 % des budgets nationaux à la santé).
- ▶ **Cohérence** : les interventions de la France en matière de SMNI forment, pour son volet multilatéral au Togo, un ensemble d'actions diverses, définies au sein d'un programme annuel commun aux quatre agences aux champs d'action complémentaires. Muskoka a permis pour la première fois, et avec un certain succès au Togo, de faire travailler ensemble autour d'un même objectif des agences dotées d'objectifs, de procédures et de contraintes propres qui rendaient difficile tout projet de collaboration. En dépit d'une coordination opérante animée par un pilotage efficace de l'UNICEF, le FFM ne se concrétise cependant pas dans une mise en œuvre véritablement intégrée des activités, ni dans une logique parfaitement cohérente et lisible de la répartition de certaines tâches entre les différentes agences. Côté bilatéral, l'aide française en matière de santé est le fruit d'un historique de plusieurs projets successifs, dans la continuité desquels devrait s'inscrire le projet en SMNI en cours d'instruction. Si son périmètre n'est pas encore stabilisé, il devrait compléter certaines actions multilatérales du FFM. L'aide française bénéficie globalement d'une concertation interbailleurs relativement efficace, favorisée par le petit nombre de PTF présents dans le secteur. Elle est néanmoins confrontée au manque de portage de la partie togolaise dans un contexte institutionnel fortement dégradé.
- ▶ **Efficacité** : les interventions françaises Muskoka ont permis un certain nombre de réalisations portant à la fois sur le renforcement du système de santé globalement (gouvernance, pilotage, accès aux médicaments, SI, RH, financement), mais aussi, de manière plus ciblée, le renforcement de l'offre de services de santé de la reproduction, l'amélioration de l'accès aux soins obstétricaux et néonataux (cartographie des 97 SONU), le renforcement de l'offre des services de planification familiale, et la mise en œuvre d'interventions à haut impact sur la santé de l'enfant au niveau communautaire et dans les formations sanitaires (formation et appui aux structures de soin périphériques). De premiers résultats concrets ont été mesurés sur ce dernier volet par l'évaluation conduite par l'UNICEF en 2013. De nombreux défis restent cependant à relever pour opérationnaliser certaines actions sur le terrain (SONU), et pérenniser, entre autres, la poursuite des interventions à base communautaire.
- ▶ **Impact**
 - **pour le pays** : La principale valeur ajoutée du FFM, reconnue de façon consensuelle, a été la mise en place d'une plateforme d'échange et de coordination fonctionnelle entre agences onusiennes, doublée d'un effet catalyseur des financements. Muskoka a joué un rôle d'accélération sur la thématique de la SMNI au Togo, placée au premier rang des priorités du pays.

Le gouvernement a pris quelques décisions emblématiques (CARMMA, remboursement partiel du kit césarienne), quoiqu'insuffisantes pour espérer un impact durable. La question de la pérennisation des initiatives financées est particulièrement cruciale.

- **pour la France** : le nombre limité 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 reste cependant restreinte aux parties-prenantes des interventions en SMNI (ministère de la Santé et bailleurs).

4.2. Contexte

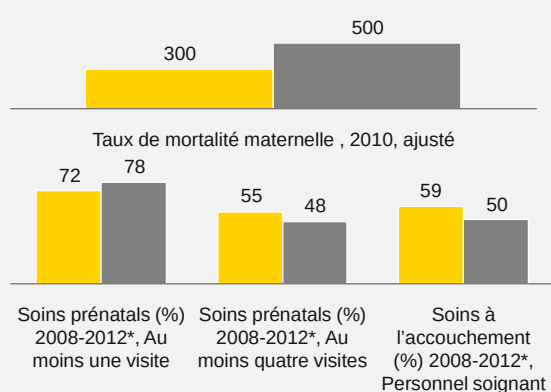
4.2.1. Contexte démographique et sanitaire

La population togolaise, estimée à 6 millions d'habitants (RGPH4, 2010), est constituée à 51,4% de femmes et 48,6% d'hommes. Avec un taux de croissance annuel moyen de 2,84%, la croissance démographique est particulièrement forte, ce qui explique l'extrême jeunesse de la population : 60% est âgée de moins de 25 ans, et 42% de moins de 15 ans. La population potentiellement active (15 - 64 ans) représente une proportion de 54%. La population résidant dans le milieu rural représente 62,3% de la population totale, contre 37,7% en milieu urbain.

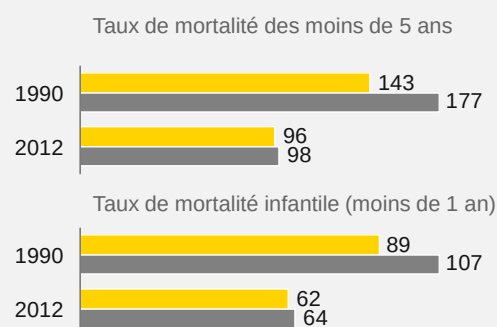
L'analphabétisme touche 25.5% des hommes et 59.2% des femmes, alors que l'indice de développement humain (IDH) se situe parmi les plus faibles au monde (0.459 en 2012, soit le 159ème rang mondial) et que l'espérance de vie à la naissance n'est que de 57 ans en 2011 ans.

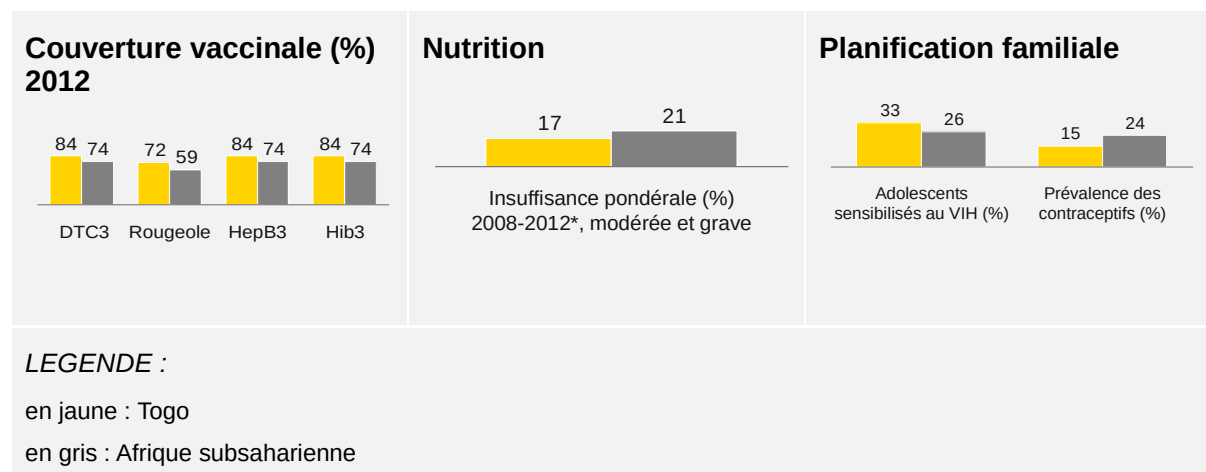
Le Togo (en jaune ci-dessous) présente des indicateurs de santé de la mère et de l'enfant qui restent globalement alarmants, même si la plupart des indicateurs, hormis la « prévalence des contraceptifs », sont légèrement supérieurs à la moyenne de l'Afrique subsaharienne. Concernant la santé des enfants, il est aussi observé que l'amélioration des indicateurs de mortalité entre 1990 et 2012 a été moins marquée que la moyenne.

Santé des mères



Santé des enfants





Source : UNICEF¹³

Le financement de la santé est assuré à hauteur de 52% par le secteur public ; et les dépenses des ménages constituent 85% du financement par le secteur privé.

4.2.2. Organisation du système de santé au Togo

Le pays est divisé en 5 régions administratives, 35 préfectures et une sous-préfecture. Sur le plan sanitaire, le pays est divisé en 6 régions et en 35 districts sanitaires. Le secteur de la santé est organisé en une pyramide à trois niveaux répondant au scénario de développement sanitaire en trois phases :

- le niveau central, niveau de conception et d'orientation, est composé du cabinet du Ministre, des directions générales avec leurs divisions et services technique,
- le niveau intermédiaire ou niveau d'appui technique est constitué de 6 directions régionales,
- le niveau périphérique ou local, niveau opérationnel, est composé de 35 districts sanitaires.

La population togolaise dispose d'une unité de soins pour 8500 habitants, ce qui est inférieur à la norme de l'OMS préconisant une unité pour 5000 habitants.

Les formations sanitaires se répartissent comme suit pour le secteur public :

- 3 Centres Hospitaliers Universitaires (CHU) au niveau central :
 - le Centre National de Transfusion Sanguine (CNTS),
 - l'Institut National d'Hygiène (Laboratoire National de Santé Publique),
 - le Centre National d'Appareillage Orthopédique (CNAO) au niveau intermédiaire,
 - 1 hôpital psychiatrique,

¹³ http://www.unicef.org/french/statistics/index_countrystats.html

- ▶ 5 Centres Hospitaliers Régionaux (CHR),
 - 2 centres régionaux d'appareillage orthopédique (Kara et Dapaong),
 - 1 centre régional de transfusion sanguine (CRTS) à Sokodé, au niveau périphérique,
- ▶ 34 Centres Hospitaliers Préfectoraux (CHP),
 - Quelques hôpitaux secondaires, des Centres Médico-Sociaux (CMS) dont 8 polycliniques, plusieurs dispensaires, et plusieurs Unités de Soins Périphériques.

Ces structures offrent des services de soins curatifs, préventifs, promotionnels et réadaptatifs.

Depuis plusieurs années, un mouvement de renforcement des capacités du ministère de la Santé a été initié par le gouvernement togolais, avec l'appui des bailleurs. A cet effet, la partie togolaise s'est mobilisée pour définir, dès 2009, un nouvel organigramme du ministère de la Santé définitivement validé au début de l'année 2013. Cette refonte de l'organisation ministérielle s'est principalement centrée sur la mise en place d'une « **Direction des Ressources Humaines en Santé** » afin de prioriser ce sujet et la positionner de façon transversale par rapport aux autres divisions. Dans le nouvel organigramme, est également prévu de dédié une **Division de la Santé de la Mère et de l'Enfant**, signal fort de l'engagement de la partie nationale à cette problématique.

Toutefois, si l'organigramme a bien été validé, les **nominations-clés n'ont pas été réalisées**. Aussi, depuis plus d'un an, le Togo fonctionne sans ministre de la Santé dont les fonctions restent pour le moment rattachées à la Primature. Pendant plusieurs mois, le poste du Secrétaire Général est demeuré vide, avant que ne soit récemment nommé le Professeur Napo Koura en avril 2014. Les deux adjoints au Secrétaire Général, ainsi que le poste clé du futur Directeur des Ressources Humaines n'ont toujours pas été nommés.

Cet organigramme qui tarde à être mis en application pose donc **l'écueil majeur du portage politique** de l'ensemble de la politique sanitaire togolaise. Cette maîtrise d'ouvrage insuffisante de la part du ministère est ainsi un élément de contexte essentiel à la compréhension de l'évolution et du pilotage du système de santé. Cette absence d'interlocuteurs stratégique s'est par ailleurs accompagnée d'une suspension du Comité sectoriel « Santé-VIH » de la SCAPE, faisant défaut dans la coordination des PTF et de la partie nationale.

4.2.3. Politique sectorielle du Togo en matière de Santé

En septembre 1998, le Togo a élaboré pour la première fois une Politique Nationale de Santé (PNS), suivie de trois plans nationaux de développement sanitaire successifs (PNDS 2002-2006, PNDS 2009-2013 et PNDS 2012-2015).

C'est après son adhésion au Partenariat IHP+ en 2010 et dans la continuité de son engagement en matière de réforme du système de santé, de réalisation d'interventions sanitaires à haut impact, mais aussi en application de la Déclaration de Paris (2005) et du Plan d'action d'Accra (2007) que le Togo a réévalué sa stratégie pour élaborer le PNDS actuellement en vigueur pour la période 2012-2015.

Le PNDS 2012-2015 s'inscrit pleinement dans la stratégie de lutte contre la pauvreté du pays, appelée Stratégie de croissance accélérée et de promotion de l'emploi (SCAPE) pour la période 2013-2017¹⁴. Elle décline aussi, en outre, la Campagne pour l'Accélération de la Réduction de la Mortalité Maternelle au Togo (CARMMA), lancée en septembre 2010.

Ce PNDS est structuré en cinq programmes prioritaires, parmi lesquels deux sont spécifiquement dédiés à la SRMNI tandis qu'un programme transversal vise à les soutenir via le renforcement du système sanitaire, notamment communautaire :

- Programme 1 : Lutte contre la mortalité maternelle et néonatale
- Programme 2 : Lutte contre la mortalité infantile et infanto-juvénile
- Programme 3 : Lutte contre le paludisme, VIH/Sida, tuberculose et autres maladies transmissibles
- Programme 4 : Prévention et maîtrise des maladies non transmissibles :
- Programme 5 : Renforcement du système de santé et du système communautaire

Pour chacun de ces axes, le PNDS établit les « résultats d'impact attendus », les « résultats d'effet attendus » et les « stratégies et domaines prioritaires d'intervention ». D'ici fin 2015, le PNDS a fixé pour **objectifs** de réduire la mortalité maternelle de 28% et la mortalité néonatale de 35%, soit une réduction annuelle respectivement de 7% et de 8% (et de sauver la vie de 884 mères supplémentaires). La mise en œuvre des interventions à haut impact (IHI) devraient permettre de réduire le taux de mortalité maternelle à 240 pour 100 000 naissances vivantes et celui de la mortalité néonatale à 25 pour 1 000 naissances vivantes en 2015 (contre respectivement 350/100 000 et 39 pour 1000 naissances vivantes en 2008).

En parallèle, **d'autres stratégies, plus spécifiques**, viennent en soutien du PNDS, parmi lesquelles :

- La Politique nationale des Interventions à Base Communautaires (IBC) 2010-2014 ;
- Le Plan d'action pour le repositionnement de la Planification familiale au Togo (2013-2017), lancé en mai 2014 ;
- Le Plan Stratégique National pour l'Alimentation et la nutrition (PSNAN) 2012-2015 ;
- La stratégie nationale de protection sociale (2014-2017) ;
- La politique et le Plan Stratégique Intégré de Lutte contre les maladies non transmissibles (PSIMNT) 2012-2015.

4.2.4. Principaux bailleurs de fonds dans le secteur de la santé

Le contexte politique national a été marqué par des troubles socio - politiques au début des années 1990, ayant entraîné la suspension de la coopération internationale. Une réduction massive de l'aide publique au développement (APD) (de 11,9% du PIB en 1990 à 2,5% en 2003) a alors été observée. En réponse à cette diminution des ressources financières, le Gouvernement a lancé à partir de 2006, d'importantes réformes politiques et économiques

¹⁴ La SCAPE constitue le deuxième Document de stratégie de réduction de la pauvreté (DSRP II) pour la période quinquennale 2013-2017.

qui ont permis, entre autres, d'entamer la reprise de la coopération au développement. En dépit de ce retour des bailleurs de fonds au Togo depuis quelques années, seul un petit nombre de partenaires techniques et financiers (PTF) intervient dans le secteur de la santé en 2014.

Côté bilatéral, la coopération française est l'unique acteur véritablement actif en matière de santé représenté dans le pays, aux côtés des Etats-Unis, dont la représentation de l'USAID basée au Ghana intervient par le biais de son opérateur *EngenderHealth* spécialisé dans la planification familiale, et du Japon qui appuie, via son Ambassade, des projets locaux de faible montant (dons) ainsi qu'un projet de construction d'une unité de pédiatrie au centre médicosocial de Cacaveli.

Côté multilatéral, trois agences du SNU sont présentes au Togo (OMS, UNICEF, FNUAP) et mettent en œuvre des projets en matière de santé, parmi lesquels le programme FFM financé sur le FSP ; ONUfemmes intervient pour sa part via deux opérateurs de la société civile (GF2D et Colombe) dans le cadre du FFM.

La Banque mondiale, qui a réengagé ses activités au Togo en 2008, vient de lancer un projet de santé maternelle et infantile et nutrition (*Maternal and Child Health and Nutrition services product*, approuvé en janvier 2014) pour un montant de 14 millions de dollars sur 2014-2018 après qu'une étude (*World Bank health status report*), achevée en 2010, eut souligné l'importance des besoins dans ce domaine était de s'intéresser à la SMI et la nutrition.

Pour sa part, l'Union européenne, après d'importants programmes financés sous le 8^{ème} FED et antérieur (renforcement de structures communautaires en termes de matériel et construction notamment), ne compte plus la santé parmi ses secteurs de concentration au Togo, ce qui ne l'empêche pas d'intervenir à la marge depuis la reprise de la coopération avec le Togo en 2009 par le suivi des indicateurs sociaux dans le cadre des appuis budgétaires, des appuis sous forme de subventions sur le budget communautaire et deux conventions de contributions mises en œuvre par l'OMS.

4.2.5. Interventions françaises Muskoka

Les interventions françaises au Togo en matière de SMNI au titre des engagements pris par la France à Muskoka sont à ce jour exclusivement mises en œuvre par le canal **multilatéral**. Elles sont mises en œuvre dans le cadre des projets FSP via une programmation annuelle de l'UNICEF, du FNUAP, de l'OMS et d'ONU Femmes.

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

Domaine d'intervention par agence	Budget (USD)
UNFPA	1 020 000
Disponibilité des stocks et PF	100 000
Objectif spécifique Muskoka 1.1 Amélioration de la santé de la reproduction des adolescents et des jeunes	185 000
Objectif spécifique Muskoka 1.2 : Augmenter la couverture des interventions essentielles de qualité	715 000
Objectif spécifique Muskoka 5.1: Renforcement de la gouvernance et du pilotage du système de santé	20 000
UNICEF	815 000
Objectif spécifique Muskoka 1.2 : Augmenter la couverture des interventions essentielles de qualité	10 000
Objectif spécifique Muskoka 2. 1: Le renforcement des soins communautaires et familiaux	545 000
Objectif spécifique Muskoka 2.2 : le renforcement de la prestation des services au niveau des structures	100 000
Objectif spécifique Muskoka 5.1: Renforcement de la gouvernance et du pilotage du système de santé	25 000
Objectif spécifique Muskoka 5.2: Renforcement de l'accès aux médicaments, vaccins, produits sanguins et technologies médicales essentiels	40 000
Objectif spécifique Muskoka 5.3: Renforcement du système d'information sanitaire (SNIS), de la recherche et la gestion de la connaissance	70 000
Objectif spécifique Muskoka 5.4: Renforcement du financement du secteur	25 000
OMS	365 000
Objectif spécifique Muskoka 1.2 : Augmenter la couverture des interventions essentielles de qualité	40 000
Objectif spécifique Muskoka 5.1: Renforcement de la gouvernance et du pilotage du système de santé	55 000
Objectif spécifique Muskoka 5.2: Renforcement de l'accès aux médicaments, vaccins, produits sanguins et technologies médicales essentiels	10 000
Objectif spécifique Muskoka 5.3: Renforcement du système d'information sanitaire (SNIS), de la recherche et la gestion de la connaissance	150 000
Objectif spécifique Muskoka 5.4: Renforcement du financement du secteur	30 000
Objectif spécifique Muskoka 5-5: (contribution des Muskoka au volet PNS) : Renforcer les ressources humaines pour la santé (P5.2 PNDS)	80 000
Action conjointe	360 000
Objectif spécifique Muskoka 1.2 : Augmenter la couverture des interventions essentielles de qualité	145 000
Objectif spécifique Muskoka 5.1: Renforcement de la gouvernance et du pilotage du système de santé	135 000
Objectif spécifique Muskoka 5.2: Renforcement de l'accès aux médicaments, vaccins, produits sanguins et technologies médicales essentiels	80 000
ONU Femmes	95 000
Objectif spécifique Muskoka 1.1 Amélioration de la santé de la reproduction des adolescents et des jeunes	22 443
Objectif spécifique Muskoka 2. 1: Le renforcement des soins communautaires et familiaux	64 557
Objectif spécifique Muskoka 5.1: Renforcement de la gouvernance et du pilotage du système de santé	8 000
Total général	2 655 000

Activités Muskoka	Budget (USD)	% Budget total
Activité Muskoka 1-2-3 : Equipement et ravitaillement des formations sanitaires SONUB/C	510 000	19%
Activité Muskoka 2-1-7 : Equipement et ravitaillement des ASC en intrants	275 000	10%
Activité Muskoka 1-2-9 Contribuer à l'aménagement (réhabilitation légère) de 50 formations sanitaires SONUB potentielles du pays, prioritaires de la carte SONU des régions	150 000	6%
Activité Muskoka 1-2-1 : Renforcement des capacités de 50 équipes des formations sanitaires SONUB/C (soins à la mère, soins aux nouveaux-nés et la qualité de l'accueil et la prise en charge psychologique et médicale des femmes et filles victimes de violences)	145 000	5%
Activité Muskoka 2-1-2 : Mise en œuvre du paquet intégré communautaire par les ASC dans les 12 districts de Kara et Savanes	120 000	5%
Activité Muskoka 5-1-1 : Appui au processus d'élaboration des plans opérationnels (PAO) 2015 des districts sanitaires focalisés sur les interventions à haut impact (IHI) mère et enfant	115 000	4%
Activité Muskoka 5-2-4 : Former les gestionnaires des dépôts de médicaments des formations sanitaires périphériques des districts Muskoka	80 000	3%
Activité Muskoka 2-1-4 : Supervision des ASC	75 000	3%
Activité Muskoka 1-3-2: Etendre la distribution à base communautaire des services PF dans les districts Muskoka et intégrer les activités du pré et post natale dans tous les districts de concentration	70 000	3%

Source : lignes budgétaires affectées en USD, planification 2014 du SNU au titre du FFM– UNICEF Togo

Les ressources du FFM mises à la disposition du Togo ont permis de poursuivre la mise en œuvre d'actions visant à contribuer à l'atteinte de trois principaux objectifs du PNDS.

Les interventions menées s'appuient sur les stratégies prioritaires du PNDS, notamment le 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, le renforcement de l'offre des services de planification familiale, et la mise en œuvre d'interventions à haut impact sur la santé de l'enfant au niveau communautaire et dans les formations sanitaires. Dans le cadre du renforcement du système de santé, les stratégies mises en œuvre incluent le 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.

Pour l'année 2014, les interventions envisagées se focaliseront sur le renforcement des SONU, la poursuite de l'offre du paquet intégré d'interventions à haut impact sur la mortalité infantile au niveau communautaire, le renforcement du système de santé, ainsi que sur les interventions visant à éliminer les violences basées sur le genre.

Le canal bilatéral ne compte pas, à ce stade, de projet financé par la France dans le cadre de l'initiative Muskoka. L'AFD intervient néanmoins dans le secteur de la santé plus largement au travers du **Projet d'Appui à la Gestion des Ressources Humaines en Santé et du Médicament** (PAGRHS), financé par l'AFD pour la période 2011-2015 à hauteur de 8M€, ayant trois composantes : Ressources humaines, Appui au secteur pharmaceutique¹⁵ ; Appui à la réorganisation du Ministère de la Santé (MS).

Un projet de l'AFD est par ailleurs actuellement **en cours d'instruction** depuis deux ans. A la date de la présente évaluation, la finalité du projet devrait être de contribuer à l'amélioration de l'offre et de l'utilisation des services prioritaires de PF et de SMN à travers un appui au ministère de la Santé pour la mise en œuvre de sa politique dans ce domaine. Quatre objectifs spécifiques ont été prédéfinis, mais peuvent encore évoluer :

- (i) améliorer la disponibilité et la qualité des services de SR prioritaires au sein des sites SONUB-SONUC des régions Maritime et des Plateaux
- (ii) renforcer la demande et améliorer l'accessibilité des services SR dans des districts ciblés des régions Maritime et des Plateaux
- (iii) consolider les acquis du système national de transfusion sanguine (SNTS)
- (iv) contribuer au renforcement des capacités du MS et des DRS concernées par le projet pour le pilotage, la mise en œuvre et le suivi des activités de SR.

4.3. Pertinence

Une intervention en matière de SMNI qui répond à un besoin clairement établi au Togo

La lutte contre la mortalité des mères et des enfants au Togo constitue un enjeu crucial au Togo, dont les indicateurs sanitaires montrent qu'elle exige une réponse organisée des acteurs présents dans le pays. Le taux de mortalité générale estimé à 8,19 pour mille, s'explique essentiellement par les taux élevés des mortalités infantile, infanto-juvénile, maternelle et de la mortalité liée au sida. Ces cibles des OMD constituent plus de 65 % de la mortalité de la population togolaise. Au Togo près de 60 enfants de moins de 5 ans décèdent chaque jour dont 22 avant leur premier anniversaire. Le taux de mortalité maternelle est estimé à 350 décès pour 100.000 naissances vivantes.

Ces indicateurs de santé dégradés résultent également d'un sous financement du secteur de la santé en général, et de la SMNI en particulier. Ainsi, seul 5-6% du PIB togolais est dédié à la santé, loin de l'objectif de 15% donné à la conférence d'Abuja. De même, plusieurs acteurs et bailleurs soulignent que la CARMMA lancée par le chef de l'Etat en 2010 serait restée un « vœu pieux sans financement » sans l'intervention du FFM, qui a permis de « combler le gap financier et d'identifier les axes de travail ».

¹⁵ Projet ayant soutenu la prise de l'arrêté N°0087/20 13/MS/DGS/DPLET, fixant la liste des médicaments essentiels sous dénomination commune internationale et des dispositifs médicaux essentiels par niveau de soins.

Des appuis français Muskoka alignés avec le PNDS, document de stratégie jugé cohérent et légitime...

La lutte contre la mortalité des mères et des enfants constitue une priorité nationale. La SCAPE identifie bien les priorités de la SMNI au plus haut niveau de la gouvernance nationale, qui sont ensuite déclinées au niveau du PNDS et des documents sectoriels du ministère de la santé (notamment, à titre d'exemple, le plan stratégique des interventions à base communautaire).

Les actions Muskoka s'inscrivent pleinement dans le PNDS 2012-2015, document élaboré de manière concertée et qui constitue, du point de vue des acteurs rencontrés dans le pays, une feuille de route pertinente pour améliorer la situation sanitaire dans le pays. Le PNDS est issu d'une démarche collaborative forte, avec de nombreux acteurs impliqués dans sa rédaction (bailleurs, société civile...).

Dans ce contexte, la réunion et la mobilisation des partenaires dans le cadre de l'initiative Muskoka ont été identifiées comme des facteurs importants pour mettre en œuvre le PNDS, qui fait de la SMNI une priorité du pays (Programmes n°1 et n°2 du PNDS directement liés à cette thématique, avec le Programme n°5 sur le RSS en transversal), permettant l'inscription dans le PNDS 2012-2015 de l'ensemble des projets du FFM : « Les interventions menées s'appuient sur les stratégies prioritaires du PNDS, notamment le 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, le renforcement de l'offre des services de planification familiale, et la mise en œuvre d'interventions à haut impact sur la santé de l'enfant au niveau communautaire et dans les formations sanitaires. Dans le cadre du renforcement du système de santé, les stratégies mises en œuvre incluent le 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 ».

Dans ce cadre, le FFM apparaît comme une composante importante du financement du PNDS dont il décline 3 des 5 programmes : les programmes 1, 2 et 5 du PNDS sont cofinancés à hauteur de 2,6M\$ par les agences du SNU dans le cadre de l'initiative Muskoka, tandis que les PTF du ministère de la Santé représentent plus largement environ 40% des engagements financiers prévus par le PNDS.

... mais un manque de leadership des autorités nationales

Dans un contexte où les besoins sont énormes, mais où l'Etat manque de moyens et souffre de capacités institutionnelles détériorées dans le secteur de la santé, ce dernier a tendance à s'aligner sur les financements et les initiatives proposées par les partenaires. Ce constat conduit de nombreux observateurs parmi ceux rencontrés (y compris au sein des institutions togolaises) à qualifier l'action en matière de SMNI d'« opportuniste », peu réfléchie et mal maîtrisée par la contrepartie nationale : au-delà du PNDS, la stratégie suivie « est celle des autres », soit celle de bailleurs dont les programmes et projets n'ont pas l'ambition de couvrir tout le spectre du problème.

A cet égard et en dépit d'un PNDS jugé crédible et légitime, l'évaluation fait le constat d'un manque de leadership et de pilotage national qui ne permet pas de mettre en œuvre une approche plus globale et concertée, permettant de s'attaquer aux différents déterminants de la santé des deux cibles sous des angles différents et complémentaires, en favorisant une approche multisectorielle et sans nécessairement rester dans une démarche purement « santé » (statut de la femme, autonomie responsabilisation des communautés, préoccupations non sanitaires qui ont un impact direct sur la prise en charge de la maladie...).

Au-delà de l'inscription des interventions françaises Muskoka dans le PNDS, des interrogations sur le choix des interventions

La pertinence des interventions françaises Muskoka s'analyse aussi au regard de la déclinaison opérationnelle du PNDS, via l'accompagnement du MS et le choix des interventions pour agir sur les différents leviers identifiés pour l'amélioration de la SMNI. Sur ce point, l'approche diversifiée proposée par les différentes agences onusienne inclut certaines activités qui n'ont pas nécessairement fourni la preuve indiscutable de leur efficacité, mais qui interrogent la capacité du pays à reprendre à son compte et poursuivre les projets (cf. partie durabilité).

- ▶ Le renforcement des capacités (i) des personnes ressources au Ministère de la Santé et (ii) des plans stratégiques, principalement l'appui à l'ambition du gouvernement (e.g. soutien à l'élaboration d'un nouveau Plan de Développement des Ressources Humaines (appui aux écoles de formation dans le pays, formation de formateurs)). Sur ce point, le renforcement des capacités, et notamment des compétences des responsables politiques, constitue un pari dans le contexte togolais d'attente des nominations à plusieurs postes clés du Ministère de la Santé.
- ▶ Le développement de l'offre de santé, notamment par le renforcement de l'offre de soins périphériques et l'appui au maintien d'un réseau d'ASC. Une des stratégies principales du gouvernement togolais inscrites dans le PNDS vise à ce titre à « rapprocher l'offre de soins des communautés », notamment via « le renforcement des supervisions et de la formation continue des personnels de santé et des Agents de Santé Communautaires¹⁶ (...) ». Pour la plupart des acteurs rencontrés, cet accent sur la formation des ASC est jugée pertinent. Toutefois, la pertinence de cette orientation pourrait être questionnée à trois égards :
 - Une première politique de mise en place d'ASC dans les années 1970 et 1980 au Togo n'avait pas permis d'obtenir les résultats escomptés en matière d'amélioration de la santé de la population ;
 - La réussite de la mise en place des ASC est exclusivement dépendante de l'aide internationale, qu'il s'agisse des bailleurs de l'initiative Muskoka ou non (e.g. Fonds Mondial), ou bien encore du projet de certains opérateurs (e.g. OPALS) ;
 - La cohérence de la politique de renforcement des compétences des ASC semble insuffisamment maîtrisée : déjà en 2012 le gouvernement recensait 8500 ASC, recrutés dans le cadre de projets verticaux qui leur fournissent une indemnité variant selon les financements.

Certains besoins du pays peuvent paraître par ailleurs insuffisamment pris en compte par le FFM. Les actions couvrent tous le **continuum de soins** et ciblent différents déterminants de la mortalité des mères et des enfants au Togo ; ceux-ci sont bien connus et ont fait l'objet de nombreuses études¹⁷ par les partenaires. Toutefois, les interventions françaises Muskoka ont dû réaliser des choix :

¹⁶ Les ASC sont des individus choisis par la communauté, reconnus et financés par l'Etat et/ou les bailleurs comme premier recours au système de santé. Ils sont formés à la prise en charge de certaines pathologies et ont la responsabilité d'orienter les mères et les enfants vers la structure de santé la plus adaptée en second recours.

¹⁷ Une part importante des structures rencontrées lors des entretiens avaient posé leur propre « état des lieux » sur leur périmètre d'intervention.

- ▶ **géographiques** dans l'allocation des moyens mobilisés. Ce besoin de ciblage a ainsi amené les partenaires à concentrer leurs efforts dans différentes régions du Togo. Ainsi, 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 dans la région des Plateaux.
- ▶ **opérationnels** dans l'approche retenue. Cela implique, par exemple, que les interventions françaises Muskoka ne concernent pas le niveau central ou intermédiaire dans le renforcement des capacités des formations sanitaires.

Plus largement, il apparaît que les avis sont partagés sur les modes d'intervention les plus pertinents. Entre appui institutionnel et appui de terrain, les visions des différents acteurs divergent.

4.4. Cohérence

4.4.1. Cohérence interne

Des interventions en matière de SMNI (actuelles et futures) qui s'inscrivent dans la continuité des priorités françaises au Togo

La santé figure parmi les secteurs de concentration OMD de la coopération française au Togo, tant pour la période 2008-2012 (aux côtés de l'éducation et des infrastructures urbaines) que dans le nouveau document de coopération intégré dans la programmation conjointe de l'UE, avec un budget de 16 M€ prévu pour 2014-2017. Le DCP 2008-2012 soulignait ainsi déjà l'insuffisance des ressources publiques affectées au secteur – à peine plus de 6% sur le budget de l'Etat en 2007) et la faible capacité contributive de la population, insistant tout particulièrement sur la nécessité d'améliorer l'accès aux soins de santé maternelle et infantile.

La coopération bilatérale a longtemps privilégié une approche déconcentrée centrée sur l'amélioration de la qualité de l'offre de soins via des formations et la mise à niveau d'équipements, complétées par des interventions plus ciblées et un renforcement de la coopération hospitalière (à travers le GIP Esther). De nombreux projets ont été successivement financés par l'AFD, parmi lesquels le projet d'amélioration du système national de transfusion sanguine (projet terminé en 2010), suivi par le PAGRHSM (en cours de mise en œuvre).

C'est par son volet multilatéral que l'aide française au Togo a fortement cru dans le secteur de la santé au travers de sa contribution au Fonds mondial/ CCM, ainsi que, désormais, du FFM mis en œuvre par le biais des quatre agences onusiennes.

Globalement, le Togo est un pays bénéficiant d'une bonne articulation des différentes interventions françaises en santé, qui s'appuient sur un dialogue continu efficace entre le MAEDI/SCAC d'une part, chargé du suivi des programmes multilatéraux des agences onusiennes, et l'AFD d'autre part, qui finance des projets santé successif et prépare un nouveau projet en SMNI. Ce dialogue permet un partage d'information permanent, tandis que tant le SCAC que l'AFD sont parfaitement coordonnés et intégrés dans le panorama des PTF globalement, et siègent successivement ou alternativement dans les différentes enceintes de dialogue où la voix français apparaît prépondérante.

Le futur projet « Muskoka » de l'AFD sera mis en œuvre en veillant à la bonne complémentarité avec le plan d'actions des NU. Si son périmètre reste encore à préciser à la

date de l'évaluation, l'AFD envisage en effet de compléter et venir en soutien à l'action des agences onusiennes (en s'appuyant, par exemple, sur les données de l'enquête SONU et sur le travail de cartographie des SONUB-SONUC piloté par le FNUAP sur financement du FFM). Le projet AFD en cours d'instruction constitue ainsi, en dépit des difficultés au cours de son instruction en raison de la situation institutionnel dégradée en 2013-2014, une opportunité intéressante pour anticiper la cohérence interne des interventions françaises Muskoka.

Au-delà des bailleurs traditionnels, il apparaît enfin que de nombreux financements de la santé et de la SMI passent par des opérateurs de la société civile (e.g. Mairie de Paris pour l'OPALS, GIP Esther, Croix Rouge Togolaise). Cette multiplications d'interventions, et notamment le recours fréquent à la formation d' « ASC » ou de « médiateurs » spécialisés, est un élément de contexte impactant la cohérence globale du dispositif d'amélioration de la SMI au Togo.

Sur le volet multilatéral, un programme d'action commun aux 4 agences onusiennes

On observe au Togo une complémentarité théorique des interventions françaises Muskoka, dans la mesure où chaque agence du SNU dispose de son propre mandat sur des thématiques différentes de la SMI. Il y a donc une vraie logique et une forte cohérence à faire travailler ensemble ces quatre Agences. En 2013 et 2014, un programme unique a pu être réalisé. Toutefois, peu d'actions conjointes sont recensées, et ce programme unique semble davantage constituer une addition d'activités propres à chaque Agence qu'un véritable programme intégré.

Le FFM fait également preuve de cohérence interne au regard de la complémentarité des interventions portées par les agences onusiennes en termes de **thématiques adressées** (l'Unicef se positionne davantage sur les Unité de Soins Périphériques et sur les ASC par exemple), de **couverture géographique** (Kara et Savanes pour l'Unicef, région Maritime pour l'Una) et de répartition des rôles entre partenaires (respect du mandat de chaque Agence).

Il est par ailleurs noté un véritable effort de coordination entre les 4 agences opéré depuis 2012, qui porte ses fruits dans le rapprochement des équipes lors des séances de travail préalables à l'élaboration des bilans et programmes annuels.

... mais des modes opératoires à harmoniser

En **termes opérationnels**, des chevauchements peuvent être constatés, interrogeant la logique ayant sous-tendu la répartition de certaines tâches entre les agences.

Par exemple, les trois agences (l'UNICEF, le FNUAP et l'OMS) interviennent sur le champ de la santé communautaire via la formation et la supervision d'ASC, sans cohérence d'approche évidente.

- L'Unicef couvre deux régions dans le nord du pays où elle intervient dans l'ensemble des districts. Elle recourt à des dispositions de supervision et de suivi spécifique via des agents recrutés (agents « povonat », assistants médicaux infirmiers d'Etat qui ne bénéficient pas encore du statut de fonctionnaire) qu'elle paie directement ;
- L'OMS intervient de manière partielle (dans quelques districts uniquement) dans la région maritime et centrale et dans la région des plateaux. Au contraire de l'UNICEF, la supervision est laissée sous la responsabilité des formations sanitaires et de leurs infirmiers qui ne bénéficient pas d'appui financier particulier ;

- Le FNUAP (via ATBEF et 3ASC) intervient également dans certaines zones du pays, mais principalement dans la région des Savanes, mais aussi centrale et maritime.
- Enfin Plan Togo (Fonds mondial) finance des ASC dans la région centrale, avec une politique de « motivation financière » propre.

4.4.2. Cohérence externe

Un nombre limité de bailleurs impliqués en santé qui « facilite » l'harmonisation, en dépit d'un dialogue discontinu et peu institutionnalisé

La coordination des bailleurs présents au Togo pâtit d'une certaine faiblesse dispositif institutionnel de coordination des politiques de développement, composé de 11 comités sectoriels qui complètent un comité Etat-donateurs. Cette faiblesse concerne en particulier le secteur de la santé dont le portage par la contrepartie togolaise s'est avéré déficient au cours des derniers 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). 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 à 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.

Dans ce contexte, le FFM a contribué à instituer une plateforme de dialogue à part entière, visible et reconnue par l'ensemble des bailleurs présents au Togo invités à l'occasion de la « revue annuelle » des interventions.

Une complémentarité « de fait » du FFM avec les autres bailleurs

La JICA, l'UE, l'Allemagne n'ont à ce stade que peu investi le champ global de la santé, et encore moins de la SMI. L'USAid cible davantage la thématique 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 pas encore été abordée, ni par le canal bilatéral AFD, ni par le SNU (concentré, via l'Una, sur la cartographie des SONU). La Banque Mondiale a récemment élaboré, en 2014, un projet SMNI, dont le principal volet concerne la nutrition. La BM a choisi d'appuyer les communautés et zones périphériques et l'amélioration des SIG qui fonctionnent au niveau du MS. En tant que nouvel entrant, ce sont plutôt les autres bailleurs qui adaptent leur stratégie de façon complémentaire à Muskoka.

4.5. Efficacité

Le FFM capitalise sur la présence et la valeur ajoutée des organisations multilatérales au Togo, dont les réalisations permettent d'afficher quelques résultats tangibles

Au Togo, les agences du SNU jouissent d'une forte visibilité et d'une renommée importante auprès des différents acteurs en matière de santé. Des actions ont été structurées avant l'arrivée du FFM, mais l'initiative a permis de renforcer les réseaux déjà établis des organisations multilatérales. La bonne connaissance des acteurs multilatéraux a également sécurisé les rapports entre partenaires, puisque les périmètres d'intervention, compétences et modes de fonctionnement des agences étaient clairement identifiés. De plus, le choix des organisations multilatérales a permis un ciblage des actions à fort impact, puisque le programme commun aux quatre agences en a fait un axe structurant. Les bailleurs rencontrés en entretien ont ainsi le sentiment que le FFM a rendu possible un ciblage renforcé sur les IHI et a systématisé la recherche de résultats mesurables.

Les principales réalisations incluent notamment, à titre d'illustration :

► **En matière de mortalité maternelle et néonatale**

L'accès aux soins intégrés en matière de santé de la reproduction, de la planification et du VIH (SSR/PF/VIH) pour les adolescents et les jeunes a été renforcé dans 4 districts sanitaires dans la région Maritime (16 000 adolescents et jeunes touchés dans 40 communautés rurales, 20 infirmeries scolaires et 50 agents de santé sur l'ensemble du pays disposent de personnels qualifiés et de matériels adéquats de base en SR).

115 nouvelles formations sanitaires formées aux soins essentiels du nouveau-né (77 centres SONU et 38 formations sanitaires faisant plus de 30 accouchements par mois), en plus des 49 structures sanitaires déjà touchées en 2012. La proportion de structures sanitaires éligibles offrant les soins essentiels au nouveau-né y compris la réanimation est passée de 22% en 2012 à 72% en 2013.

Une extension de la distribution à base communautaire (DBC) des produits pour la planification familiale (PF) à trois nouveaux districts a été réalisée.

► **En matière de mortalité infantile et infanto-juvénile**

65 850 enfants de moins de 5 ans sont couverts dans les deux régions par 1 317 Agents de Santé Communautaire formés à la prise en charge intégrée du paludisme, de la diarrhée et de la pneumonie, ainsi qu'au dépistage et à la prise en charge de la malnutrition chez les enfants (IHI).

Une évaluation des interventions à base communautaire a mis en évidence l'adhésion des populations aux soins offerts par les ASC (taux de satisfaction de 91%, pour les 79% de familles ayant eu recours à l'ASC).

La chimio-prophylaxie saisonnière du paludisme chez les enfants de 3 – 59 mois¹⁸ a été introduite (pour la première fois au Togo) dans les 4 districts de la région des Savanes touchant 100 001 enfants au premier tour; 114 108 enfants au deuxième tour et 119 565 au troisième tour. Une étude d'impact est en cours, pour confirmer la tendance à la baisse¹⁹ de l'incidence des accès palustres chez les enfants d'un tour à l'autre.

► **En matière de renforcement des systèmes de santé**

A la suite d'un inventaire des SONU réalisé en 2012, le ministère de la Santé a procédé au cours de l'année 2013 à l'élaboration d'une nouvelle carte des services et d'un référentiel pour la pratique des SONU grâce aux FFM qui servira de base aux actions de renforcement

¹⁸ Activité partiellement financée également par le gouvernement du Japon

¹⁹ Source : Rapport_FFM_Togo_2013_final_15_01_2013

des structures sanitaires éligibles pour l'offre des SONUB et SONUC. Le Ministère s'est également doté d'un manuel de référence pour la formation sur les soins essentiels au nouveau-né et à la réanimation du nouveau-né.

Le processus SONU est par ailleurs une illustration typique d'**activité inter-agence** réussie au Togo, où chaque partenaire a activement contribué à différentes phases. Ainsi pour 2014, le programme se présente comme suit:

- Formation SONU (50) : UNFPA, UNICEF, OMS
- Equipement SONU : UNFPA (15), UNICEF, OMS (5) ;
- Suivi supervision : UNFPA, UNICEF, OMS
- Audit des décès maternel : UNFPA, OMS
- Qualité de l'accueil et lutte contre les violences liées au genre : UNFPA, ONUFEMME

Une efficacité de court terme, qui ne permet pas de lever les blocages structurels du pays, et qui pâtit d'un défaut d'appropriation par les autorités du pays

Malgré de premiers résultats tangibles, l'efficacité des interventions dépendra, à moyen et long terme, de la capacité du pays à s'approprier les résultats et à mobiliser les ressources nécessaires pour assurer la continuité des avancées initiées avec l'aide du FFM. Cette modération est d'autant plus légitime qu'elle se fonde sur l'expérience de projets antérieurs, parmi lesquels le projet d'appui à la politique nationale de transfusion sanguine mis en œuvre par l'AFD de 2007 et 2010, qui n'ont pas trouvé de relais financier interne ou externe (en 2013, la production de sang a été suspendue pendant plusieurs semaines par manque de moyens pour faire fonctionner le centre national de transfusion sanguine et son pendant régional).

L'appropriation passe aussi par la mobilisation active des autorités nationales dans la mise en œuvre et la coordination des projets. Or celle-ci paraît inégale selon les programmes et les divisions du ministère, qui manquent globalement de moyens de supervision efficace pour pouvoir véritablement jouer un rôle de pilote des programmes et être en mesure d'orienter l'action des PTF. Une feuille de route a par exemple été élaborée pour renforcer la coordination des interventions à base communautaire (IBC) et la Division Santé communautaire organise des réunions de partage (associant le ministère de la Santé, l'UNICEF, l'OMS, le FNUAP, Plan Togo, PSI), mais sa capacité reste limitée.

L'efficacité des projets souffre par ailleurs d'un manque d'articulation entre les services en charge des différents volets de la SMNI au sein du ministère de la Santé. L'articulation entre la PTME et les interventions Muskoka pose par exemple un défi de coordination et d'intégration des différents services impliqués au ministère de la Santé : la DSF (Direction Santé Famille) s'occupe de la SMI, et le PLNS s'occupe de la PTME, sans véritable synergie ni concertation, et l'absence de DG santé (et de SG santé jusqu'à une date récente) n'a pas permis l'intégration des services au niveau central. Il semblerait que cet aspect impacte en partie la cohérence des projets : par exemple, l'enquête SONU conduite par le FNUAP s'est centrée sur les soins obstétricaux et néonataux, sans mener de réelle réflexion sur la contribution de la PTME.

Enfin, l'efficacité pourrait être renforcée par une plus grande mutualisation des moyens des acteurs intervenant sur des actions comparables (exemple : formation d'agents réalisée par l'UNICEF, Plan Togo, etc.)

Un dispositif de pilotage et de suivi à la fois complexe et resserré au niveau du MAEDI et du CRCS

Le dispositif de pilotage du FSP par le ministère des Affaires étrangères français a bénéficié d'une équipe resserrée (constitué d'un représentant de la DGM, du CRS basé à Dakar et du CRS basée à Cotonou) fortement investie pour suivre étroitement la mise en œuvre du FFM par les agences onusiennes depuis le niveau global jusque dans les pays. Du point de vue togolais, ce pilotage resserré s'est avéré nécessaire et a largement contribué à surmonter les enjeux de coordination inter-agences au lancement de l'initiative.

Le dispositif de suivi-évaluation mis en place avec l'appui d'un intervenant extérieur pour l'ensemble du FSP reste en cours d'ajustement.

Le dispositif institutionnel est perçu de façon consensuelle comme l'une des innovations majeures du FFM, en dépit d'améliorations possibles

Le dispositif de pilotage interne au FSP constitue l'un des éléments positifs associé à l'initiative. Le FFM a créé une plateforme d'échange et de coopération entre les agences du SNU d'une part, avec élaboration d'un bilan annuel et d'un plan d'action communs, obligeant à une réflexion commune auparavant peu développée, mais aussi avec l'ensemble des partenaires Muskoka d'autre, l'étiquette « Muskoka » permet de « systématiser les temps d'échange dans la vie des projets », notamment dans un contexte de pilotage insuffisant par l'Etat togolais (pas de comité sectoriel dans la dernière année...).

Le pilotage inter-agences opéré par l'UNICEF est perçu comme dynamique et efficace par l'ensemble des acteurs concernés, bien que des agences auraient souhaité une présidence tournante de l'agence « chef de file » consolidant les interventions Muskoka du volet multilatéral afin de renforcer l'appropriation de l'initiative par les différentes agences du SNU.

Le dispositif présente cependant des limites structurelles, intrinsèques aux différents partenaires de Muskoka (rythme des procédures instruites par l'AFD ou des agences du SNU). La gestion et la planification globale suivent des règles propres à chaque agence, qui complexifient en partie la coordination (l'Unicef a une visibilité pluriannuelle, ce qui n'est pas forcément le cas pour l'Una dont le siège peut parfois réajuster les feuilles de route).

Par ailleurs le double canal des interventions françaises Muskoka oblige les opérateurs partenaires à se positionner sur le canal bilatéral ou le canal multilatéral, et le dispositif pose le défi du décloisonnement entre partenaires de l'initiative. Pour l'AFD par exemple, il est difficile d'avoir une vision précise, détaillée et exhaustive sur ce qui relève de l'initiative Muskoka au sein des actions entreprises par les agences du SNU.

4.6. Impact et durabilité

4.6.1. Impact pour les pays partenaires

Au-delà d'une nouvelle opportunité de financement, le FFM a permis de consolider la dynamique en faveur de la SMNI et de changer d'échelle

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 SMNI.

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 » particulière visible, connue et reconnue de tous les profils d'acteurs, qui favorise une certaine prise de conscience de l'Etat togolais, bien qu'elle ne se soit pas encore concrétisée par des ressources budgétaires supplémentaires.

Un cadre propice pour des interventions à fort impact et une accélération constatée du rythme de progression des OMD

Muskoka est susceptible d'accélérer l'atteinte des OMD 4 et 5 dans le sens où l'initiative a constitué au Togo une **plateforme inédite d'échange et de coopération** entre les agences du SNU, la partie nationale et les acteurs français présents dans le pays. Cette synergie devrait accélérer le rythme d'avancement et de déploiement des interventions, notamment via une meilleure anticipation de l'ensemble des partenaires. Ces bonnes pratiques organisationnelles devraient avoir un effet **durable** sur la coordination des acteurs du développement.

L'impact est également visible dans les **nouvelles actions initiées** à la suite des interventions françaises Muskoka telles que la surveillance des décès maternels, l'élaboration d'une feuille de route sur les SONU, le traitement conjoint des problématiques mère-enfant. Au-delà des nouvelles actions et nouveaux projets montés dans le cadre de Muskoka, il apparaît que l'effet majeur de l'initiative a d'abord été de permettre un **changement d'échelle** des projets. Un autre effet bénéfique, connexe, est également celui de la massification des expertises autour du ministère de la Santé.

D'après les données recueillies et communiquées par l'Unicef, les actions financées dans le cadre de Muskoka **auraient déjà permis de réduire, au moins temporairement et dans certaines régions, la mortalité** maternelle et infantile grâce aux nombreuses formations prodiguées aux professionnels de santé, et plus spécifiquement aux sages-femmes et dans les SONU. Les visites terrain réalisées font état d'un retour très positif des bénéficiaires de ces formations. L'accessibilité géographique des services de soins aux nouveau-nés a été renforcée. La proportion des centres de santé offrant les soins essentiels au nouveau-né (y compris la réanimation) est passée de 22% en 2012 à 72% en 2013 (164 sur 227 structures). L'impact est ainsi visible sur les « résultats » au sens « OMS » du terme, à savoir une augmentation de l'offre de soins (principalement en santé de la mère).

Il apparaît toutefois, d'après les projections du PNDS, que les actions prévues seront insuffisantes pour atteindre les OMD 4 et 5 à horizon 2015.

Une durabilité des effets des interventions françaises questionnée à l'issue de l'appui

Des interrogations essentielles se posent quant à la **pérennité** des actions menées dans le cadre du FFM. En effet, si des résultats sont mesurables, le critère d'impact **nécessite des actions à plus long terme** ouvrant le sujet de la durabilité de certaines interventions financées par Muskoka :

- Financement des ASC au regard des ressources disponibles dans le pays, mais aussi des moyens de supervision de ces agents. Des questions restent ouvertes quant à la

pérennisation du réseau des ASC, alors que le plan stratégique des interventions à base communautaire estime à 19 milliards de CFA les besoins en financement pour mettre en œuvre son plan²⁰. Par ailleurs sur le long terme, il semble peu réaliste de régler la question des ressources humaines par une substitution vers l'ASC, et la question des RH reste donc entière ;

- ▶ Pérennité de l'approche « renforcement des compétences » de certains responsables au MS (en cas de changement d'affectation...) ;
- ▶ Modèles économiques du système de transfusion sanguine ou de fourniture de médicaments (CAMEG, CNTS...)

4.6.2. Impact pour la France

Une initiative Muskoka connue et systématiquement associée à la France

La visibilité de l'aide française en appui au secteur de la santé est renforcée par ses interventions Muskoka. L'ensemble des **agences de l'ONU, mais aussi d'autres acteurs du secteur parmi ceux rencontrés, reconnaissent l'importance de l'action de la France** en faveur de la SRMNI, tant par le canal bilatéral que multilatéral. Plusieurs agences du SNU font également état d'une implication remarquable des acteurs français au travers du rôle joué par le CRCS, le COCAC ou les agents de l'AFD. Cette visibilité de la France est par ailleurs matérialisée par différents supports de communication (e.g. articles, courts films de présentation des projets de l'Unicef ou de l'ONU Femmes/GF2D).

L'ensemble des représentants de **la partie nationale** rencontrés lors des entretiens ont une **bonne connaissance des composantes du** Projet d'Appui à la Gestion des Ressources Humaines en Santé et du Médicament (**PAGRHS**) piloté par l'AFD (projet non « Muskoka »), et ont une bonne visibilité concernant le canal multilatéral financé par la France, sans nécessairement identifier dans le détail quelles actions relèvent de Muskoka.

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 du canal multilatéral 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 visibilité sur les actions financées via ce canal par 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 plus d'implication des experts locaux dans l'élaboration, l'exécution et le suivi des projets en matière de santé maternelle et infantile.**

La coopération française demeure le **seul bailleur bilatéral identifié** par l'ensemble des acteurs togolais, tandis que l'Unicef fait figure de chef de file concernant le volet multilatéral.

²⁰ La politique des IBC estime qu'il serait nécessaire d'assurer une motivation globale des ASC de 14 000 F CFA (auxquels s'ajoutent 3 000 F CFA au titre de la sécurité sociale). En 2014, le financement des motivations des ASC par l'Etat se monte à 81 500 000 FCFA/ an pour 11 000 ASC - dont 7 000 sont à plus de 5 km d'une formation sanitaire - soit en moyenne moins de 600 FCFA par ASC et par mois. Un plaidoyer est actuellement mené auprès de l'Etat pour qu'il augmente sa contribution à 5 000 F CFA par mois pour assurer une pérennisation minimale des actions des bailleurs dans ce domaine, sans garantie de succès.

Enfin, à l'échelle régionale, les Comités techniques sont des lieux d'échanges incontournables de la visibilité de la France au travers de l'initiative Muskoka.

La contribution de la France à l'Alliance GAVI et au Fonds mondial n'est toutefois pas associée aux actions de la France en matière de SMNI, 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.

4.7. Liste des personnes rencontrées

Prénom et nom	Titre/ Institution
Acteurs français	
Fabrice ROY	Ambassade de France - SCAC, Chargé de projets
Alain PRUAL	MAEDI, Conseiller régional de coopération en santé
Romain ANDRE	AFD - Siège, Responsable pays "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

Prénom et nom	Titre/ Institution
	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
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	
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 SMNI, 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 Ragiatou Diallo	USAID Projet financé, Coordonnatrice régional du Projet Agir PF

Prénom et nom	Titre/ Institution
Dr Eloi AMEGAN	USAID Projet financé, Coordonnateur Projet AgirPF
Xavier Assamagan	GIP Esther, Coordonnateur Togo
M. Yasushi NAMBA	JICA, Représentant
Béatrice NDARUGIRIRE	Délégation de l'Union Européenne, Chargée de programmes socioéconomique

5. Fiches pays

Les fiches ci-après présentent les caractéristiques des principaux pays bénéficiaires des interventions de la DGM et de l'AFD en matière de SRMNI. Arrêtées à juin 2014, elles présentent les informations suivantes de manière synthétique :

- ▶ Les principaux indicateurs reflétant la santé des mères et des enfants, complétés par des indicateurs relatifs à la couverture vaccinale, à la nutrition et à la planification familiale. L'ensemble de ces indicateurs est comparé à la moyenne de l'Afrique subsaharienne (la comparaison est aussi proposée dans le cas de pays hors Afrique, comme l'Afghanistan et Haïti) – **Source : Unicef**²¹.
- ▶ Les grands axes stratégiques du pays en matière de SRMNI, ainsi que les ressources qui y sont consacrées – **Source : Banque mondiale**²²
- ▶ Les principaux bailleurs présents sur le champ de la santé – **Source : CAD de l'OCDE**
- ▶ Les interventions françaises en matière de SRMNI – **Source : MAEDI et AFD**. Ces interventions sont réparties en trois catégories :
 - 1) les projets « bilatéraux » de l'AFD correspondent aux projets pays et aux projets régionaux²³ de l'AFD financés sur l'enveloppe Muskoka de 48 M€ par an à partir de 2011 ;
 - 2) les projets « multilatéraux » correspondent aux financements du MAEDI sur l'enveloppe Muskoka de 52 M€ par an à partir de 2011 ;
 - 3) les projets « connexes » sont des projets bilatéraux de l'AFD qui sont comptabilisés en décaissements sur la période 2011-2015 (mais qui n'ont pas été engagés sur l'enveloppe Muskoka de 48 M€ par an).

²¹ http://www.unicef.org/french/statistics/index_24296.html

²² <http://data.worldbank.org/>

²³ Pour les projets régionaux, le montant global du financement est porté sur chaque fiche, sans indication sur la part de financement qui bénéficiera spécifiquement au pays.

Sommaire des fiches-pays

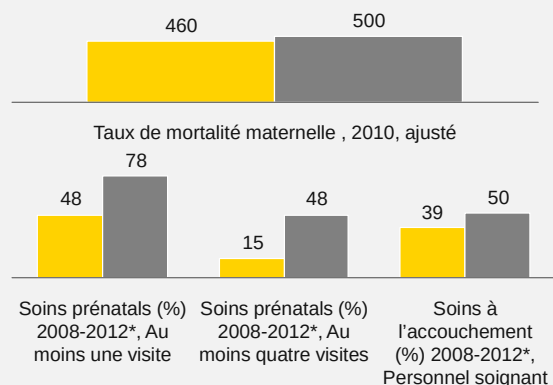
AFGHANISTAN	63
BENIN	66
BURKINA FASO	69
CAMEROUN	72
COMORES	74
CONGO	77
CÔTE D'IVOIRE	80
DJIBOUTI	83
ERYTHREE	85
ETHIOPIE	87
GUINEE	89
HAÏTI	92
MADAGASCAR	95
MALI	98
MAURITANIE	102
NIGER	105
REPUBLIQUE CENTRAFRICAINE	108
RDC	111
SENEGAL	114
SOMALIE	117
TCHAD	119
TOGO	122

AFGHANISTAN

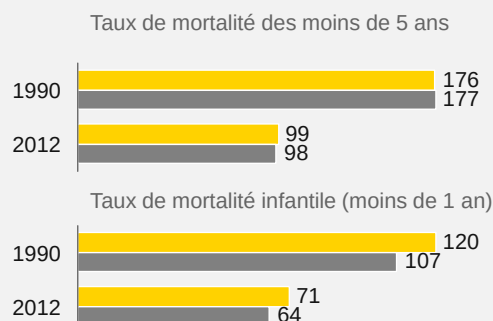
Afghanistan
Afrique subsaharienne

A. INDICATEURS

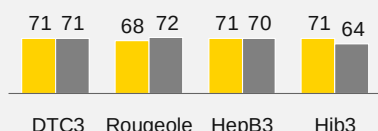
Santé des mères



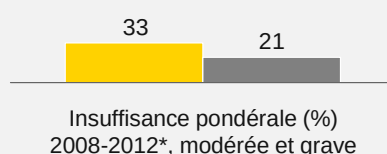
Santé des enfants



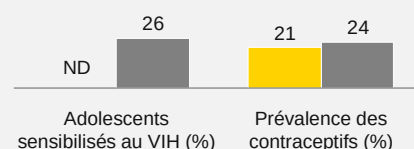
Couverture vaccinale (%) 2012



Nutrition



Planification familiale

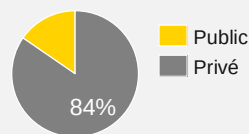


B. RESSOURCES ET STRATEGIES NATIONALES

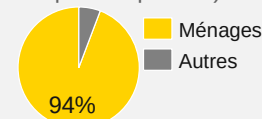
Dépenses affectées à la santé, en % du PIB



Financement de la santé



Dépenses des ménages (en % dépenses privées)



► Stratégie nationale en matière de santé publique, santé reproductive, maternelle, néonatale et infantile

Le gouvernement afghan a élaboré un Plan Stratégique pour le Ministère de la Santé Publique (*Strategic Plan for the Ministry of Public Health*) couvrant la période 2011-15.

Lors de son élaboration, des documents-cadres stratégiques, relatifs à la santé (dont la santé maternelle et infantile) ont été revisités, notamment l'Afghanistan National Development Strategy (ANDS), Health and Nutrition Sector Strategy (HNSS) 2008-2013 ainsi que la National Health Policy 2005-2009.

Le ministère de la Santé publique a en outre élaboré la *National Reproductive Health Policy* couvrant la période 2012-2016. Ce cadre stratégique est peu développé, cependant la santé maternelle et infantile constitue le premier axe de la politique afghane, suivi par un axe concernant l'espacement des naissances et le planning familial.

En effet, des premières initiatives gouvernementales peuvent être recensées dans le domaine des services de santé néonatale. En partenariat avec les bailleurs internationaux, une action de promotion et de formation des sages-femmes (structuration de l'offre de soins obstétricaux essentiels et des soins au nouveau-né, soutien à la création d'une association professionnelle de sages-femmes, ...). Plus spécifiquement, un Programme communautaire de formation des sages-femmes (CME), offre une formation de 18 mois mieux adaptée aux besoins et perçue comme pertinente : en 2008, 19 programmes CME ont chacun formé 20 à 25 femmes ont démarré (vs. 6 en 2002).

Enfin, la dimension «Mère – Enfant » est un axe retrouvé à la fois dans le *basic package of health services* (BPHS)

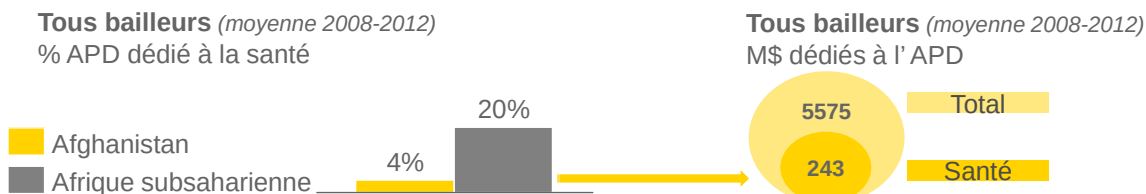
Ministère des affaires étrangères - DGM

Direction des Programmes et du Réseau / Pôle de l'évaluation

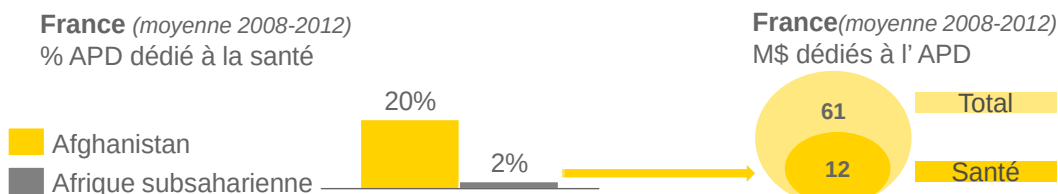
27, rue de la Convention – Paris 15ème – tel : 01 43 17 90 88

et l'essential package of hospital services (EPHS), et correspond aux deux premières composantes stratégiques de la *National Reproductive Health Strategy 2012-2016*.

C. CARTOGRAPHIE DES BAILLEURS



D. INTERVENTIONS FRANCAISES



PROJETS BILATERAUX AFD

Projet	Année	Montant	Bénéficiaire	% Muskoka	Thématique
Développement de partenariats et du réseau hospitalier de la FHF	2011	2 000 000	FHF	40%	Appuyer le développement des réseaux hospitaliers et des partenariats entre les hôpitaux des pays en développement et émergents et les hôpitaux français

PROJETS MULTILATERAUX

GAVI

Fonds Mondial

PROJETS CONNEXES

Projet	Année	Montant	Bénéficiaire	% Muskoka
--------	-------	---------	--------------	-----------

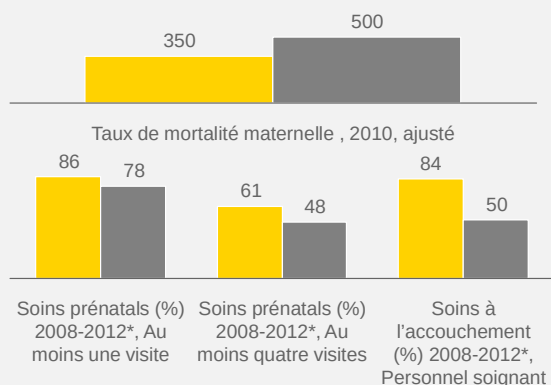
Programme de réhabilitation du système de transfusion sanguine et du laboratoire central d'analyses formation continue	2005	8 000 000	AFGHANISTAN	40%
Appui au renforcement des ressources humaines de l'Institut Médical Français pour l'Enfant (IMFE) de Kaboul	2008	2 000 000	AGA KHAN	100%
Programme de développement de la Phase 2 de l'Institut médical français pour l'enfant	2009	9 000 000	IMFE	100%
Appui à l'OMS - Formation des acteurs du secteur public et privé impliqué dans le contrôle de la polio, leishmaniose et du paludisme	2009	3 000 000	OMS	40%
Projet d'appui à la réduction de la mortalité maternelle et de l'enfant en Afghanistan et dans le Badakhshan - Appui et formation infirmières, sages-femmes et personnel de santé. Renforcement du système de santé	2010	5 700 000	AFGHANISTAN	100%

BENIN

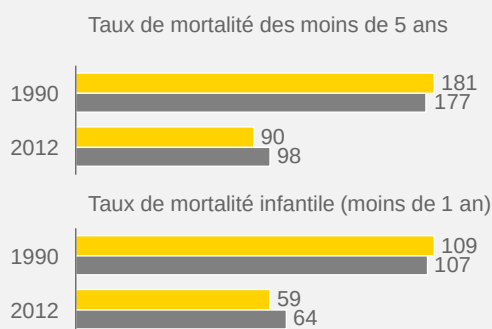
A. INDICATEURS

■ Bénin
■ Afrique subsaharienne

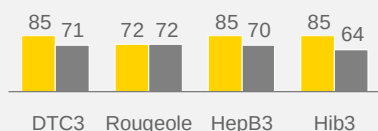
Santé des mères



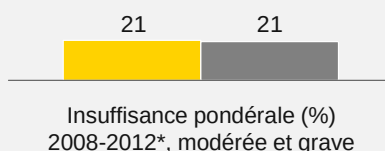
Santé des enfants



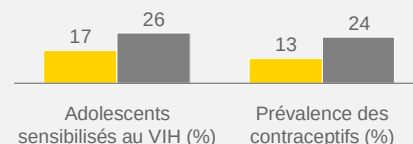
Couverture vaccinale (%) 2012



Nutrition



Planification familiale

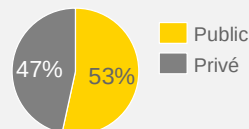


B. RESSOURCES ET STRATEGIES NATIONALES

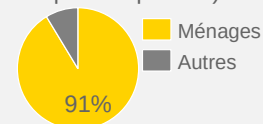
Dépenses affectées à la santé, en % du PIB



Financement de la santé



Dépenses des ménages (en % dépenses privées)



► Stratégie nationale en matière de santé publique, santé reproductive, maternelle, néonatale et infantile

➔ Le cadre de référence du secteur la santé au Bénin est institué par les documents stratégiques suivants :

- Les Etudes Nationales de Perspectives à Long Terme : Bénin Alafia 2025
- Les Orientations Stratégiques de Développement (OSD - 2007)
- Le document de Stratégie de Croissance pour la Réduction de la Pauvreté (SCRPIII)
- Le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) 2009-2018 et ses déclinaisons, avec notamment le Plan Triennal de Développement (Sanitaire) 2010-2012

➔ La santé maternelle et infantile constitue une priorité de santé nationale et fait l'objet de documents spécifiques :

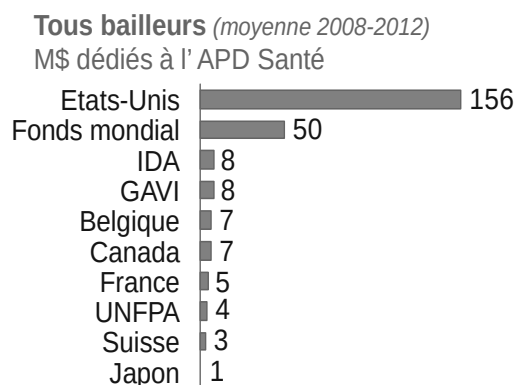
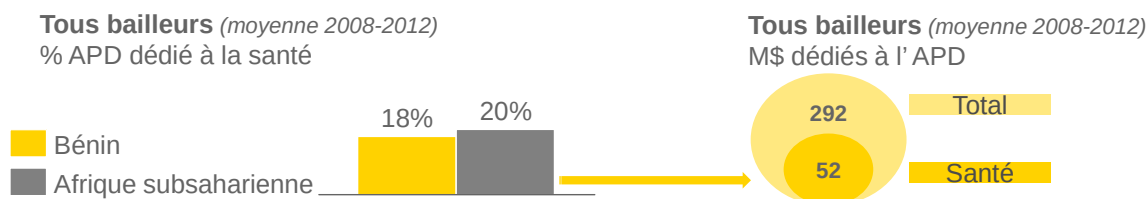
- La Stratégie Nationale de Réduction de la Mortalité Maternelle et Néonatale 2006-2015 assorti d'un Plan Quinquennal d'Opérationnalisation 2006-2010
- Les Paquets d'Interventions à Haut Impact, relatifs à la lutte contre la mortalité maternelle, infanto-juvénile et néonatale
- La Campagne Accélérée de Réduction de la Mortalité maternelle en Afrique (CAARMA), à laquelle le Bénin a adhéré

➔ L'engagement pour l'amélioration de la santé maternelle et infantile s'est traduit par l'institution par décret de la gratuité de la césarienne (qui est l'un des « Soins néonataux d'urgence complets ») et par la création de l'Agence Nationale de Gestion de la Gratuité de la Césarienne en mars 2009.

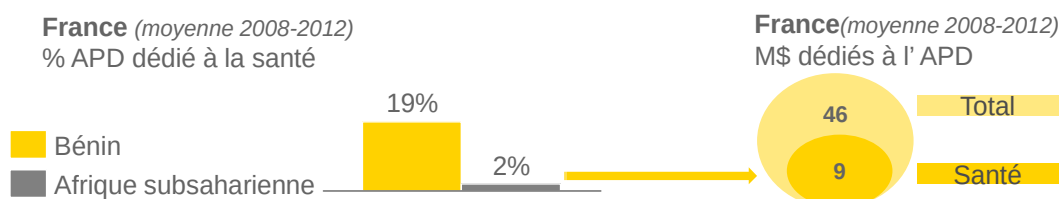
➔ Le système de transfusion sanguine est actuellement en cours de réorganisation, avec la création récente du Centre National de Transfusion Sanguine (CNTS).

→ La formation des médecins est assurée par deux universités au Bénin (à Cotonou et à Parakou) disposant chacune d'une faculté de médecine.

C. CARTOGRAPHIE DES BAILLEURS



D. INTERVENTIONS FRANCAISES



PROJETS BILATERAUX AFD					
Projet	Année	Montant	Bénéficiaire	% Muskoka	Thématique
Projet d'amélioration de la santé maternelle et infantile	2011	10 000 000	BENIN	100%	Programme d'Appui à l'Amélioration de la Santé Maternelle et Infantile au Bénin
Développement de partenariats et du réseau hospitalier de la FHF	2011	2 000 000	FHF	40%	Appuyer le développement des réseaux hospitaliers et des partenariats entre les hôpitaux des pays en développement et émergents et les hôpitaux français
Développer l'accès à de nouveaux traitements en Afrique	2012	5 000 000	DNDi	100%	Développer l'accès à de nouveaux traitements pour le traitement du VIH pédiatrique, de la maladie du sommeil et du paludisme en Afrique
UICTMR 2 Renforcement des capacités de lutte contre la tuberculose dans 8 pays	2012	3 500 000	UICTMR	100%	Renforcement des capacités des programmes nationaux de lutte contre la tuberculose dans 7 pays africains francophones

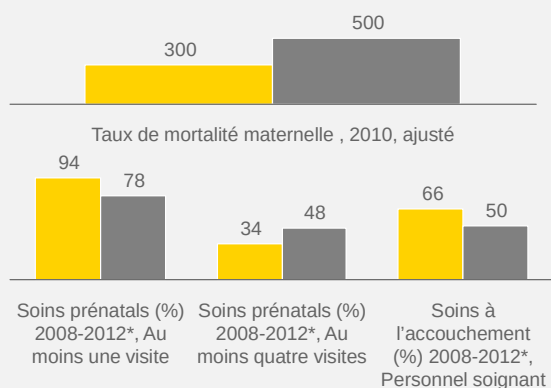
d'Afrique francophone					
Renforcement du secteur du laboratoire dans 7 pays d'Afrique de l'Ouest (Muskoka)	2013	5 000 000	Fondation Mérieux	89%	Appui au secteur des laboratoires biomédicaux en Afrique subsaharienne, dans sept pays prioritaires
PROJETS MULTILATERAUX					
FSP (3 658 192 €) : OMS, UNICEF, UNFPA, ONU Femmes					
GAVI					
Fonds Mondial					
PROJETS CONNEXES					
Projet	Année	Montant	Bénéficiaire	% Muskoka	
Hydraulique rurale	2004	9 715 975	BENIN	15%	
ABG 2007	2007	4 500 000	BENIN	4%	

BURKINA FASO

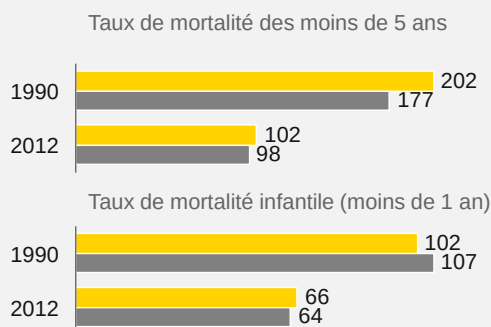
A. INDICATEURS

Burkina Faso
Afrique subsaharienne

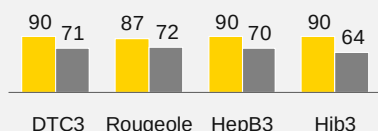
Santé des mères



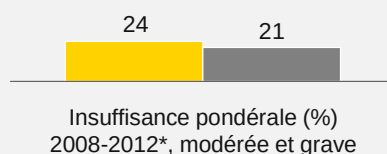
Santé des enfants



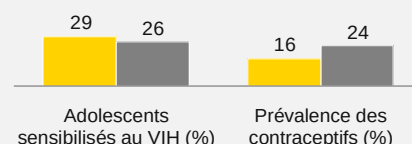
Couverture vaccinale (%) 2012



Nutrition



Planification familiale

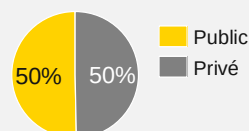


B. RESSOURCES ET STRATEGIES NATIONALES

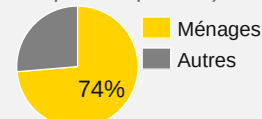
Dépenses affectées à la santé, en % du PIB



Financement de la santé



Dépenses des ménages (en % dépenses privées)



► Stratégie nationale en matière de santé publique, santé reproductive, maternelle, néonatale et infantile

- ➔ Le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) 2011-2020, document de référence de la politique nationale de santé, accorde une place prioritaire à l'amélioration de la santé des mères et des enfants, ciblés comme des groupes particulièrement vulnérables. 13 interventions ont été définies comme prioritaires en 2005, les « interventions à gain rapide », dont la majorité concerne spécifiquement la santé maternelle et infantile et la planification familiale : prise en charge intégrée des maladies de l'enfant, soins obstétricaux d'urgence de base et complets (dont les soins post-avortements), soins néonataux d'urgence et planification familiale.
- ➔ Le développement d'une approche sectorielle dans le domaine de la Santé a débuté en 2001 avec la mise en place de dispositifs de planification décentralisée et de suivi de la politique de santé, qui associent étroitement les partenaires et permettent un financement harmonisé des différents niveaux du système de santé. Le Programme d'Appui au Développement Sanitaire (PADS) a ensuite été mis en place en 2005 pour harmoniser les financements extérieurs qui appuient la mise en œuvre du PNDS. Le PADS couvrait en 2012 11,3% du budget du Ministère de la Santé, toutes ressources confondues. Entre 2008 et 2011, il a bénéficié d'environ 113 M€, dont 94% ont été dépensés.
- ➔ L'engagement de l'État burkinabé pour la promotion de la femme a été formalisé en 1997 avec la création du Ministère de la Promotion de la Femme (MPF), en charge d'initier et de coordonner des actions en faveur de la femme et de sa promotion socio-économique. Pour répondre aux inégalités et disparités entre les hommes et les femmes, en particulier en santé, le gouvernement a adopté en 2009 une Politique Nationale Genre dont la coordination et le suivi de la mise en œuvre sont assurées par le Secrétariat

Permanent du Conseil national pour la promotion du genre (SP/CONAP-Genre), rattaché au MPF. Les équipes du SP/CONAP Genre et des directions régionales du Ministère, témoignent d'un engagement et d'un dynamisme forts dans la mise en œuvre de cette politique, bien que peu dotées en ressources humaines et financières pour étendre leurs interventions au-delà des chefs-lieux des régions.

C. CARTOGRAPHIE DES BAILLEURS

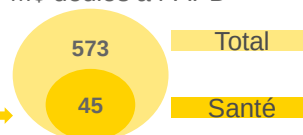
Tous bailleurs (moyenne 2008-2012)

% APD dédié à la santé



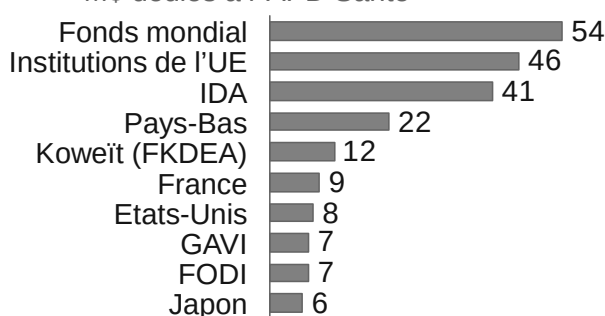
Tous bailleurs (moyenne 2008-2012)

M\$ dédiés à l' APD



Tous bailleurs (moyenne 2008-2012)

M\$ dédiés à l' APD Santé



D. INTERVENTIONS FRANCAISES

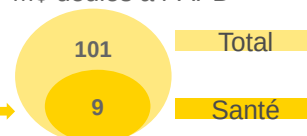
France (moyenne 2008-2012)

% APD dédié à la santé



France(moyenne 2008-2012)

M\$ dédiés à l' APD



PROJETS BILATERAUX AFD

Projet	Année	Montant	Bénéficiaire	% Muskoka	Thématique
Développement de partenariats et du réseau hospitalier de la FHF	2011	2 000 000	FHF	40%	Appuyer le développement des réseaux hospitaliers et des partenariats entre les hôpitaux des pays en développement et émergents et les hôpitaux français
SRPF-BF	2012	9 000 000	BURKINA FASO	100%	Santé de la reproduction et planification familiale au Burkina Faso
Développer l'accès à de nouveaux traitements en Afrique	2012	5 000 000	DNDi	100%	Développer l'accès à de nouveaux traitements pour le traitement du VIH pédiatrique, de la maladie du sommeil et du paludisme en Afrique
UICMR 2 Renforcement des capacités de lutte contre la	2012	3 500 000	UICMR	100%	Renforcement des capacités des programmes nationaux de lutte contre la tuberculose dans 7

tuberculose dans 8 pays d'Afrique francophone					pays africains francophones
Renforcement du secteur du laboratoire dans 7 pays d'Afrique de l'Ouest (Muskoka)	2013	5 000 000	Fondation Mérieux	89%	Appui au secteur des laboratoires biomédicaux en Afrique subsaharienne, dans sept pays prioritaires

PROJETS MULTILATERAUX

FSP (679 760 €) : OMS

GAVI

Fonds Mondial

PROJETS CONNEXES

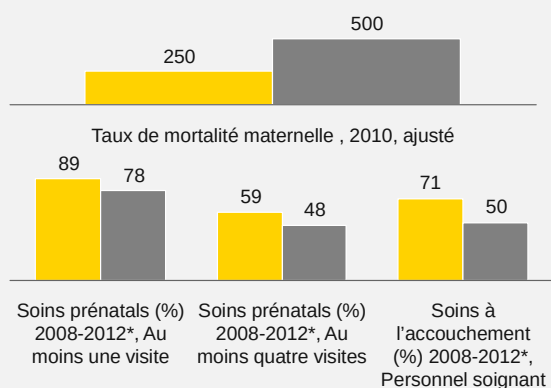
Projet	Année	Montant	Bénéficiaire	% Muskoka
HYDR.PROXIMITE	2002	8 162 575	BURKINA FASO	15%
Lutte contre le Sida	2004	2 498 948	BURKINA FASO	40%
Lutte contre le SIDA	2005	1 103 688	BURKINA FASO	40%
ABG 2006/2008	2006	14 500 000	BURKINA FASO	4%
Renforcement des capacités du dispositif sanitaire burkinabè	2008	2 498 712	BURKINA FASO	40%
ABG 2008 additionnel	2008	2 500 000	BURKINA FASO	4%
ABG Supplément 2008	2008	1 500 000	BURKINA FASO	4%
ABG 2009-2011	2009	19 500 000	BURKINA FASO	4%
ABG 2012/2014	2012	19 500 000	BURKINA FASO	4%
PAAMU-Projet d'Assainissement Autonome en Milieux Urbains	2013	2 500 000	ONEA	40%

CAMEROUN

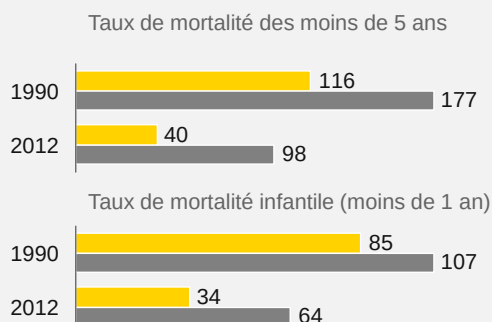
A. INDICATEURS

■ Cameroun
■ Afrique subsaharienne

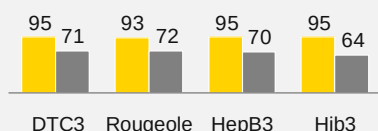
Santé des mères



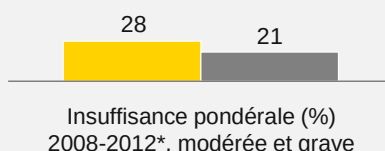
Santé des enfants



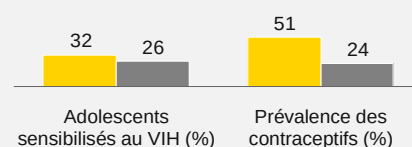
Couverture vaccinale (%) 2012



Nutrition



Planification familiale

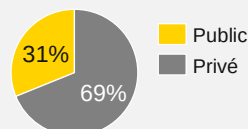


B. RESSOURCES ET STRATEGIES NATIONALES

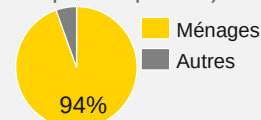
Dépenses affectées à la santé, en % du PIB



Financement de la santé



Dépenses des ménages (en % dépenses privées)



► Stratégie nationale en matière de santé publique, santé reproductive, maternelle, néonatale et infantile

Le Cameroun a élaboré un Plan National de Développement Sanitaire 2011-2015, visant à rendre opérationnelle et à décliner la Stratégie Sectorielle de Santé 2001-2015. Ce document est la référence de la politique sanitaire du Cameroun (en cohérence avec le Document de Stratégie pour la Croissance et l'Emploi) et recense 4 résultats attendus.

Le second résultat attendu concerne l'amélioration de la santé de la mère, de l'enfant et de l'adolescent. Afin d'atteindre les objectifs du PNDS, le gouvernement a formalisé trois stratégies :

- la mobilisation des ressources, dans le cadre de l'Approche Sectorielle ou SWAp santé et d'IHP+
- le renforcement des capacités des personnels à travers la formation ;
- la priorité en matière de prestation des services et soins de santé concernera le passage à échelle des interventions à haut impact et nécessaires à l'atteinte des OMD 4, 5 et 6 et aussi les OMDs 1 et 7.

En cohérence avec cette dernière stratégie, le *Programme National de Lutte contre la Mortalité Maternelle, Néonatale et Infanto-Juvenile*, multisectoriel, a été défini en 2014. Ce programme promeut la synergie des moyens et des énergies afin de faire de la réduction de la mortalité maternelle, néonatale et infanto-juvenile une priorité pour le pays, avec un objectif chiffré de - 25% avant 2018.

C. CARTOGRAPHIE DES BAILLEURS

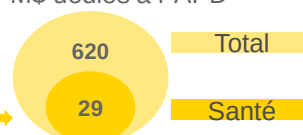
Tous bailleurs (moyenne 2008-2012)

% APD dédié à la santé



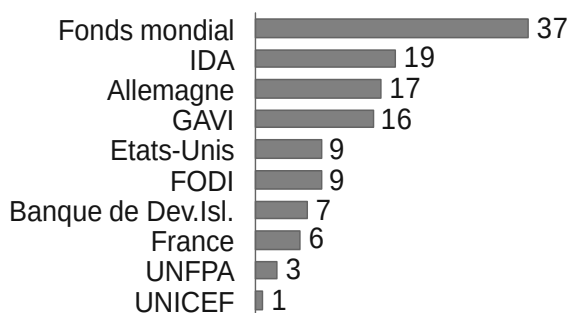
Tous bailleurs (moyenne 2008-2012)

M\$ dédiés à l' APD



Tous bailleurs (moyenne 2008-2012)

M\$ dédiés à l' APD Santé



D. INTERVENTIONS FRANCAISES

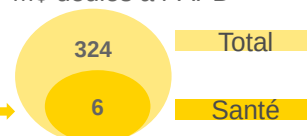
France (moyenne 2008-2012)

% APD dédié à la santé



France (moyenne 2008-2012)

M\$ dédiés à l' APD



PROJETS BILATERAUX AFD

Projet	Année	Montant	Bénéficiaire	% Muskoka	Thématique
Développer l'accès à de nouveaux traitements en Afrique	2012	5 000 000	DNDi	100%	Développer l'accès à de nouveaux traitements pour le traitement du VIH pédiatrique, de la maladie du sommeil et du paludisme en Afrique

PROJETS MULTILATERAUX

GAVI

Fonds Mondial

PROJETS CONNEXES

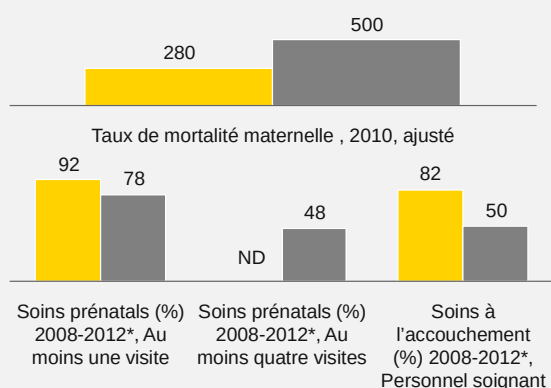
Projet	Année	Montant	Bénéficiaire	% Muskoka
Assistance technique auprès du Ministère de la Santé	2006	362 813	CAMEROUN	40%

COMORES

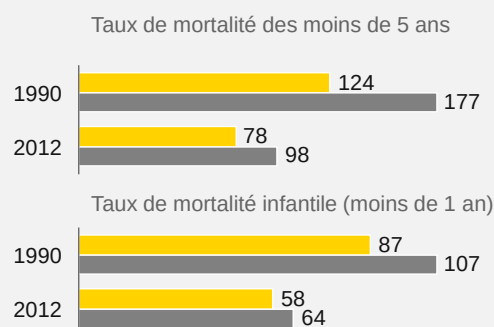
A. INDICATEURS

Comores
Afrique subsaharienne

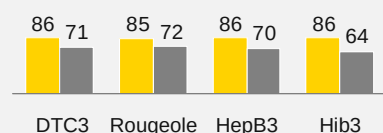
Santé des mères



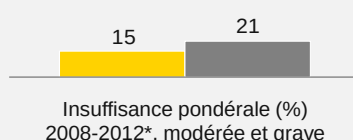
Santé des enfants



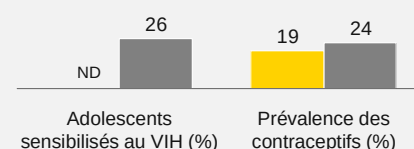
Couverture vaccinale (%) 2012



Nutrition



Planification familiale

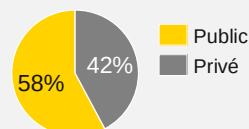


B. RESSOURCES ET STRATEGIES NATIONALES

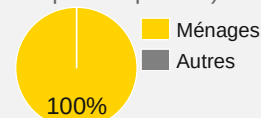
Dépenses affectées à la santé, en % du PIB



Financement de la santé



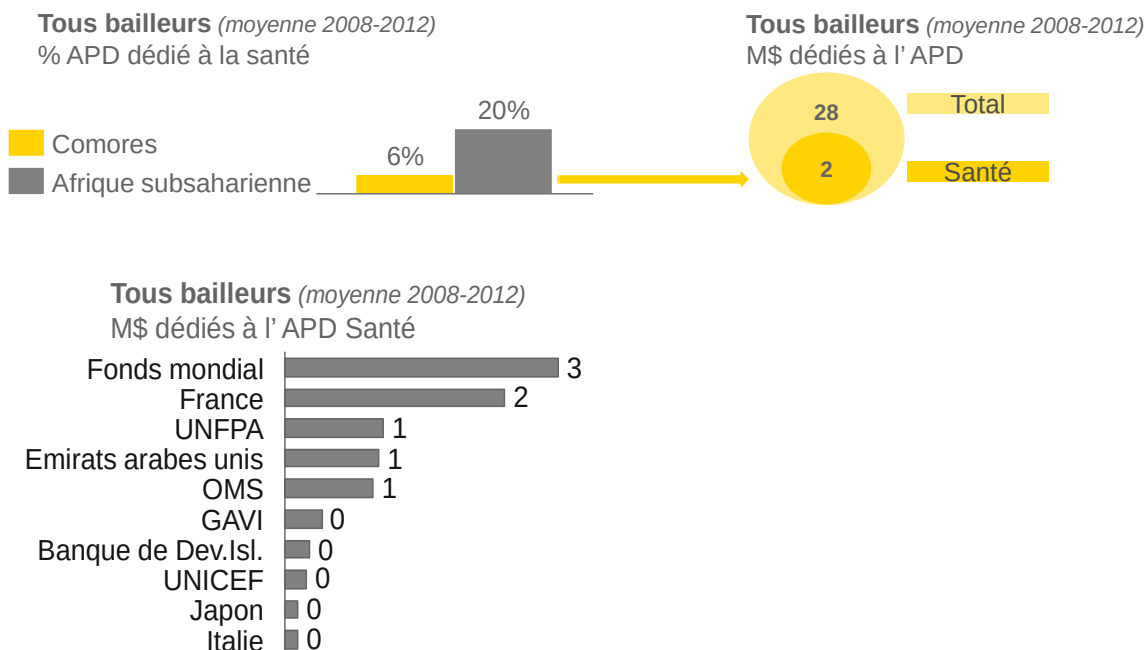
Dépenses des ménages (en % dépenses privées)



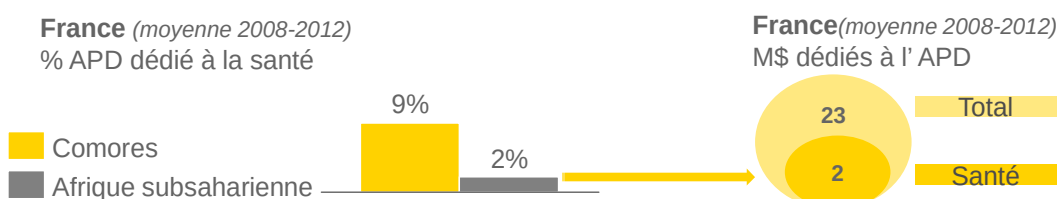
► Stratégie nationale en matière de santé publique, santé reproductive, maternelle, néonatale et infantile

- La dernière réforme du système de santé comorien date de 1995. Elle vise à promouvoir la décentralisation et à renforcer la participation des communautés dans la gestion et le financement de la santé. Cette réforme s'est ensuite déclinée en une série de Plans nationaux. En 2010, le Ministère de la santé de l'Union des Comores s'est ainsi doté d'un Plan National de Développement Sanitaire couvrant la période 2010-2014 avec comme objectifs i) la lutte contre les maladies transmissibles ; ii) la réduction de la mortalité maternelle et infanto-juvénile ; et iii) l'amélioration de la performance du système de santé.
- Parallèlement à l'adoption de ces politiques, la participation de l'Etat au financement de la santé n'a cessé de diminuer. En 2011, la part du budget de l'Etat (ressources propres) consacrée à la santé était de 3%. La conséquence du sous-financement chronique du secteur est que près des deux tiers (80% si l'on inclut les dépenses vers le secteur privé) du financement de la santé aux Comores provient des ménages, la quasi-totalité étant actuellement réalisé par paiement direct. Face à la généralisation de la tarification des prestations, les catégories sociales les plus vulnérables se voient ainsi exclues de facto du système de santé.

C. CARTOGRAPHIE DES BAILLEURS



D. INTERVENTIONS FRANCAISES



PROJETS BILATERAUX AFD

Projet	Année	Montant	Bénéficiaire	% Muskoka	Thématique
Développement de partenariats et du réseau hospitalier de la FHF	2011	2 000 000	FHF	40%	Appuyer le développement des réseaux hospitaliers et des partenariats entre les hôpitaux des pays en développement et émergents et les hôpitaux français
PASCO 2 Appui élaboration politique publique	2012	8 000 000	COMORES	100%	Financement complémentaire au projet d'appui au secteur de la santé aux Comores (PASCO – CKM 3005)
Développer l'accès à de nouveaux traitements en Afrique	2012	5 000 000	DNDi	100%	Développer l'accès à de nouveaux traitements pour le traitement du VIH pédiatrique, de la maladie du sommeil et du paludisme en Afrique
RSIE-COI 2 Réseau régional de surveillance épidémiologique de l'Océan	2013	6 000 000	COI	40%	Mise en place d'un réseau régional de surveillance intégrée des maladies et préparation à l'autonomie complète de l'unité de veille

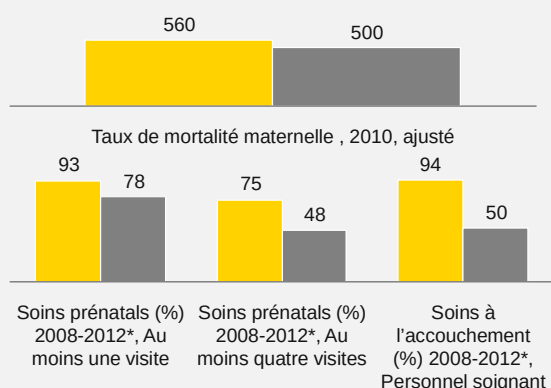
Indien (Muskoka)					sanitaire au sein de la Commission de l'Océan Indien
PROJETS MULTILATERAUX					
GAVI					
Fonds Mondial					
PROJETS CONNEXES					
Projet	Année	Montant	Bénéficiaire	% Muskoka	
Réalisation d'une adduction en eau potable sur le plateau du Djandro pour 7 villages concernés	2011	4 200 000	COMORES	15%	
GECEAU - Grande Comores	2012	5 500 000	COMORES	15%	
AEP Domoni - Anjouan	2012	1 500 000	COMORES	15%	

CONGO

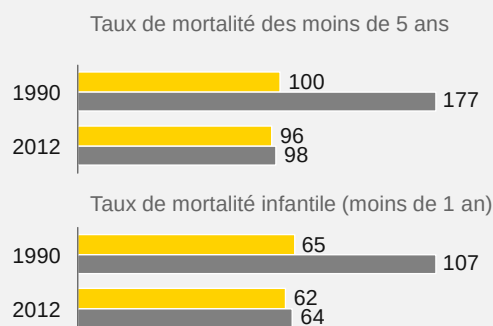
A. INDICATEURS

Congo
Afrique subsaharienne

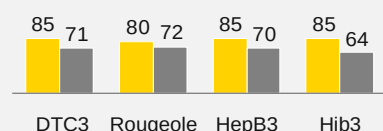
Santé des mères



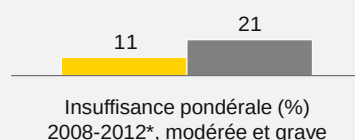
Santé des enfants



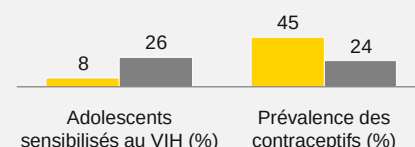
Couverture vaccinale (%) 2012



Nutrition



Planification familiale

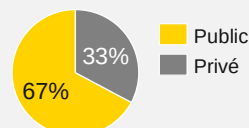


B. RESSOURCES ET STRATEGIES NATIONALES

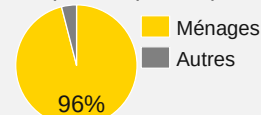
Dépenses affectées à la santé, en % du PIB



Financement de la santé



Dépenses des ménages (en % dépenses privées)



► Stratégie nationale en matière de santé publique, santé reproductive, maternelle, néonatale et infantile

Le gouvernement de la République du Congo inscrit son action en matière de santé publique, santé reproductive, maternelle, néonatale et infantile dans le cadre plus large de sa Politique Nationale de Santé. Cela s'est notamment traduit par une programmation quinquennale du plan national de développement sanitaire (PNDS) pour la période 2007-2011, actualisé par le Plan National de Développement (PND) 2012-2016.

Le volet « Santé » de ce PND fait de la mortalité néonatale et infanto-juvénile un axe majeur de l'effort du gouvernement dans ce domaine, dont des avancées ont déjà pu être constatées : par exemple, selon les hypothèses du cadre de références, ce domaine concentrerait 8,2% des dépenses budgétaires en 2016 contre 7,3% en 2011).

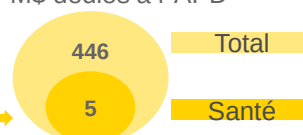
De même en 2014, plusieurs actions ont été entreprises par le gouvernement. Parmi celles-ci, un atelier de validation des documents pour la revue et la surveillance des décès maternels, néonataux et infantiles dans le domaine de la surveillance épidémiologique intégrée des maladies. Ce travail vise à renforcer la notification et l'analyse des décès maternels à travers le système de surveillance intégrée de la maladie et riposte, pour permettre d'affiner la réponse gouvernementale à destination de la santé des mères et des enfants.

C. CARTOGRAPHIE DES BAILLEURS

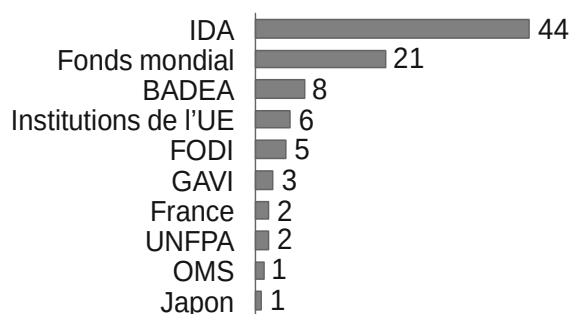
Tous bailleurs (moyenne 2008-2012)
% APD dédié à la santé



Tous bailleurs (moyenne 2008-2012)
M\$ dédiés à l' APD



Tous bailleurs (moyenne 2008-2012)
M\$ dédiés à l' APD Santé

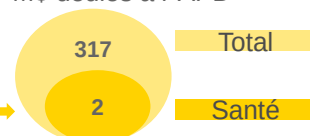


D. INTERVENTIONS FRANCAISES

France (moyenne 2008-2012)
% APD dédié à la santé



France (moyenne 2008-2012)
M\$ dédiés à l' APD



PROJETS BILATERAUX AFD

Projet	Année	Montant	Bénéficiaire	% Muskoka	Thématique
Développement de partenariats et du réseau hospitalier de la FHF	2011	2 000 000	FHF	40%	Appuyer le développement des réseaux hospitaliers et des partenariats entre les hôpitaux des pays en développement et émergents et les hôpitaux français
Développer l'accès à de nouveaux traitements en Afrique	2012	5 000 000	DNDi	100%	Développer l'accès à de nouveaux traitements pour le traitement du VIH pédiatrique, de la maladie du sommeil et du paludisme en Afrique

PROJETS MULTILATERAUX

GAVI

Fonds Mondial

PROJETS CONNEXES

Projet	Année	Montant	Bénéficiaire	% Muskoka
Assistance technique sida	2007	745 933	CONGO	46%

Appui au développement des ressources humaines du système de santé et à la formation de professionnels paramédicaux au Congo	2009	6 000 000	CONGO	40%
Accès eau potable et assainissement, hygiène populations plateau Batéké – République du Congo	2011	342 567	CROIX ROUGE	15%

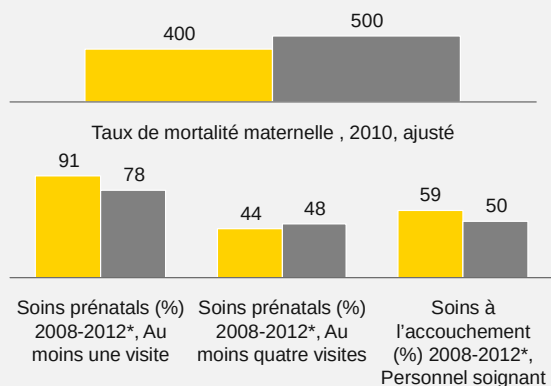


CÔTE D'IVOIRE

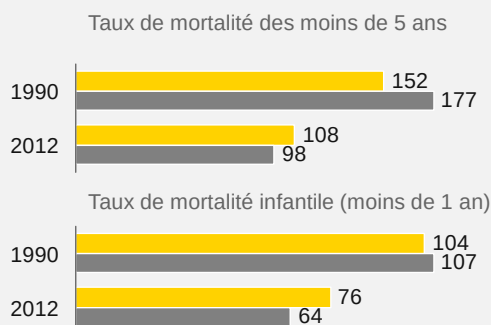
A. INDICATEURS

■ Côte d'Ivoire
■ Afrique subsaharienne

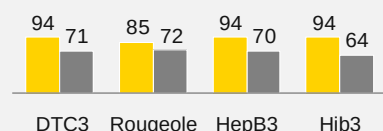
Santé des mères



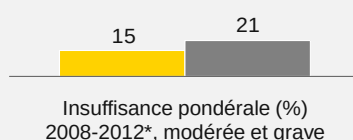
Santé des enfants



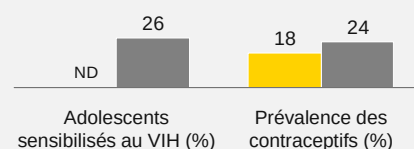
Couverture vaccinale (%) 2012



Nutrition



Planification familiale

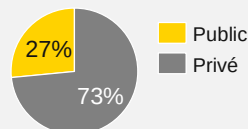


B. RESSOURCES ET STRATEGIES NATIONALES

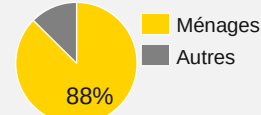
Dépenses affectées à la santé, en % du PIB



Financement de la santé



Dépenses des ménages (en % dépenses privées)

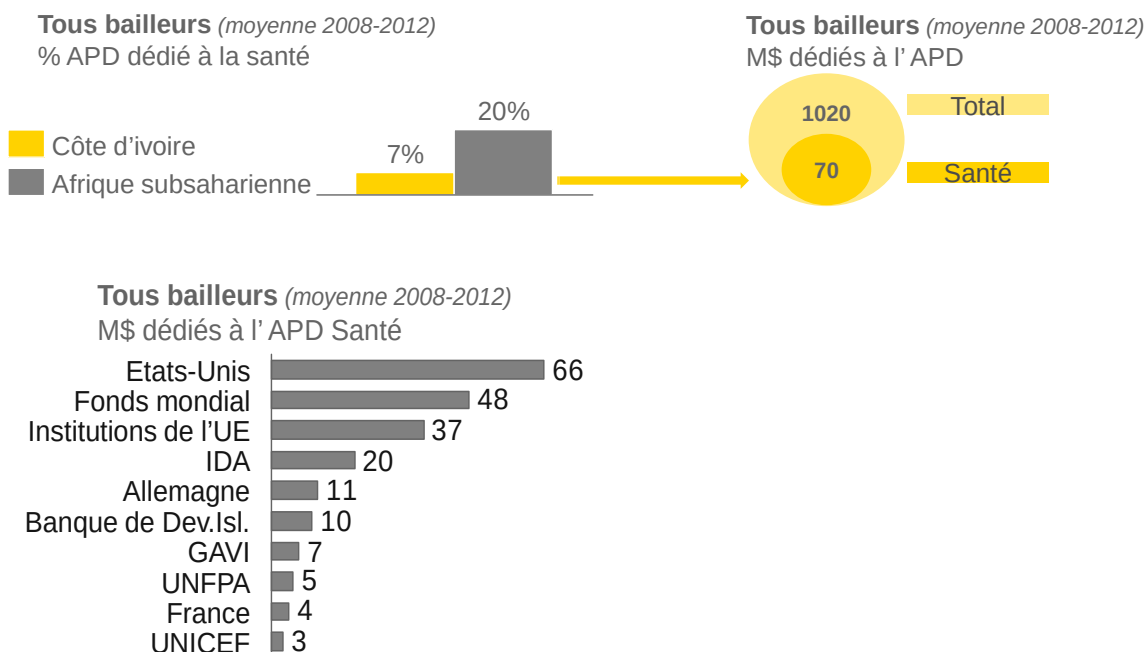


► Stratégie nationale en matière de santé publique, santé reproductive, maternelle, néonatale et infantile

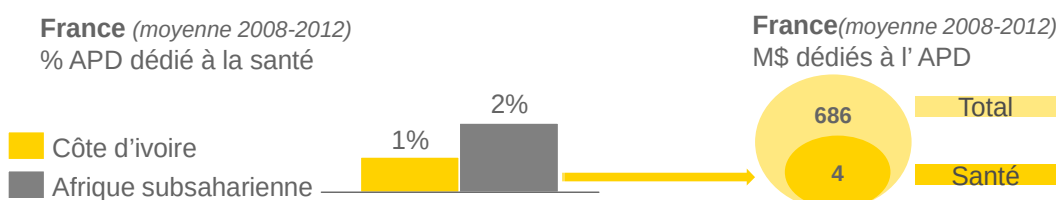
- Le Programme Présidentiel d'Urgence a été mis en place en 2011 pour répondre aux besoins les plus urgents de la population dans différents secteurs très affaiblis par la période de crise politique. Dans le secteur de la santé, le PPU 2012 a ciblé la réhabilitation de 9 infrastructures sanitaires pour 5,65 milliards FCFA et l'équipement en matériels biomédicaux de 37 hôpitaux généraux à hauteur de 7,54 milliards FCFA. Le PPU 2013 visera davantage la mise aux normes et l'amélioration de la fonctionnalité des Hôpitaux généraux, tout particulièrement la mise à niveau des Hôpitaux généraux d'Abidjan.
- Le Programme National de Développement Sanitaire (PNDS) 2012-2015 vise à améliorer l'état de santé et le bien-être des populations, notamment en améliorant l'offre et l'utilisation des services de santé de qualité, ainsi que la santé maternelle et celle des enfants de moins de 5 ans, et en renforçant la lutte contre la maladie.
- Depuis plus d'un an, le secteur de la santé s'est engagé dans un processus de réforme, qui concerne notamment le développement d'une approche sectorielle, la réforme du financement de la santé, la réforme hospitalière, l'inscription dans la transition du système d'enseignement supérieur vers le Licence-Master-Doctorat et la réforme de la Pharmacie de Santé Publique.
- Une politique de gratuité totale des soins et des médicaments dans les centres de santé publics et communautaires affiliés au Ministère de la Santé et de la Lutte contre le Sida a été adoptée au lendemain de la crise postélectorale. Elle a vocation à être transitoire, dans l'attente de l'évolution vers un dispositif de

couverture maladie universelle (CMU) qui doit permettre un financement par la demande.

C. CARTOGRAPHIE DES BAILLEURS



D. INTERVENTIONS FRANCAISES



NB : Un contrat de désendettement et développement, (C2D) de près de 2,8 milliards d'euros est être mis en œuvre depuis juin 2012. Il constitue désormais le principal outil de coopération bilatérale avec la Côte d'Ivoire pour les vingt prochaines années. La première tranche du contrat C2D couvre la période 2012-2015 pour un montant de 630 millions d'euros et doit contribuer à financer le Plan national de développement dans 6 secteurs : (i) la justice, (ii) les infrastructures et transports, (iii) la **santé**, (iv) l'éducation, (v) la formation et l'emploi, (vi) l'agriculture, le développement rural et la biodiversité.

PROJETS BILATERAUX AFD					
Projet	Année	Montant	Bénéficiaire	% Muskoka	Thématique
Développement de partenariats et du réseau hospitalier de la FHF	2011	2 000 000	FHF	40%	Appuyer le développement des réseaux hospitaliers et des partenariats entre les hôpitaux des pays en développement et émergents et les hôpitaux français
Développer l'accès à de nouveaux traitements en Afrique	2012	5 000 000	DNDi	100%	Développer l'accès à de nouveaux traitements pour le traitement du VIH pédiatrique, de la maladie du sommeil et du paludisme en Afrique
UICMR 2 Renforcement des	2012	3 500 000	UICMR	100%	Renforcement des capacités des programmes nationaux de lutte contre la tuberculose dans 7 pays africains

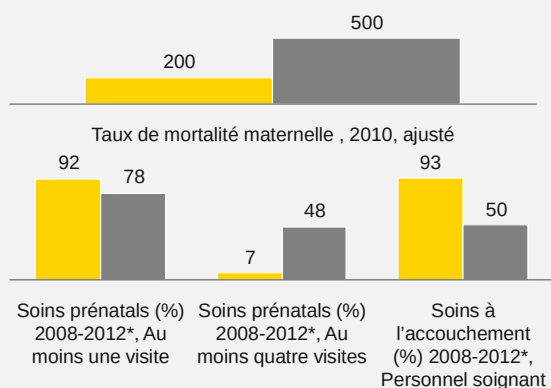
capacités de lutte contre la tuberculose dans 8 pays d'Afrique francophone					francophones
PROJETS MULTILATERAUX					
FSP (1 591 281 €) : OMS, UNICEF, UNFPA, ONU Femmes					
GAVI					
Fonds Mondial					
PROJETS CONNEXES					
Projet	Année	Montant	Bénéficiaire	% Muskoka	
PAS2002	2002	107 000 000	RCI	4%	
Revitalisation des structures sanitaires et renforcement du système de santé sur des bases intercommunaitaires dans la région du Moyen Cavally	2011	314 724	CROIX ROUGE	40%	
Prêt budgétaire d'urgence	2011	350 000 000	RCI	4%	
ANRS - Temprano	2012	300 000	INSERM	46%	

DJIBOUTI

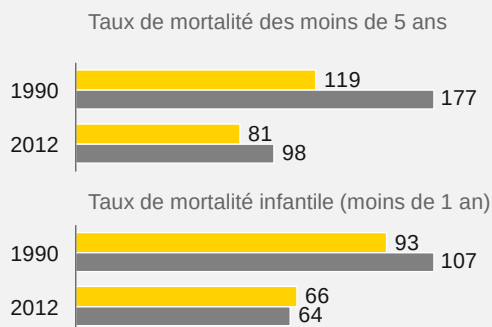
A. INDICATEURS

Djibouti
Afrique subsaharienne

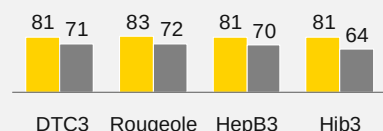
Santé des mères



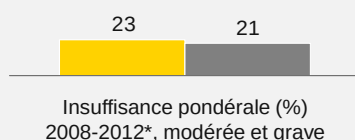
Santé des enfants



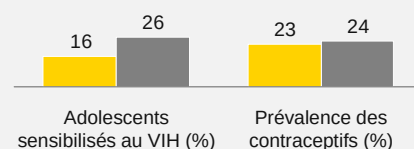
Couverture vaccinale (%) 2012



Nutrition



Planification familiale

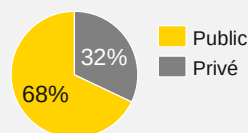


B. RESSOURCES ET STRATEGIES NATIONALES

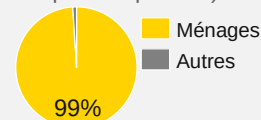
Dépenses affectées à la santé, en % du PIB



Financement de la santé



Dépenses des ménages (en % dépenses privées)



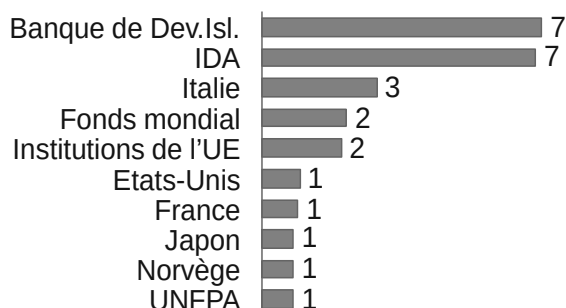
► Stratégie nationale en matière de santé publique, santé reproductive, maternelle, néonatale et infantile

Un Plan National de Développement Sanitaire a été élaboré pour la période 2013-2017. Aucun axe n'est spécifiquement dédié à la santé reproductive, maternelle, néonatale et infantile.

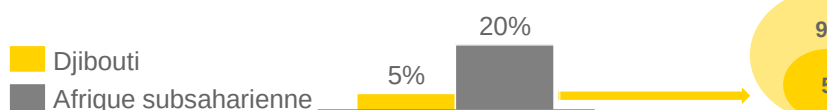
En outre, peu de communication sur les politiques nationales spécifiques à la Mère et à l'Enfant sont recensées.

C. CARTOGRAPHIE DES BAILLEURS

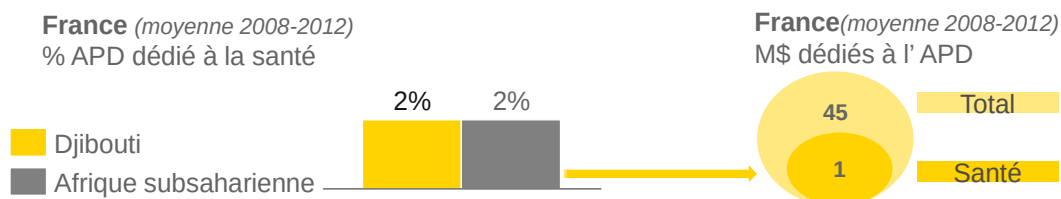
Tous bailleurs (moyenne 2008-2012) M\$ dédiés à l'APD Santé



Tous bailleurs (moyenne 2008-2012) % APD dédié à la santé



D. INTERVENTIONS FRANCAISES



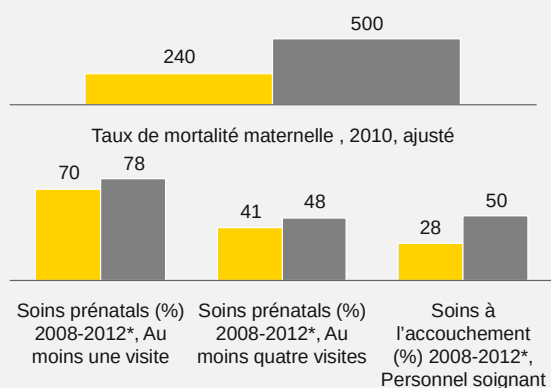
PROJETS BILATERAUX AFD					
Projet	Année	Montant	Bénéficiaire	% Muskoka	Thématique
Développer l'accès à de nouveaux traitements en Afrique	2012	5 000 000	DNDi	100%	Développer l'accès à de nouveaux traitements pour le traitement du VIH pédiatrique, de la maladie du sommeil et du paludisme en Afrique
PROJETS MULTILATERAUX					
GAVI					
Fonds Mondial					
PROJETS CONNEXES					
Projet	Année	Montant	Bénéficiaire	% Muskoka	
Appui Sida Djibouti Formation des médecins, biologiste et paramédicaux	2005	5 000 000	DJIBOUTI	46%	
Appui SIDA Djibouti	2005	1 000 000	HANDICAP	46%	

ERYTHREE

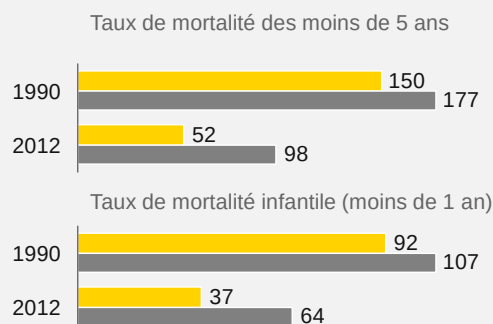
A. INDICATEURS

Erythrée
Afrique subsaharienne

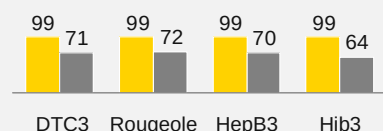
Santé des mères



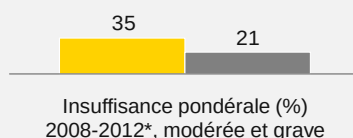
Santé des enfants



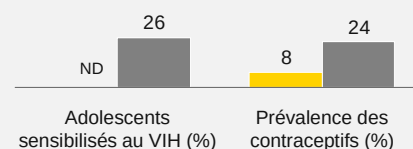
Couverture vaccinale (%) 2012



Nutrition



Planification familiale

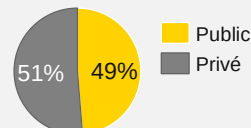


B. RESSOURCES ET STRATEGIES NATIONALES

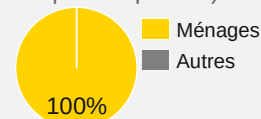
Dépenses affectées à la santé, en % du PIB



Financement de la santé



Dépenses des ménages (en % dépenses privées)



► Stratégie nationale en matière de santé publique, santé reproductive, maternelle, néonatale et infantile

L'Erythrée a défini une *National Health Policy* en 2010, qui compte la réduction de la mortalité maternelle et infantile comme premier objectif stratégique.

La déclinaison de cette ambition consiste, au sujet de la mortalité maternelle, à :

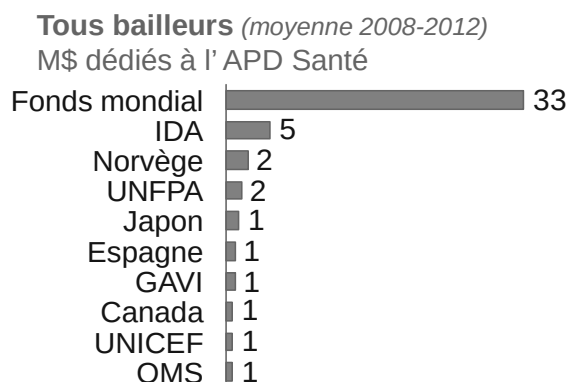
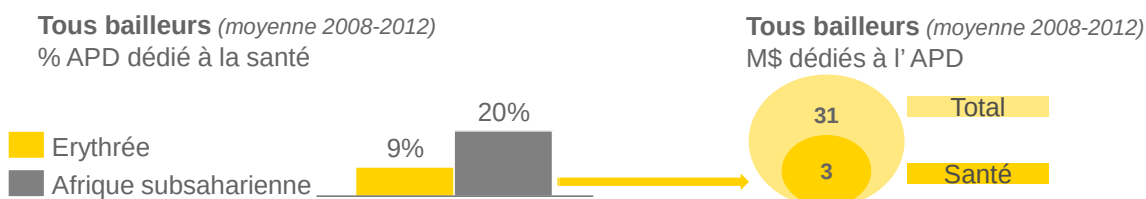
- fournir des soins essentiels pendant la grossesse,
- renforcer les partenariats, le plaidoyer et la mobilisation de ressources autour de la santé sexuelle et reproductive,

En outre, l'action de lutte contre la mortalité infanto-juvénile regroupe :

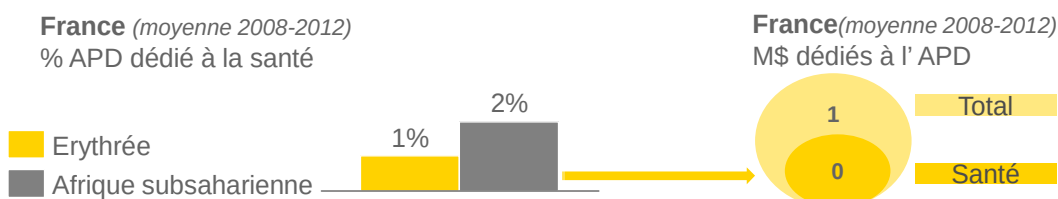
- L'utilisation de l'approche *Integrated Management of Neonatal and Childhood Illnesses* (IMNCI) strategy and other child survival strategies including interventions targeting the health of the new born,
- Les stratégies de couverture vaccinale.

Enfin, l'amélioration de la santé de la mère et de l'enfant constitue également la première des trois composantes du *Basic Health Care Package* (BHCP).

C. CARTOGRAPHIE DES BAILLEURS



D. INTERVENTIONS FRANCAISES



PROJETS BILATERAUX AFD

Projet	Année	Montant	Bénéficiaire	% Muskoka	Thématique
Développer l'accès à de nouveaux traitements en Afrique	2012	5 000 000	DNDi	100%	Développer l'accès à de nouveaux traitements pour le traitement du VIH pédiatrique, de la maladie du sommeil et du paludisme en Afrique

PROJETS MULTILATERAUX

GAVI

Fonds Mondial

PROJETS CONNEXES

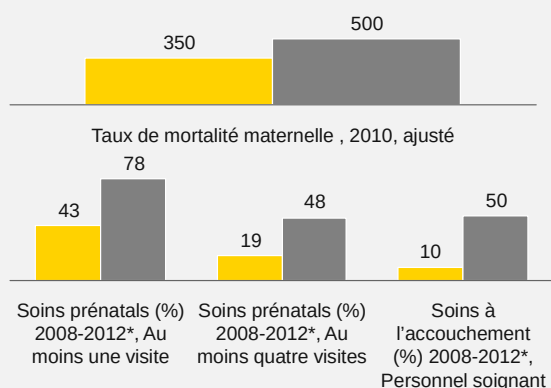
Projet	Année	Montant	Bénéficiaire	% Muskoka
NA				

ETHIOPIE

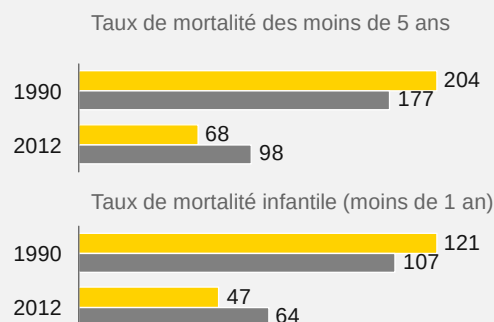
A. INDICATEURS

Ethiopie
Afrique subsaharienne

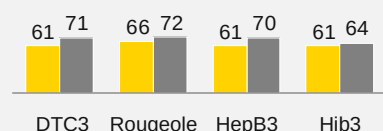
Santé des mères



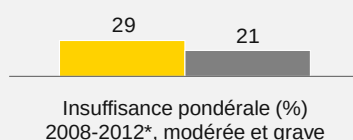
Santé des enfants



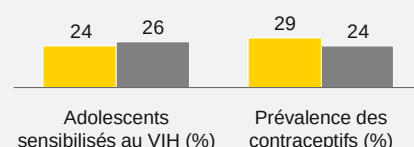
Couverture vaccinale (%) 2012



Nutrition



Planification familiale

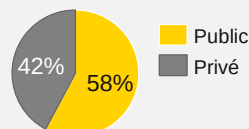


B. RESSOURCES ET STRATEGIES NATIONALES

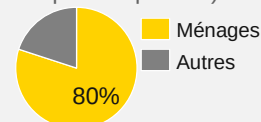
Dépenses affectées à la santé, en % du PIB



Financement de la santé



Dépenses des ménages (en % dépenses privées)



► Stratégie nationale en matière de santé publique, santé reproductive, maternelle, néonatale et infantile

L'Ethiopie a structuré et formalisé un cadre sanitaire précis dans un document intitulé *Health Sector Development Programme IV, 2010/11 – 2014/15*. En parallèle de ce cadre général, des stratégies spécifiques dédiées ont été définies sur les thématiques suivantes: Child Survival Strategy, National Policy on Women, Reproductive Health Strategy.

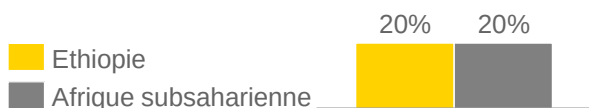
Les objectifs et les cibles du Programme IV concernent en priorité la thématique SRMNI. Chaque sous-objectif stratégique est présenté avec des indicateurs cibles et des résultats attendus détaillés. Le document fait, enfin, des initiatives à mener et à poursuivre pour la SRMNI :

Initiatives:

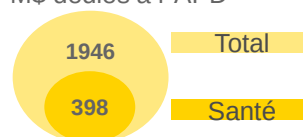
- Strengthen & expand community- & facility-based maternal, newborn, child & adolescent health services.
- Scale up FP programme (community-based FP services, social marketing, facility-based & outreach for long acting & permanent FP service provision)
- Scale up midwife training.
- Scale up BEmONC, CEmONC.
- Conduct maternal death auditing
- Service integration, emphasis on RH-HIV integration, (esp., link FP-HIV prevention via common messages & dual protection) & harmonised approach among all partners.
- Referral system including paediatric referral system.
- Routine immunisation & wild polio eradication.
- Expand community & facility IMNCI.
- Enhanced Youth Friendly services.
- Capacity building on programme management for maternal & child health services.
- Health Extension Programme
- Special, locally relevant & effective maternal & child health intervention to pastoralist areas

C. CARTOGRAPHIE DES BAILLEURS

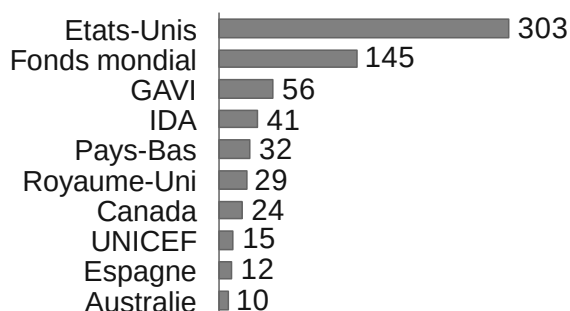
Tous bailleurs (moyenne 2008-2012)
% APD dédié à la santé



Tous bailleurs (moyenne 2008-2012)
M\$ dédiés à l' APD



Tous bailleurs (moyenne 2008-2012)
M\$ dédiés à l' APD Santé

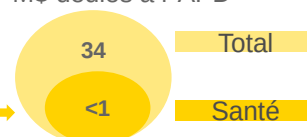


D. INTERVENTIONS FRANCAISES

France (moyenne 2008-2012)
% APD dédié à la santé



France (moyenne 2008-2012)
M\$ dédiés à l' APD



PROJETS BILATERAUX AFD (5 M€)

Projet	Année	Montant	Bénéficiaire	% Muskoka	Thématique
Développer l'accès à de nouveaux traitements en Afrique	2012	5 000 000	DNDi	100%	Développer l'accès à de nouveaux traitements pour le traitement du VIH pédiatrique, de la maladie du sommeil et du paludisme en Afrique

PROJETS MULTILATERAUX

GAVI

Fonds Mondial

PROJETS CONNEXES

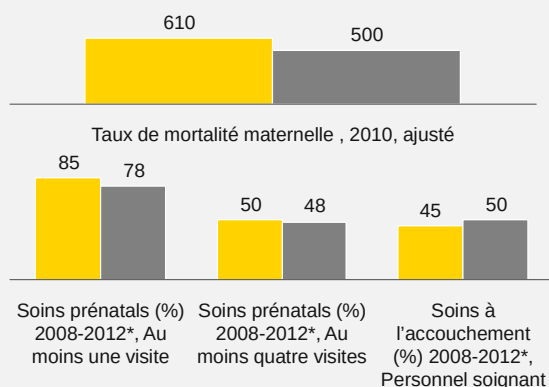
Projet	Année	Montant	Bénéficiaire	% Muskoka
NA				

GUINEE

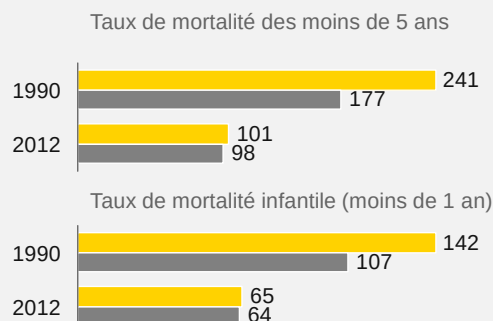
A. INDICATEURS

Guinée
Afrique subsaharienne

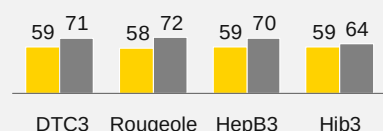
Santé des mères



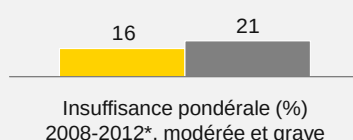
Santé des enfants



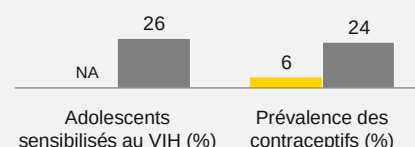
Couverture vaccinale (%) 2012



Nutrition



Planification familiale

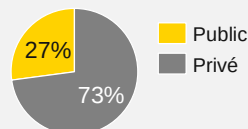


B. RESSOURCES ET STRATEGIES NATIONALES

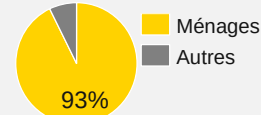
Dépenses affectées à la santé, en % du PIB



Financement de la santé



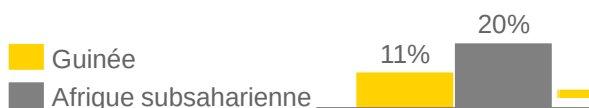
Dépenses des ménages (en % dépenses privées)



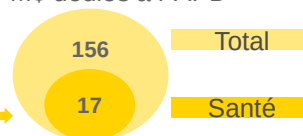
► Stratégie nationale en matière de santé publique, santé reproductive, maternelle, néonatale et infantile

- ➔ Le premier Plan national de développement sanitaire (PNDS 2003-2012), quoique cohérent avec la politique sanitaire nationale, n'a pas eu un grand impact. En 2012, le budget annuel national du Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique (MSHP) consacré représentait un peu plus de 2,5 euros par habitant, soit à peine 2 % du budget total du pays, et avec de surcroît un taux de décaissement faible, entraînant de fait une sous-consommation de l'enveloppe disponible.
- ➔ Le Gouvernement guinéen a inscrit, en matière de développement de la santé, les interventions ciblant la mère et l'enfant au premier rang de ses préoccupations via la mise en place de la gratuité de la consultation prénatale, de la césarienne et des soins obstétricaux en 2011.
- ➔ En matière de financement de la santé et de gestion de ses ressources humaines, le MSHP est en train de réviser ses documents d'orientations stratégiques dans la perspective de l'élaboration du futur PNDS en s'orientant vers une stratégie menant vers la couverture maladie universelle, comblant l'insuffisance en personnels de santé, et réduisant l'inégalité dans la répartition des ressources humaines existantes entre le milieu urbain et le milieu rural.

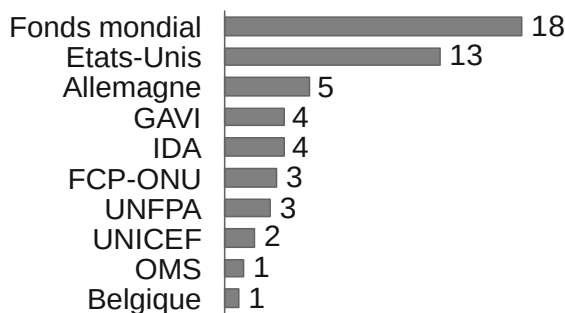
Tous bailleurs (moyenne 2008-2012)
% APD dédié à la santé



Tous bailleurs (moyenne 2008-2012)
M\$ dédiés à l' APD



Tous bailleurs (moyenne 2008-2012)
M\$ dédiés à l' APD Santé

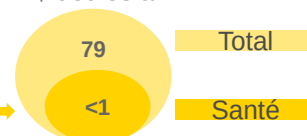


D. INTERVENTIONS FRANCAISES

France (moyenne 2008-2012)
% APD dédié à la santé



France (moyenne 2008-2012)
M\$ dédiés à l' APD



PROJETS BILATERAUX AFD

Projet	Année	Montant	Bénéficiaire	% Muskoka	Thématique
Développement de partenariats et du réseau hospitalier de la FHF	2011	2 000 000	FHF	40%	Appuyer le développement des réseaux hospitaliers et des partenariats entre les hôpitaux des pays en développement et émergents et les hôpitaux français
Développer l'accès à de nouveaux traitements en Afrique	2012	5 000 000	DNDi	100%	Développer l'accès à de nouveaux traitements pour le traitement du VIH pédiatrique, de la maladie du sommeil et du paludisme en Afrique
Renforcement du secteur du laboratoire dans 7 pays d'Afrique de l'Ouest (Muskoka)	2013	5 000 000	Fondation Mérieux	89%	Appui au secteur des laboratoires biomédicaux en Afrique subsaharienne, dans sept pays prioritaires
Appuyer le Gouvernement de la Guinée dans sa stratégie de réduction de la pauvreté et contribuer à la réalisation des OMD 4 et 5, relatifs à la santé maternelle et infantile (Muskoka)-Fonds	2013	10 000 000	REPUBLIQUE de Guinée	100%	Appui au secteur de la santé de la mère et de l'enfant en Guinée

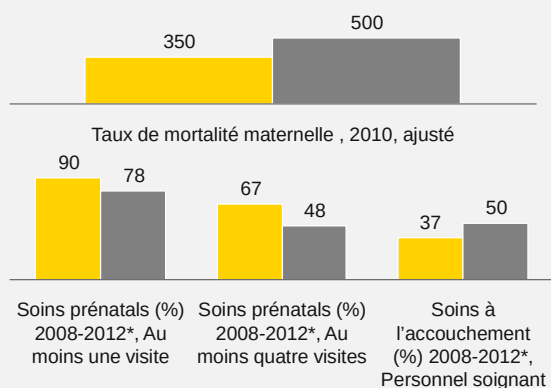
transférés à l'UE					
PROJETS MULTILATERAUX					
FSP (5 223 144 €) : ONU, UNICEF, UNFPA, ONU Femmes					
GAVI					
Fonds Mondial					
PROJETS CONNEXES					
Projet	Année	Montant	Bénéficiaire	% Muskoka	
Ex-FSP Appui au système de santé guinéen	2002	569 728	République de Guinée	40%	
EX-FSP - santé	2006	447 563	République de Guinée	40%	
AQ Yimbaya	2008	748 000	YIMBALA	15%	
Aide budgétaire 2012	2012	5 000 000	République de Guinée	4%	
Essentiel - Santé Santé pour tous : santé, protection sociale et dynamiques concertées	2013	497 000	ESSENTIEL	40%	

HAÏTI

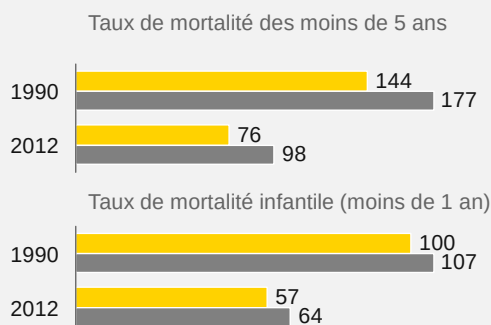
A. INDICATEURS

■ Haïti
■ Afrique subsaharienne

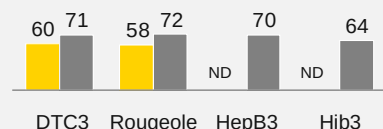
Santé des mères



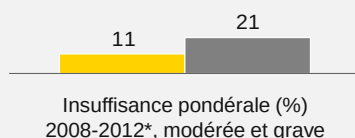
Santé des enfants



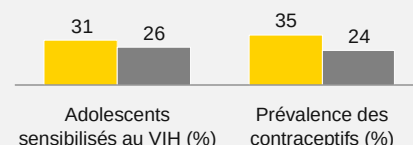
Couverture vaccinale (%) 2012



Nutrition



Planification familiale

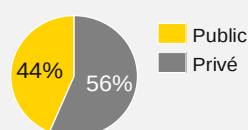


B. RESSOURCES ET STRATEGIES NATIONALES

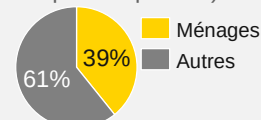
Dépenses affectées à la santé, en % du PIB



Financement de la santé



Dépenses des ménages (en % dépenses privées)



► Stratégie nationale en matière de santé publique, santé reproductive, maternelle, néonatale et infantile

Haïti a défini sa stratégie sanitaire dans son document Plan directeur de santé couvrant la période 2012-2022. Ce dernier présente, dans sa composante « Prestations de Services et de Soins de Santé » plusieurs chapitres, à commencer par ceux relatifs à la SRMNI :

- Chapitre 1 : Santé de la femme, santé de la mère
- Chapitre 2 : Santé néonatale, Prise en charge Globale précoce de l'enfant exposé ou infecté au VIH, Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME), Prise en charge de la malnutrition, Santé scolaire

En outre, la thématique SRMNI est également retenue comme axe « transversal » et domaine privilégié de renforcement de la gouvernance

Jusqu'en 2010 (date du séisme), la santé de la reproduction était une priorité majeure en Haïti confirmée par l'implication du Premier Ministre, et reconnue comme élément structurant du renforcement du système de santé par le Ministère de la santé publique et de la population (MSPP). En témoigne, par exemple, le programme « Projet d'Amélioration de la Santé Maternelle et Infantile à travers la livraison de services sociaux intégrés » exécuté par le MSPP et le FAES, à l'initiative de la Banque Mondiale.

C. CARTOGRAPHIE DES BAILLEURS

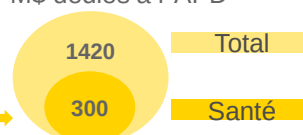
Tous bailleurs (moyenne 2008-2012)

% APD dédié à la santé



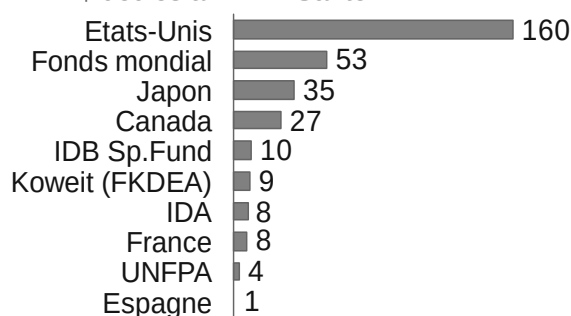
Tous bailleurs (moyenne 2008-2012)

M\$ dédiés à l' APD



Tous bailleurs (moyenne 2008-2012)

M\$ dédiés à l' APD Santé



D. INTERVENTIONS FRANCAISES

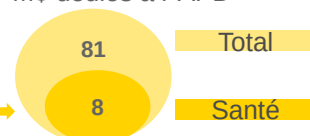
France (moyenne 2008-2012)

% APD dédié à la santé



France (moyenne 2008-2012)

M\$ dédiés à l' APD



PROJETS BILATERAUX AFD

Projet	Année	Montant	Bénéficiaire	% Muskoka	Thématique
Développement de partenariats et du réseau hospitalier de la FHF	2011	2 000 000	FHF	40%	Appuyer le développement des réseaux hospitaliers et des partenariats entre les hôpitaux des pays en développement et émergents et les hôpitaux français

PROJETS MULTILATERAUX

FSP (134 152 €) : OMS

GAVI

Fonds Mondial

PROJETS CONNEXES

Projet	Année	Montant	Bénéficiaire	% Muskoka
Institut des Maladies Infectieuses et de la Santé de la Reproduction des Centres GHESKIO	2005	1 499 888	GHESKIO	40%

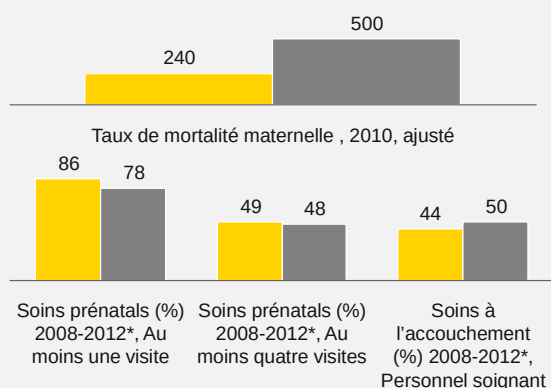
Santé de la reproduction et prise en charge des nouveau-nés. Formation des infirmiers et sages-femmes, motivation du personnel	2007	6 000 000	HAITI	100%
ABG 2011 - FRH	2011	17 000 000	HAITI	4%
ABG 2012 Bilatérale	2012	8 000 000	HAITI	4%
HI - Handicap International Soins Pour des soins de réadaptation fonctionnelle pérenne et de qualité en Haïti	2013	600 000	HANDICAP	40%
ND	2014	3 000 000	ND	ND

MADAGASCAR

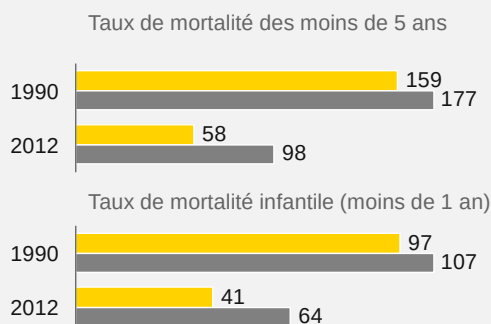
A. INDICATEURS

■ Madagascar
■ Afrique subsaharienne

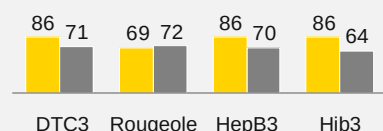
Santé des mères



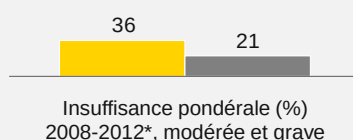
Santé des enfants



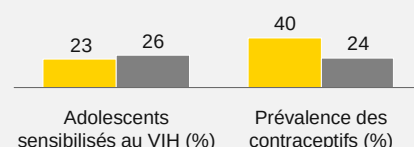
Couverture vaccinale (%) 2012



Nutrition

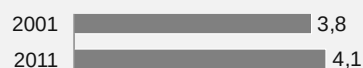


Planification familiale

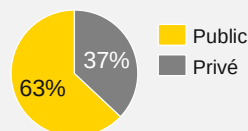


B. RESSOURCES ET STRATEGIES NATIONALES

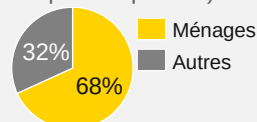
Dépenses affectées à la santé, en % du PIB



Financement de la santé



Dépenses des ménages (en % dépenses privées)

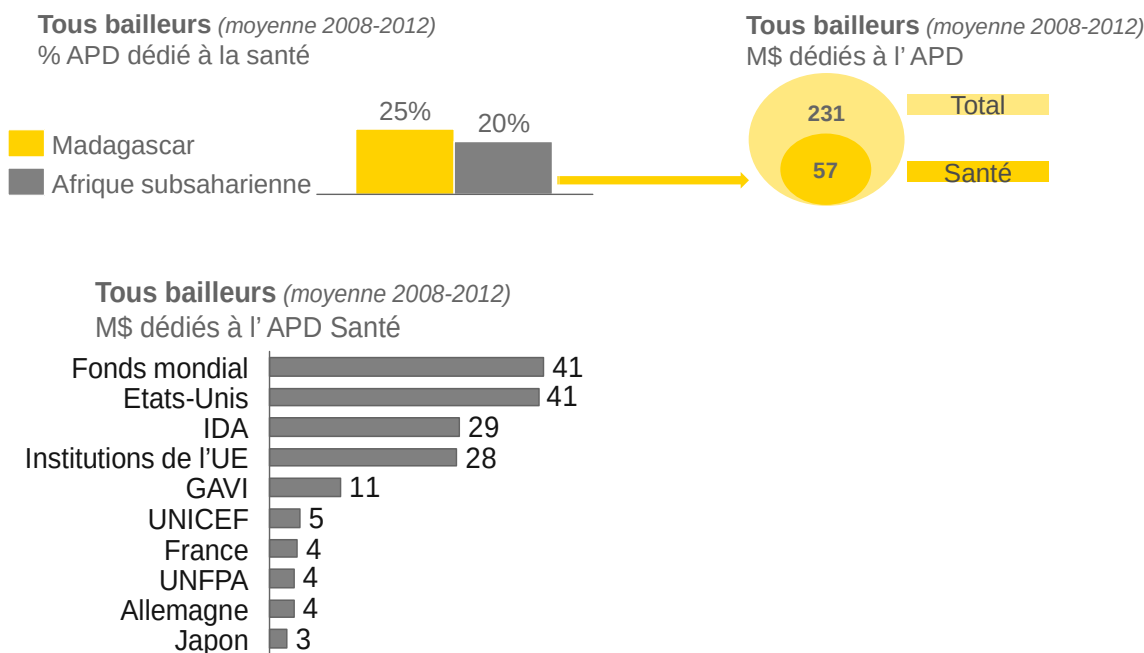


► Stratégie nationale en matière de santé publique, santé reproductive, maternelle, néonatale et infantile

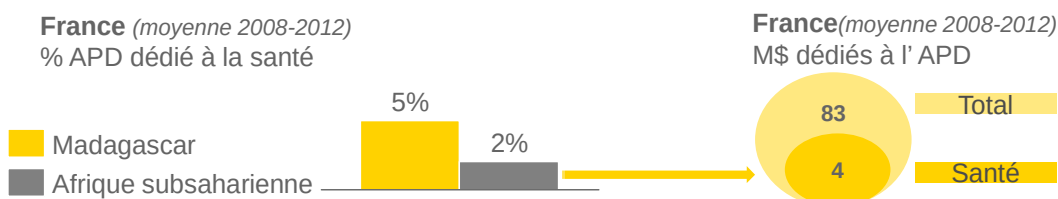
- ➔ Un Plan de Développement du Secteur Santé (2007-2011) a été mis en place dans le passé mais n'a pu, compte tenu de la situation politique, être révisé et renouvelé. Dans la période transitoire actuelle, le Ministère de la Santé Publique (MSP) a élaboré un Plan Sectoriel Intérimaire (2012-2013) à l'issue duquel les perspectives pour la formulation du futur plan sectoriel devraient être précisées.
- ➔ La santé est financée pour 14,16% par l'Etat, 42,08% par l'aide extérieure et 43,76% par le privé y compris les régimes de prévoyance supplémentaires, la médecine du travail, et les dépenses directes des ménages en soins et en médicaments (19%)
- ➔ Les « Orientations Politiques en Santé de la Reproduction » (OPSR) adoptées par le MSP en 2012 et élaborées avec le soutien des partenaires techniques et financiers présentent les orientations, les objectifs politiques et les stratégies prioritaires du gouvernement dans ce domaine. Ces orientations s'inscrivent dans le cadre de la 'Feuille de route pour la réduction de la mortalité maternelle et néonatale 2005-2015'.
- ➔ L'action du gouvernement en matière de planification familiale selon une approche multisectorielle fait partie des OPSR mais le Plan Sectoriel de Planification Familiale 2007-2012 n'a été ni évalué ni renouvelé.
- ➔ L'approvisionnement en médicaments essentiels et autres intrants de santé est bien structuré du niveau central jusqu'au niveau périphérique. La centrale d'achats SALAMA créée en 1996 sous un statut associatif, a pour mission l'approvisionnement des formations sanitaires publiques et des structures de soins privées à but non lucratif reconnues par le Ministère de la santé, en médicaments essentiels et en consommables médicaux, en matériels médico-chirurgicaux et de laboratoire, et en équipement médical. L'assurance

qualité au sein de la SALAMA repose sur la recherche constante de produits répondant aux normes internationales reconnues avec des procédures d'opération standard.

C. CARTOGRAPHIE DES BAILLEURS



D. INTERVENTIONS FRANCAISES



PROJETS BILATERAUX AFD

Projet	Année	Montant	Bénéficiaire	% Muskoka	Thématique
Développement de partenariats et du réseau hospitalier de la FHF	2011	2 000 000	FHF	40%	Appuyer le développement des réseaux hospitaliers et des partenariats entre les hôpitaux des pays en développement et émergents et les hôpitaux français
NUTRIZAZA	2012	900 000	Nutrizaza	100%	Financement de la création d'une entreprise sociale de distribution de complément alimentaire pour bébé chez les populations défavorisées
Développer l'accès à de nouveaux traitements en Afrique	2012	5 000 000	DNDi	100%	Développer l'accès à de nouveaux traitements pour le traitement du VIH pédiatrique, de la maladie du sommeil et du paludisme en Afrique
Programme d'appui à la santé de la reproduction à	2013	8 000 000	SALAMA	100%	Appui à l'accès aux services de santé de la reproduction/

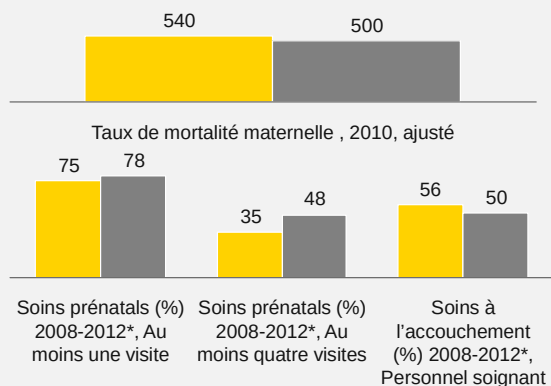
Madagascar (Muskoka)					de planification
RSIE-COI 2 Réseau régional de surveillance épidémiologique de l'Océan Indien (Muskoka)	2013	6 000 000	COI	40%	Mise en place d'un réseau régional de surveillance intégrée des maladies et préparation à l'autonomie complète de l'unité de veille sanitaire au sein de la Commission de l'Océan Indien
PROJETS MULTILATERAUX					
GAVI					
Fonds Mondial					
PROJETS CONNEXES					
Projet	Année	Montant	Bénéficiaire	% Muskoka	
Ex FSP Appui plan santé	2001	1 035 777	MADAGASCAR	40%	
Assistance technique auprès du Ministère de la Santé	2006	500 000	MADAGASCAR	40%	
APD Madagascar	2006	300 000	SOLENA	40%	
Programme Santé - Mise en oeuvre PNDRH, incitation installation médecins privés, formation continue, SIG RH	2009	12 000 000	MADAGASCAR	100%	
ENDA MADAGASCAR Réduction de la vulnérabilité et développement social pour les populations pauvres d'Antananarivo	2010	495 000	EE	40%	
Inter Aide Madagasca Accès des populations défavorisées à la protection sociale, l'éducation et l'insertion économique	2010	749 000	INTER AIDE	40%	
FISONG 2012 - Care	2012	503 040	CARE FRANCE	15%	
NUTRIZAZA	2012	900 000	Nutrizaza	100%	
Asie Tana Inter Aide	2013	450 000	ATIA	40%	

MALI

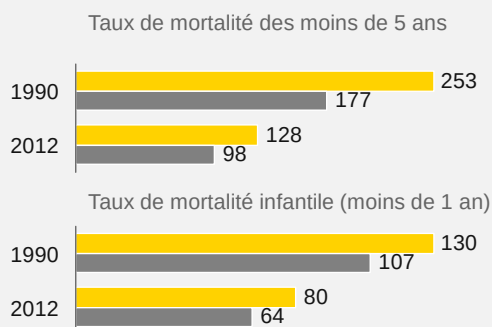
A. INDICATEURS

Mali
Afrique subsaharienne

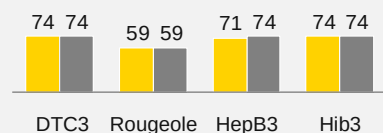
Santé des mères



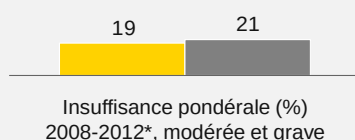
Santé des enfants



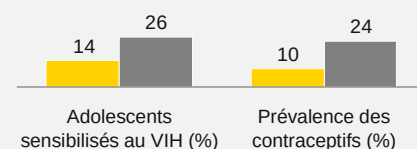
Couverture vaccinale (%) 2012



Nutrition



Planification familiale

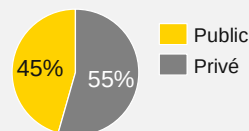


B. RESSOURCES ET STRATEGIES NATIONALES

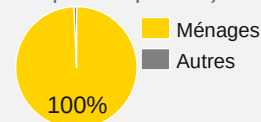
Dépenses affectées à la santé, en % du PIB



Financement de la santé



Dépenses des ménages (en % dépenses privées)



► Stratégie nationale en matière de santé publique, santé reproductive, maternelle, néonatale et infantile

- ➔ D'un point de vue organisationnel, le système de santé malien repose sur une organisation pyramidale à 3 niveaux composée d'un niveau central de 5 Etablissements Publics Hospitaliers dont 3 à vocation générale et 2 à vocation spécialisée, d'un niveau intermédiaire comprenant 7 Etablissements Publics Hospitaliers à vocation générale et d'un niveau district sanitaire.
- ➔ Une politique de santé et de population a été adoptée en 1990, dont la mise en œuvre aura permis de développer les approches communautaires et partenariales pour le développement de la santé. Elle a jeté les bases de l'opérationnalisation de l'approche sectorielle qui s'est matérialisée à travers la mise en œuvre du Plan Décennal de Développement Sanitaire et Social (PDDSS 1998-2007) et de ses deux programmes quinquennaux (PRODESS I et II). Un nouveau Plan Décennal de Développement Sanitaire, (PDDSS 2013-2022) est en cours d'adoption, et la phase d'élaboration du Programme quinquennal (PRODESS 2014-2018) a démarré dans les différentes régions. Les versions provisoires du PDDSS et du PRODESS révèlent que le gouvernement érige au premier rang de ses priorités la réduction de la morbidité et de la mortalité maternelle, néonatale, infantile et infanto-juvénile, avec une attention particulière au renforcement du système de santé dans la zone du nord du pays.
- ➔ Le montant des dépenses publiques aurait plus que doublé au cours des dix dernières années, pour s'établir à 11% des dépenses du budget de l'Etat en 2010. Une politique de financement de la santé est en cours d'élaboration, et couvre à la fois l'offre et la demande de soins. Les ONG prenant en charge de manière quasi-intégrale le système de santé, des mesures d'exemption des soins ont été instaurées depuis 2005, avec notamment des politiques de gratuité antipaludéenne ciblée sur les femmes enceintes et les

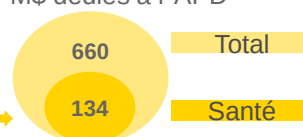
enfants de moins de 5 ans et de gratuité de la césarienne.

C. CARTOGRAPHIE DES BAILLEURS

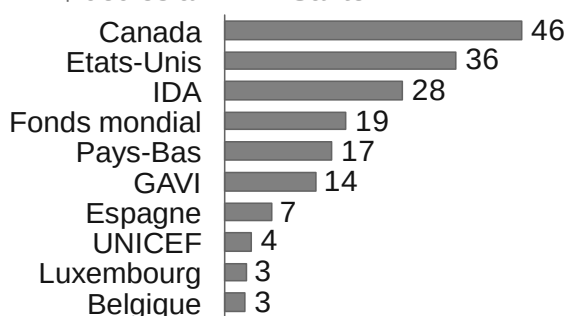
Tous bailleurs (moyenne 2008-2012)
% APD dédié à la santé



Tous bailleurs (moyenne 2008-2012)
M\$ dédiés à l' APD



Tous bailleurs (moyenne 2008-2012)
M\$ dédiés à l' APD Santé

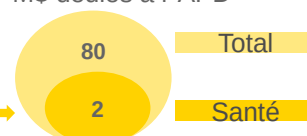


D. INTERVENTIONS FRANCAISES

France (moyenne 2008-2012)
% APD dédié à la santé



France (moyenne 2008-2012)
M\$ dédiés à l' APD



PROJETS BILATERAUX AFD

Projet	Année	Montant	Bénéficiaire	% Muskoka	Thématique
FISONG Nutrition Equinut - Agha Khan	2011	835 674	AKF	100%	Diminuer la malnutrition aigüe chez les enfants des pays sahéliens à travers l'amélioration puis, la diffusion d'un produit alimentaire traditionnel
Développement de partenariats et du réseau hospitalier de la FHF	2011	2 000 000	FHF	40%	Appuyer le développement des réseaux hospitaliers et des partenariats entre les hôpitaux des pays en développement et émergents et les hôpitaux français
Appui Santé maternelle et infantile au Mali, Niger, Tchad, Mauritanie - Croix Rouge Française	2011	7 000 000	CROIX ROUGE	100%	Améliorer la santé de la mère et de l'enfant et accompagner la transition démographique dans 4 pays sahéliens : Mali, Niger, Mauritanie et Tchad
Développer l'accès à de nouveaux traitements en Afrique	2012	5 000 000	DNDi	100%	Développer l'accès à de nouveaux traitements pour le traitement du VIH pédiatrique, de la maladie du sommeil et

					du paludisme en Afrique
Renforcement du secteur du laboratoire dans 7 pays d'Afrique de l'Ouest (Muskoka)	2013	5 000 000	Fondation Mérieux	89%	Appui au secteur des laboratoires biomédicaux en Afrique subsaharienne, dans sept pays prioritaires
Facilité ONG Santé Mali	2013	8 000 000	ND	100%	Contribuer à l'amélioration de la santé maternelle et infantile au Mali
Malaria Research Training Center (Muskoka)	2013	2 000 000	ND	89%	Contribuer à l'amélioration de la santé maternelle et infantile, à travers le renforcement des capacités du MRTC
PROJETS MULTILATERAUX					
FSP (4 583 805 €) : OMS, UNICEF, UNFPA, ONU Femmes					
GAVI					
Fonds Mondial					
PROJETS CONNEXES					
Projet	Année	Montant	Bénéficiaire	% Muskoka	
Renforcement du système de soins de la région de Mopti (P.S.D.S.)	2003	7 993 684	MALI	40%	
Programme Concerté Santé Mali (PCSM)	2004	2 421 698	MALI	40%	
AEP Mali Sud 2	2006	5 797 900	MALI	15%	
ABG 2006-2008	2006	22 000 000	MALI	4%	
ABG additionnel 2007	2007	4 000 000	MALI	4%	
AEPA MOPTI	2007	11 300 000	MALI	15%	
SDM - Diabète Mali	2009		SDM	40%	
SANTE SUD MALI	2010	177 226	SANTE SUD	100%	
ABG 2010/2011	2010	10 000 000	MALI	4%	
Association Commune 5 Bamako	2010	1 500 000	COMMUNE 5	15%	
Mutilations sexuelles Féminines Promotion de l'abandon des mutilations sexuelles féminines à Kayes au Mali	2012	647 541	E&P	100%	
Mali ABG 2013	2013	15 000 000	MALI	4%	
Amélioration de la santé maternelle et infantile dans la région de Mopti et accompagnement de la	2014	10 000 000	ND	ND	

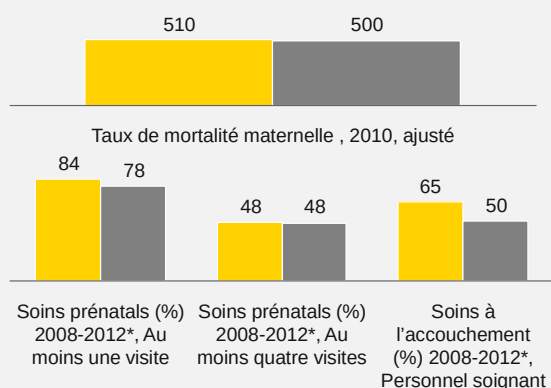
gratuité provisoire dans le Nord Mali				
---------------------------------------	--	--	--	--

MAURITANIE

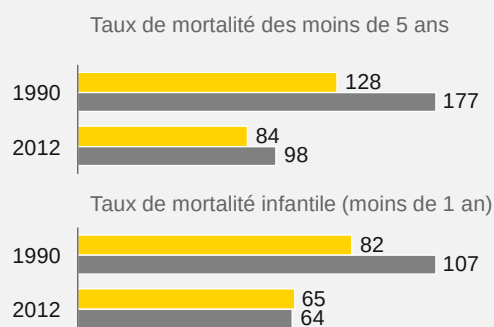
A. INDICATEURS

Mauritanie
Afrique subsaharienne

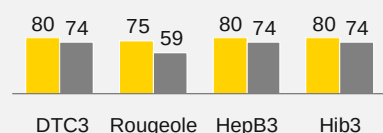
Santé des mères



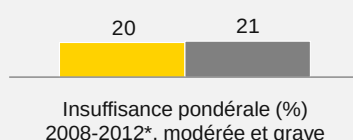
Santé des enfants



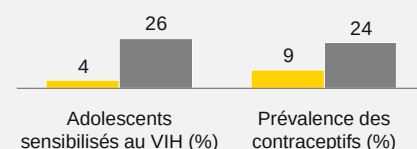
Couverture vaccinale (%) 2012



Nutrition

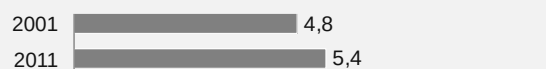


Planification familiale

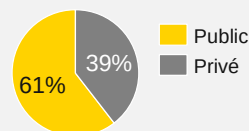


B. RESSOURCES ET STRATEGIES NATIONALES

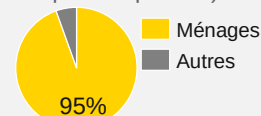
Dépenses affectées à la santé, en % du PIB



Financement de la santé



Dépenses des ménages (en % dépenses privées)



► Stratégie nationale en matière de santé publique, santé reproductive, maternelle, néonatale et infantile

- ➔ Bien que la santé n'apparaisse pas comme un secteur d'investissement important pour l'État mauritanien, le Programme National de Développement Sanitaire est en cours de révision et a retenu comme axe premier la lutte contre la mortalité maternelle et néonatale.
- ➔ Le dispositif « forfait obstétrical » est sélectionné comme outil de cette politique avec un objectif de couverture de 80% de la population nationale. Le concept du forfait obstétrical repose sur :
 - Un préfinancement par les femmes enceintes des coûts liés à la maternité à travers le paiement d'un forfait qui permet un suivi de grossesse de qualité ;
 - Une gestion externalisée de l'achat des médicaments ;
 - Le paiement de primes pour le personnel en fonction du nombre des prestations vendues également externalisée.
- ➔ Malgré ses bons résultats, le dispositif du forfait obstétrical présente des faiblesses comme la faible prise en charge des familles les plus démunies, les modalités de travail avec les hôpitaux de deuxième niveau et enfin les modalités de fonctionnement et de gestion assez peu formalisées.
- ➔ La feuille de route du Programme National de la Santé de la Reproduction propose une insertion plus importante de la planification familiale dans les protocoles de suivi de grossesse et notamment après

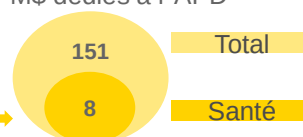
l'accouchement grâce notamment à une formation continue des sages-femmes.

C. CARTOGRAPHIE DES BAILLEURS

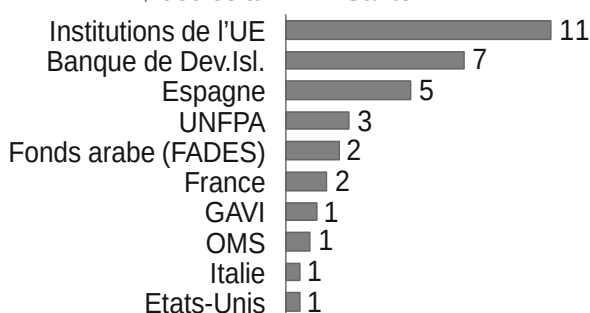
Tous bailleurs (moyenne 2008-2012)
% APD dédié à la santé



Tous bailleurs (moyenne 2008-2012)
M\$ dédiés à l' APD



Tous bailleurs (moyenne 2008-2012)
M\$ dédiés à l' APD Santé

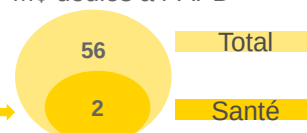


D. INTERVENTIONS FRANCAISES

France (moyenne 2008-2012)
% APD dédié à la santé



France (moyenne 2008-2012)
M\$ dédiés à l' APD



PROJETS BILATERAUX AFD

Projet	Année	Montant	Bénéficiaire	% Muskoka	Thématique
Forfait obstétrical - phase II	2011	2 500 000	République Islamique de Mauritanie	100%	Appui à l'extension et la consolidation du forfait obstétrical
Développement de partenariats et du réseau hospitalier de la FHF	2011	2 000 000	FHF	40%	Appuyer le développement des réseaux hospitaliers et des partenariats entre les hôpitaux des pays en développement et émergents et les hôpitaux français
Appui Santé maternelle et infantile au Mali, Niger, Tchad, Mauritanie - Croix Rouge Française	2011	7 000 000	CROIX ROUGE	100%	Améliorer la santé de la mère et de l'enfant et accompagner la transition démographique dans 4 pays sahéliens : Mali, Niger, Mauritanie et Tchad
Développer l'accès à de	2012	5 000 000	DNDi	100%	Développer l'accès à de

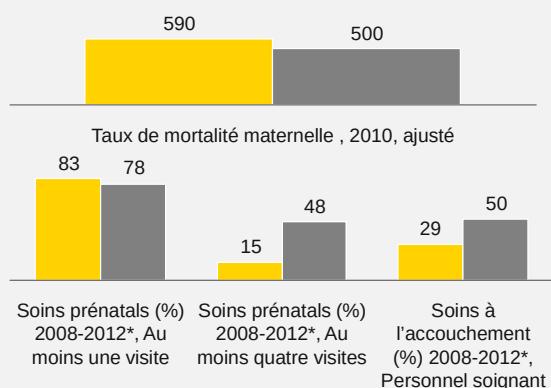
nouveaux traitements en Afrique					nouveaux traitements pour le traitement du VIH pédiatrique, de la maladie du sommeil et du paludisme en Afrique
PROJETS MULTILATERAUX					
GAVI					
Fonds Mondial					
PROJETS CONNEXES					
Projet	Année	Montant	Bénéficiaire	% Muskoka	
AEP SEMI-URBAINS	2004	3 948 988	République Islamique de Mauritanie	15%	
Forfait obstétrical	2008	1 100 000	République Islamique de Mauritanie	100%	
Santé Sud - Mauritanie	2009	ND	SANTE SUD	40%	
Partenariat Monaco	2010	229 117	République Islamique de Mauritanie	40%	
Partenariat Monaco	2011	50 000	République Islamique de Mauritanie	40%	
Améliorer la santé maternelle et néonatale à Nouakchott - Santé Sud	2011	355 150	SANTE SUD	100%	
ABG Tresor 2012	2012	6 400 000	République Islamique de Mauritanie	4%	
AEP et Association 5 wilayas	2012	4 000 000	République Islamique de Mauritanie	15%	

NIGER

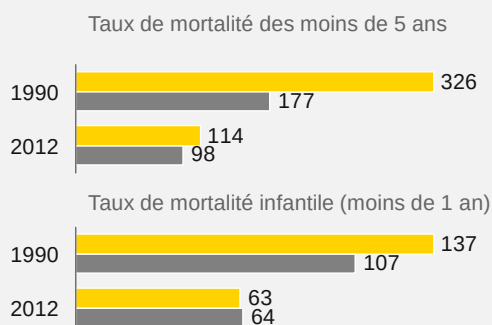
A. INDICATEURS

■ Niger
■ Afrique subsaharienne

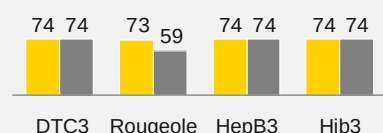
Santé des mères



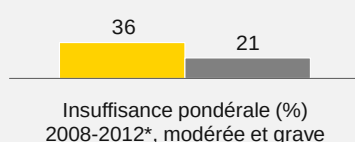
Santé des enfants



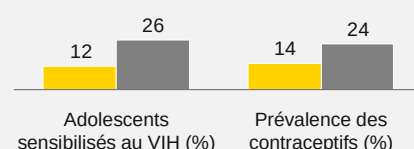
Couverture vaccinale (%) 2012



Nutrition



Planification familiale

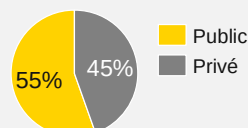


B. RESSOURCES ET STRATEGIES NATIONALES

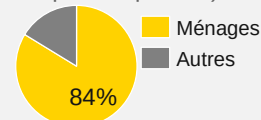
Dépenses affectées à la santé, en % du PIB



Financement de la santé



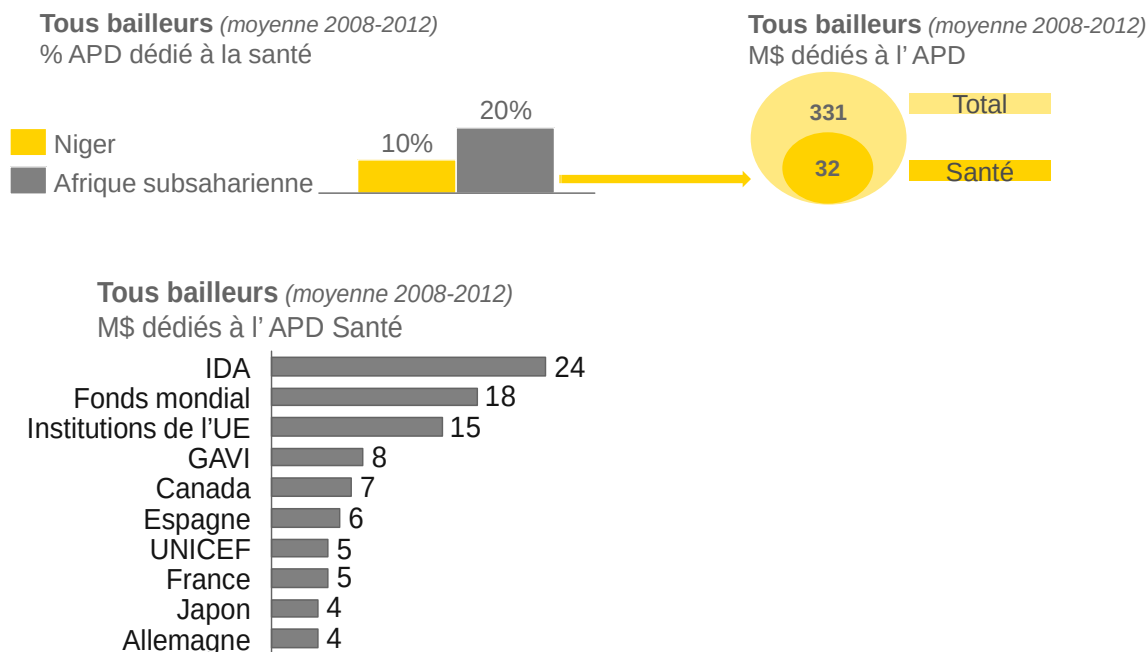
Dépenses des ménages (en % dépenses privées)



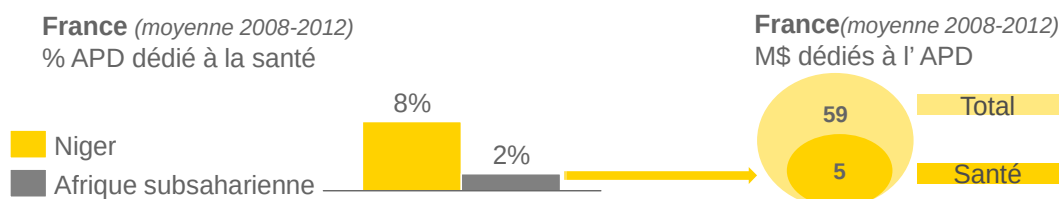
► Stratégie nationale en matière de santé publique, santé reproductive, maternelle, néonatale et infantile

- ➔ Le Ministère de la Santé Publique (MSP) a initié au début des années 1990 un processus de planification propre au secteur de la santé par l'élaboration du Plan de développement Sanitaire (PDS) 1994 – 2000. Dans le sillage de cette initiative, ont eu lieu en 2005 la signature d'un cadre de partenariat, l'élaboration du Plan de Développement Sanitaire (PDS) 2005-2009 (étendu ensuite à 2010), document de politique sectorielle et cadre stratégique du secteur de la santé, et d'un Cadre de Dépenses Sectorielles à Moyen Terme (CDSMT) pour la santé. Un fonds commun de donateurs, destiné à appuyer la mise en œuvre du PDS, a également été créé en 2005.
- ➔ Le PDS 2011-2015 a retenu huit axes prioritaires : l'extension de la couverture sanitaire ; le développement des services de la santé de la reproduction ; la dotation des structures sanitaires en ressources humaines compétentes et motivées selon les besoins ; l'approvisionnement permanent des structures de santé en médicaments, vaccins, consommables, intrants alimentaires et thérapeutiques, réactifs, sang et dérivés ; l'intensification de la lutte contre les maladies faisant l'objet de surveillance intégrée ; le renforcement de la gouvernance et du leadership à tous les niveaux du système de santé ; le développement des mécanismes de financement du secteur ; la promotion de la recherche en santé.
- ➔ D'importantes réformes sectorielles ont été menées dans le cadre du PDS 2005-2010 telles que l'instauration de la gratuité des soins en 2006, et de nouvelles réformes ont été identifiées dans le PDS 2011-2015, notamment la mise en place de dispositifs de certification et d'accréditation des structures sanitaires.

C. CARTOGRAPHIE DES BAILLEURS



D. INTERVENTIONS FRANCAISES



PROJETS BILATERAUX AFD

Projet	Année	Montant	Bénéficiaire	% Muskoka	Thématique
Aide sectorielle - Programme santé 2	2011	14 000 000	NIGER	100%	Contribuer à la mise en œuvre du Programme santé 2011-2015 dans le cadre de l'approche sectorielle, à travers le financement d'un Fonds commun de donateurs
FISONG Nutrition - CARE Maman Lumière	2011	675 000	CARE FRANCE	100%	Réduire la malnutrition en développant de nouvelles approches communautaires pour la prévention et la prise en charge
Développement de partenariats et du réseau hospitalier de la FHF	2011	2 000 000	FHF	40%	Appuyer le développement des réseaux hospitaliers et des partenariats entre les hôpitaux des pays en développement et émergents et les hôpitaux français
Appui Santé maternelle et infantile au Mali, Niger, Tchad, Mauritanie - Croix Rouge Française	2011	7 000 000	CROIX ROUGE	100%	Améliorer la santé de la mère et de l'enfant et accompagner la transition démographique dans 4 pays sahéliens : Mali,

					Niger, Mauritanie et Tchad
Développer l'accès à de nouveaux traitements en Afrique	2012	5 000 000	DNDi	100%	Développer l'accès à de nouveaux traitements pour le traitement du VIH pédiatrique, de la maladie du sommeil et du paludisme en Afrique
Renforcement du secteur du laboratoire dans 7 pays d'Afrique de l'Ouest (Muskoka)	2013	5 000 000	Fondation Mérieux	89%	Appui au secteur des laboratoires biomédicaux en Afrique subsaharienne, dans sept pays prioritaires

PROJETS MULTILATERAUX

FSP (3 212 826 €) : OMS, UNICEF, UNFPA, ONU Femmes

GAVI

Fonds Mondial

PROJETS CONNEXES

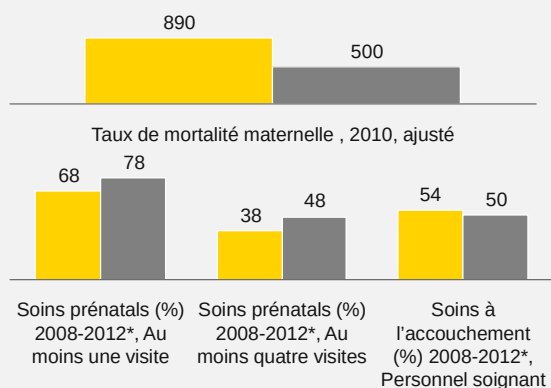
Projet	Année	Montant	Bénéficiaire	% Muskoka
Fonds commun pour le programme de travail quinquennal 2006-2010 du secteur santé Appui au ministère de la santé	2005	14 849 240	NIGER	40%
HV TAHOUA	2006	11 000 000	NIGER	15%
SAS 2006	2006	8 499 752	NIGER	4%
ABG 2007	2007	8 499 798	NIGER	4%
NIGER ABG 2008	2009	5 000 000	NIGER	4%
CLFM EAA Agadez	2009	350 000	NIGER	15%
NIGER ABG 2010	2010	3 000 000	NIGER	4%
Aide budgétaire globale au Niger 2011	2011	10 000 000	NIGER	4%
Aide budgétaire 2012	2012	10 000 000	NIGER	4%
Prêt budgétaire 2012	2012	40 000 000	NIGER	4%

REPUBLIQUE CENTRAFRICAINE

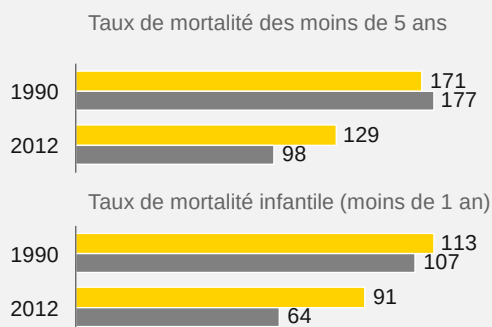
A. INDICATEURS

■ République Centrafricaine
■ Afrique subsaharienne

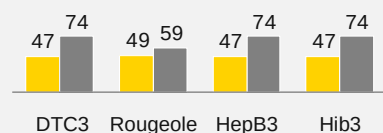
Santé des mères



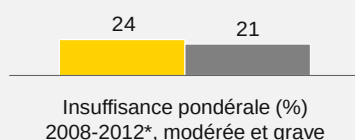
Santé des enfants



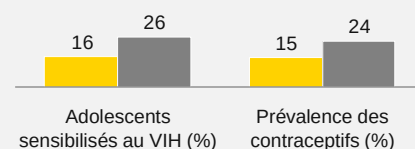
Couverture vaccinale (%) 2012



Nutrition



Planification familiale

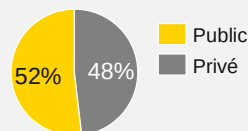


B. RESSOURCES ET STRATEGIES NATIONALES

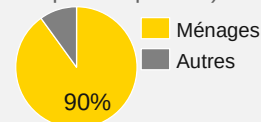
Dépenses affectées à la santé, en % du PIB



Financement de la santé



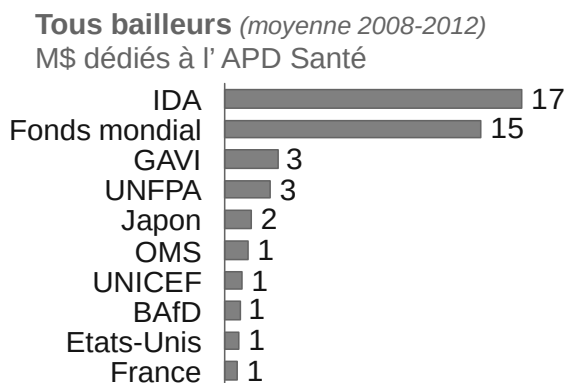
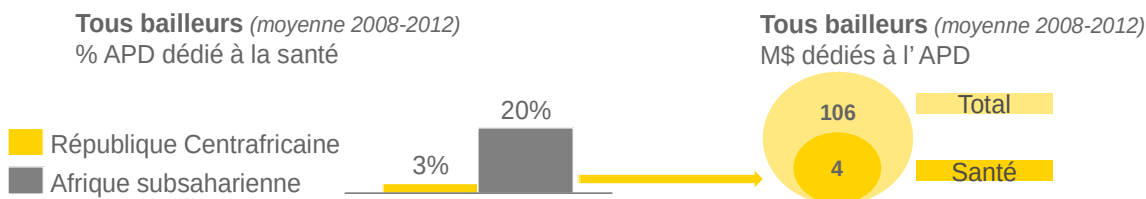
Dépenses des ménages (en % dépenses privées)



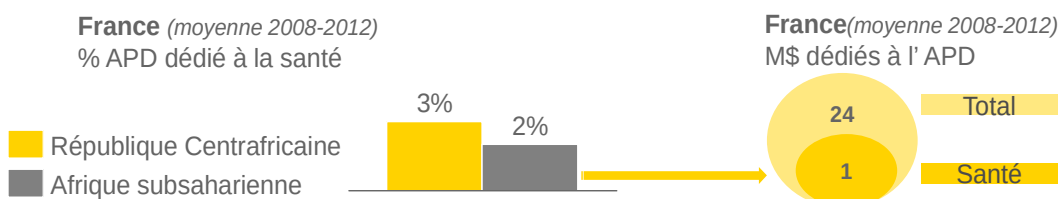
► Stratégie nationale en matière de santé publique, santé reproductive, maternelle, néonatale et infantile

Peu d'éléments publics sont disponibles concernant la politique sanitaire du gouvernement de République Centrafricaine.

C. CARTOGRAPHIE DES BAILLEURS



D. INTERVENTIONS FRANCAISES



PROJETS BILATERAUX AFD

Projet	Année	Montant	Bénéficiaire	% Muskoka	Thématique
Développer l'accès à de nouveaux traitements en Afrique	2012	5 000 000	DNDi	100%	Développer l'accès à de nouveaux traitements pour le traitement du VIH pédiatrique, de la maladie du sommeil et du paludisme en Afrique

PROJETS MULTILATERAUX

FSP (127 849 €) : ND

GAVI

Fonds Mondial

PROJETS CONNEXES

Projet	Année	Montant	Bénéficiaire	% Muskoka
Ex-FSP Projet d'appui à la lutte contre le Sida et la Tuberculose	2001	705 347	CENTRAFRIQUE	40%

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

ABG2RCA	2006	1 500 000	CENTRAFRIQUE	4%
Renforcement de la maîtrise des épidémies et de l'accessibilité aux services de santé	2006	6 000 000	CENTRAFRIQUE	40%
SIDA-OEV (ex-FSP)	2006	313 455	CENTRAFRIQUE	40%
Accès pérenne à l'eau potable et un environnement sanitaire amélioré	2011	273 750	TRIANGLE GH	15%
Lutter contre la pauvreté et améliorer les conditions sanitaires VIH/SIDA en RCA - Action contre la Faim.	2011	409 573	AICF	100%
Facilité ONG	2014	3 000 000	ND	ND

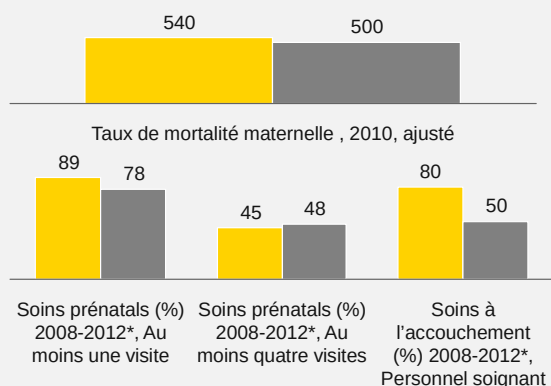
RDC

A. INDICATEURS

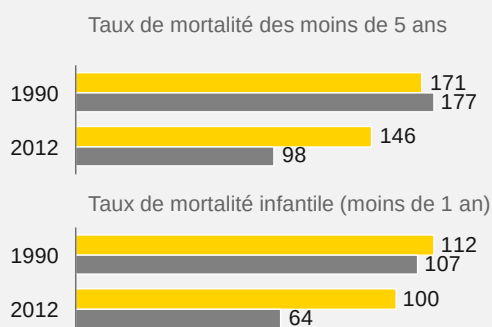
RDC

Afrique subsaharienne

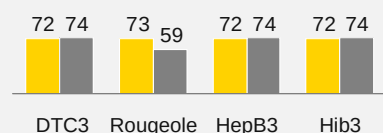
Santé des mères



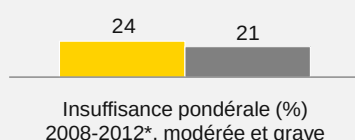
Santé des enfants



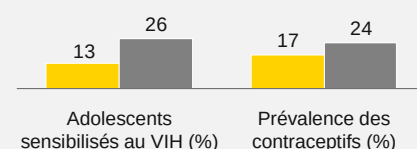
Couverture vaccinale (%) 2012



Nutrition

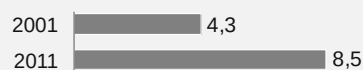


Planification familiale

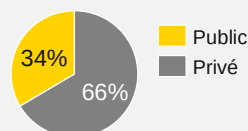


B. RESSOURCES ET STRATEGIES NATIONALES

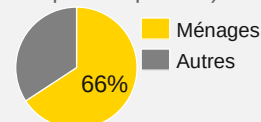
Dépenses affectées à la santé, en % du PIB



Financement de la santé



Dépenses des ménages (en % dépenses privées)

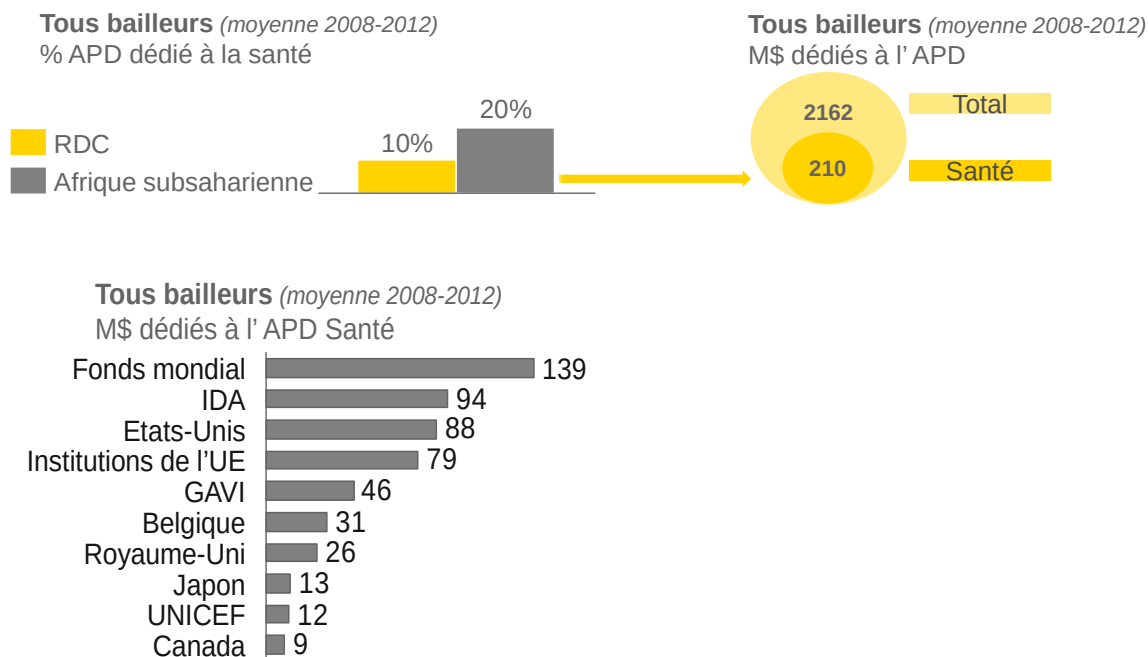


► Stratégie nationale en matière de santé publique, santé reproductive, maternelle, néonatale et infantile

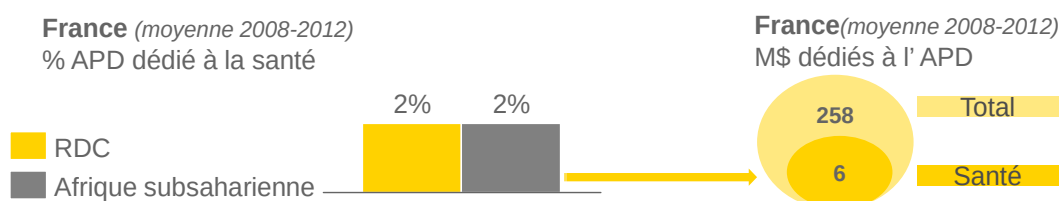
- ➔ La politique du gouvernement est définie dans divers documents de planification sectorielle, dont la stratégie de renforcement du système de santé adoptée en 2006, qui s'articule autour de plusieurs axes stratégiques :
 - Le développement de la Zone de santé ;
 - La réforme du niveau central et intermédiaire du MSP ;
 - Le développement des ressources humaines pour la santé ;
 - La réforme du secteur du médicament ;
 - La rationalisation du financement de la santé ;
 - La collaboration intra et inter sectorielle pour mieux capitaliser les apports du secteur privé et ceux des autres secteurs qui ont une influence sur l'organisation du secteur de la santé ;
 - Le renforcement de la recherche sur le système de santé.
- ➔ Le Plan National de Développement Sanitaire (2011-2015) constitue l'outil de mise en œuvre de la SRSS ; il cible en particulier le développement des Zones de Santé en tant que structures de base pour la fourniture des soins de santé primaires, le renforcement du leadership et de la gouvernance dans le secteur et le renforcement de la collaboration intersectorielle.

➔ Face au constat des dysfonctionnements du système hospitalier public depuis 25 ans, un nouveau projet de loi hospitalière est en cours.

C. CARTOGRAPHIE DES BAILLEURS



D. INTERVENTIONS FRANCAISES



PROJETS BILATERAUX AFD

Projet	Année	Montant	Bénéficiaire	% Muskoka	Thématique
Amélioration de la prise en charge de la santé mère-enfant à Kinshasa	2011	8 000 000	République démocratique du Congo)	100%	Améliorer la prise en charge de la santé mère-enfants à Kinshasa
Développement de partenariats et du réseau hospitalier de la FHF	2011	2 000 000	FHF	40%	Appuyer le développement des réseaux hospitaliers et des partenariats entre les hôpitaux des pays en développement et émergents et les hôpitaux français
Développer l'accès à de nouveaux traitements en Afrique	2012	5 000 000	DNDi	100%	Développer l'accès à de nouveaux traitements pour le traitement du VIH pédiatrique, de la maladie du sommeil et du paludisme en Afrique
UICMR 2 Renforcement des capacités de lutte contre la	2012	3 500 000	UICMR	100%	Renforcement des capacités des programmes nationaux de lutte contre la tuberculose dans 7 pays africains

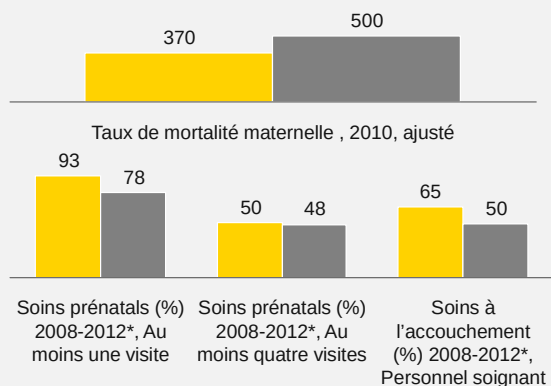
tuberculose dans 8 pays d'Afrique francophone					francophones
PROJETS MULTILATERAUX					
FSP (784 240 €) : OMS					
GAVI					
Fonds Mondial					
PROJETS CONNEXES					
Projet	Année	Montant	Bénéficiaire	% Muskoka	
SAS2	2005	4 998 377	République démocratique du Congo	4%	
EAH KINSHASA	2007	8 000 000	République démocratique du Congo	15%	
Amélioration de l'hygiène hospitalière et communautaire de Kinshasa, Bas-Congo et de Lubumbashi par mise en place Cellule pour Promotion Pratiques d'Hygiène (CEPPHY)	2009	ND	IECD	40%	
Eau Beni	2010	500 000	SOLIDARITE	15%	
Lutte contre les violences sexuelles par le développement d'un programme de santé mentale communautaire dans la province du Nord Kivu - Prise en charge des femmes et des enfants	2011	500 000	MDM PARIS	40%	
Eau-Choléra à Uvira Projet de lutte contre le choléra à Uvira par l'accès à l'eau potable et à l'hygiène	2013	6 000 000	REGIDESO	40%	
Améliorer les conditions de santé de la population de Kinshasa, en améliorant la qualité et l'accessibilité des soins pour tous	ND	10 000 000	ND	ND	

SENEGAL

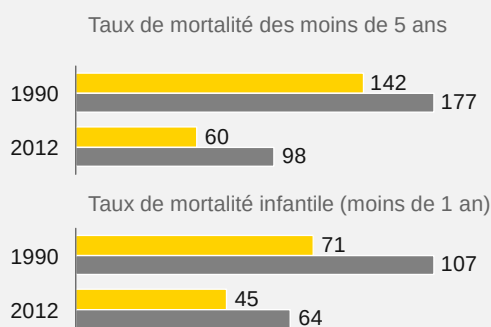
A. INDICATEURS

■ Sénégal
■ Afrique subsaharienne

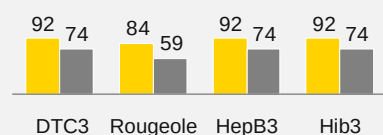
Santé des mères



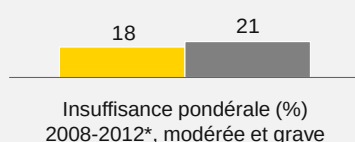
Santé des enfants



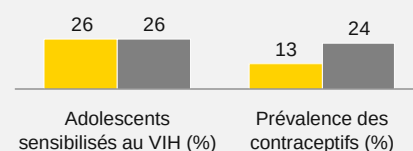
Couverture vaccinale (%) 2012



Nutrition



Planification familiale

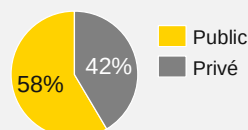


B. RESSOURCES ET STRATEGIES NATIONALES

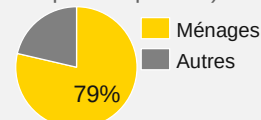
Dépenses affectées à la santé, en % du PIB



Financement de la santé



Dépenses des ménages (en % dépenses privées)



► Stratégie nationale en matière de santé publique, santé reproductive, maternelle, néonatale et infantile

- ➔ L'ensemble des documents stratégiques du Sénégal, dont le Document de Politique Economique et Sociale (2011-2015) et le Plan National de Développement Sanitaire (2009-2018) affiche comme priorité « la réduction de la morbidité et de la mortalité des femmes et des enfants par le renforcement des programmes de santé, notamment de santé de la reproduction et la réduction du taux de fécondité et du rythme de croissance démographique ».
- ➔ Afin d'atteindre les Objectifs du Millénaire pour le Développement, le Gouvernement du Sénégal, à travers le Ministère de la Santé, a entrepris divers chantiers : outre le Plan National de Développement Sanitaire et Social, la Feuille de Route Nationale de Réduction de la Mortalité Maternelle et Néonatale pour la période 2006-2015, multisectorielle et multidisciplinaire, dont l'objectif est de réduire d'ici 2015 le ratio de mortalité maternelle à 200 p.100 000 naissances vivantes et le taux de mortalité néonatale à 16 p.1000, définit le cadre d'intervention de l'ensemble des partenaires.
- ➔ Le Sénégal a fait le choix stratégique de faire de la Planification Familiale une priorité nationale en vue d'une réduction rapide de la mortalité maternelle et infantile.

C. CARTOGRAPHIE DES BAILLEURS

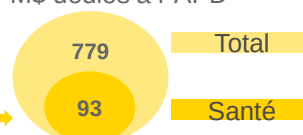
Tous bailleurs (moyenne 2008-2012)

% APD dédié à la santé



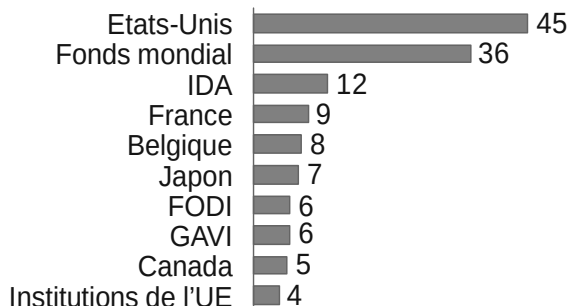
Tous bailleurs (moyenne 2008-2012)

M\$ dédiés à l' APD



Tous bailleurs (moyenne 2008-2012)

M\$ dédiés à l' APD Santé



D. INTERVENTIONS FRANCAISES

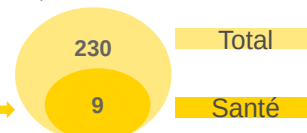
France (moyenne 2008-2012)

% APD dédié à la santé



France (moyenne 2008-2012)

M\$ dédiés à l' APD



PROJETS BILATERAUX AFD

Projet	Année	Montant	Bénéficiaire	% Muskoka	Thématique
Développement de partenariats et du réseau hospitalier de la FHF	2011	2 000 000	FHF	40%	Appuyer le développement des réseaux hospitaliers et des partenariats entre les hôpitaux des pays en développement et émergents et les hôpitaux français
Santé maternelle et infantile- Dotation en intrants PF	2012	14 000 000	SENEGAL	100%	Amélioration de la santé maternelle et infantile dans la région de Louga
Développer l'accès à de nouveaux traitements en Afrique	2012	5 000 000	DNDi	100%	Développer l'accès à de nouveaux traitements pour le traitement du VIH pédiatrique, de la maladie du sommeil et du paludisme en Afrique
Renforcement du secteur du laboratoire dans 7 pays d'Afrique de l'Ouest (Muskoka)	2013	5 000 000	Fondation Mérieux	89%	Appui au secteur des laboratoires biomédicaux en Afrique subsaharienne, dans sept pays prioritaires

PROJETS MULTILATERAUX

FSP (934 598 €) : OMS, UNICEF, UNFPA

GAVI

Fonds Mondial

PROJETS CONNEXES

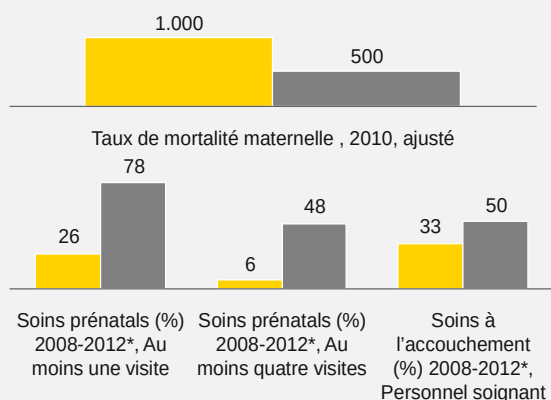
Projet	Année	Montant	Bénéficiaire	% Muskoka
Appui financier SN	2008	122 606 164	SENEGAL	4%
Vivre en brousse	2009	ND	VB	15%
Fondation Institut Pasteur de Dakar : Production vaccin fièvre jaune	2010	1 000 000	FIPD	40%
Prêt budgétaire	2012	130 000 000	SENEGAL	4%
FERC AT Baie de Hann	2012	300 000	SENEGAL	15%
Amélioration de la santé maternelle infanto-juvénile	2014	10 000 000	ND	ND

SOMALIE

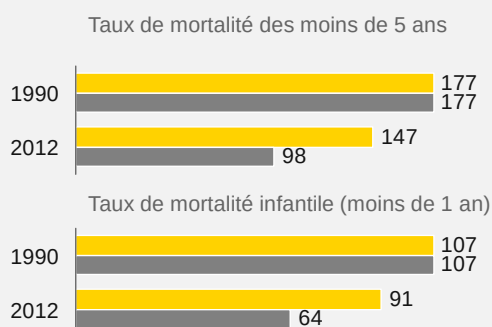
A. INDICATEURS

■ Somalie
■ Afrique subsaharienne

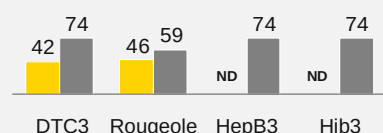
Santé des mères



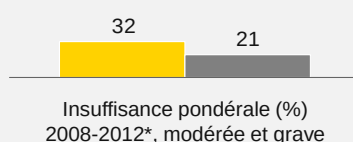
Santé des enfants



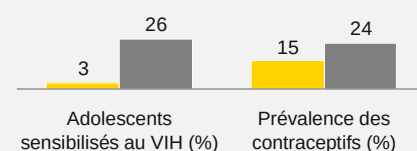
Couverture vaccinale (%) 2012



Nutrition

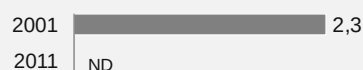


Planification familiale

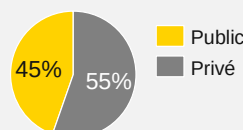


B. RESSOURCES ET STRATEGIES NATIONALES

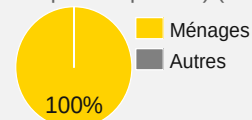
Dépenses affectées à la santé, en % du PIB



Financement de la santé (2001)



Dépenses des ménages (en % dépenses privées) (2001)



► Stratégie nationale en matière de santé publique, santé reproductive, maternelle, néonatale et infantile

En Somalie, le cadre de la politique sanitaire est inscrit dans le document intitulé *Health Sector Strategic Plan*, couvrant la période 2013 –2016. Parmi les stratégies recensées dans le plan, la stratégie n°3 vise à renforcer l'offre de service, en déployant des services de santé accessibles de façon équitable dans l'ensemble des régions.

Le premier objectif se fixe de rendre disponible au moins trois programmes de l'*Essential Package of Health Services* (EPHS) d'ici 2016 dans l'ensemble des régions somaliennes :

- Santé maternelle, reproductive et néonatale,
- Santé infantile,
- Surveillance et contrôle des maladies transmissibles (incluant la promotion de l'hygiène, WASH...)

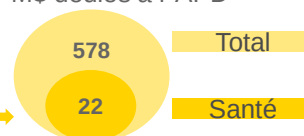
L'EPHS, conçu en 2009 et approuvé, recouvre 10 programmes à ce stades, dont la majorité concerne la SRMNI.

C. CARTOGRAPHIE DES BAILLEURS

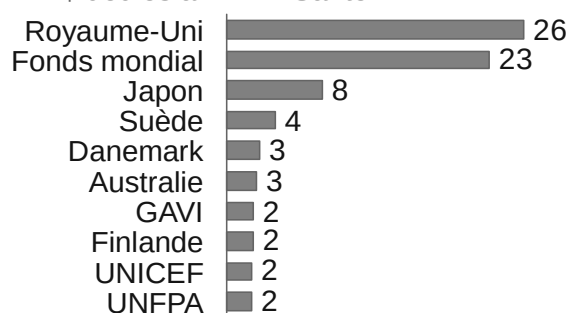
Tous bailleurs (moyenne 2008-2012)
% APD dédié à la santé



Tous bailleurs (moyenne 2008-2012)
M\$ dédiés à l' APD



Tous bailleurs (moyenne 2008-2012)
M\$ dédiés à l' APD Santé

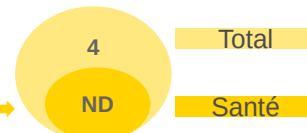


D. INTERVENTIONS FRANCAISES

France (moyenne 2008-2012)
% APD dédié à la santé



France (moyenne 2008-2012)
M\$ dédiés à l' APD



PROJETS BILATERAUX AFD

Projet	Année	Montant	Bénéficiaire	% Muskoka	Thématique
Développer l'accès à de nouveaux traitements en Afrique	2012	5 000 000	DNDi	100%	Développer l'accès à de nouveaux traitements pour le traitement du VIH pédiatrique, de la maladie du sommeil et du paludisme en Afrique

PROJETS MULTILATERAUX

GAVI

Fonds Mondial

PROJETS CONNEXES

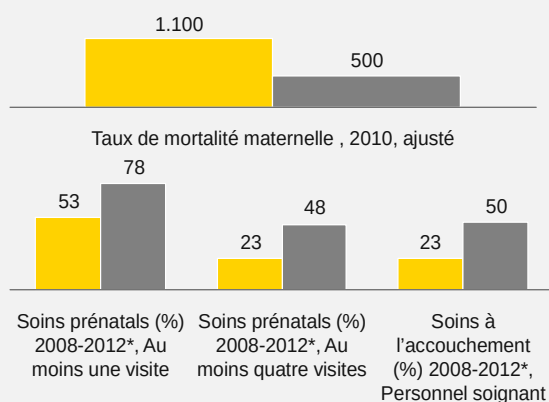
Projet	Année	Montant	Bénéficiaire	% Muskoka
NA				

TCHAD

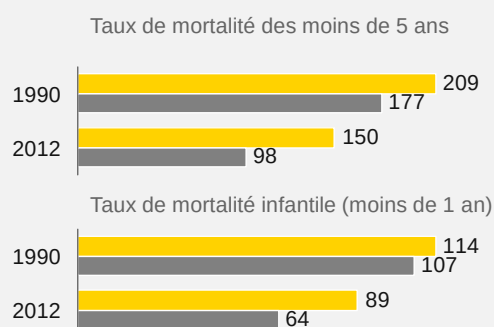
A. INDICATEURS

Tchad
Afrique subsaharienne

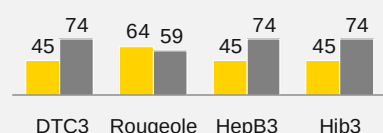
Santé des mères



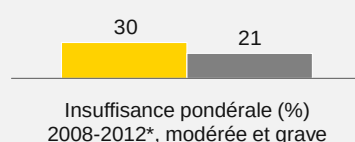
Santé des enfants



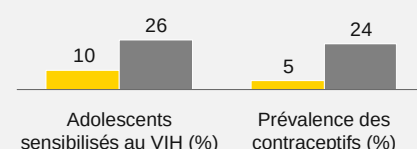
Couverture vaccinale (%) 2012



Nutrition



Planification familiale

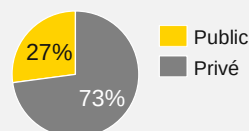


B. RESSOURCES ET STRATEGIES NATIONALES

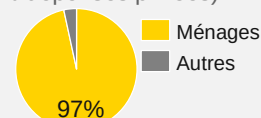
Dépenses affectées à la santé, en % du PIB



Financement de la santé



Dépenses des ménages (en % dépenses privées)



► Stratégie nationale en matière de santé publique, santé reproductive, maternelle, néonatale et infantile

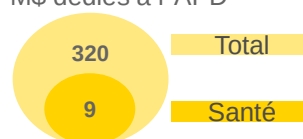
- ➔ Dans le cadre de la mise en œuvre de la politique de développement sanitaire, le Ministère de la Santé Publique (MSP) a adopté un plan de découpage qui repose sur le mode d'organisation pyramidal basé sur les districts sanitaires. Cependant, malgré la volonté du gouvernement de mettre en place une couverture sanitaire efficace, le système de santé reste en partie dysfonctionnel dans le pays.
- ➔ Dans la perspective de l'atteinte des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD), une Politique Nationale de Santé 2007-2015 (PNS) a été élaborée, validée et adoptée par l'ensemble des partenaires de la santé en 2007. Pour la mise en œuvre de la PNS, un Plan National de Développement Sanitaire 2009-2012 (PNDS) a été élaboré et validé. Dans le cadre du financement des politiques dans le secteur de la santé, un Cadre des Dépenses à Moyen Terme (CDMT) a été défini pour la période 2008-2010.
- ➔ Le Tchad a rédigé la Feuille de route Africaine proposée par L'Union Africaine avec l'appui de l'OMS, de l'UNFPA et de l'UNICEF, pour l'accélération de la réduction de la mortalité maternelle et néonatale au Tchad (2008-2015). Cette feuille de route a permis de désigner l'amélioration de la couverture sanitaire en matière de soins obstétricaux et néonataux essentiels et la planification familiale d'une part, et d'autre part, le développement de la prise en charge des complications obstétricales et néonatales, en tant qu'actions à mener pendant cette période en vue d'atteindre les OMD relatifs à la santé maternelle et infantile.
- ➔ Le financement du secteur de la santé est insuffisant. Ainsi, ce secteur, bien que prioritaire, ne bénéficie que de 7% du budget de l'Etat dont plus de la moitié est consacrée au paiement des salaires.

C. CARTOGRAPHIE DES BAILLEURS

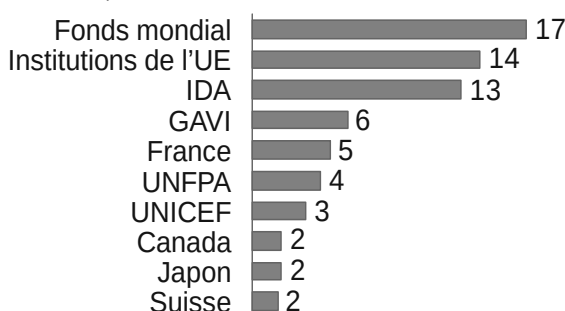
Tous bailleurs (moyenne 2008-2012)
% APD dédié à la santé



Tous bailleurs (moyenne 2008-2012)
M\$ dédiés à l' APD



Tous bailleurs (moyenne 2008-2012)
M\$ dédiés à l' APD Santé

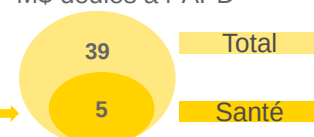


D. INTERVENTIONS FRANCAISES

France (moyenne 2008-2012)
% APD dédié à la santé



France (moyenne 2008-2012)
M\$ dédiés à l' APD



PROJETS BILATERAUX AFD

Projet	Année	Montant	Bénéficiaire	% Muskoka	Thématique
Développement de partenariats et du réseau hospitalier de la FHF	2011	2 000 000	FHF	40%	Appuyer le développement des réseaux hospitaliers et des partenariats entre les hôpitaux des pays en développement et émergents et les hôpitaux français
Appui Santé maternelle et infantile au Mali, Niger, Tchad, Mauritanie - Croix Rouge Française	2011	7 000 000	CROIX ROUGE	100%	Améliorer la santé de la mère et de l'enfant et accompagner la transition démographique dans 4 pays sahéliens : Mali, Niger, Mauritanie et Tchad
Développer l'accès à de nouveaux traitements en Afrique	2012	5 000 000	DNDi	100%	Développer l'accès à de nouveaux traitements pour le traitement du VIH pédiatrique, de la maladie du sommeil et du paludisme en Afrique
Projet Santé Urbaine Mise en place de cliniques PF, RC personnel en PF, Promotion SR et mobilisation sociale (ados-	2012	8 000 000	N'DJAMENA	100%	Améliorer de la santé des populations, en particulier les femmes et les enfants dans les quartiers défavorisés de N'Djaména

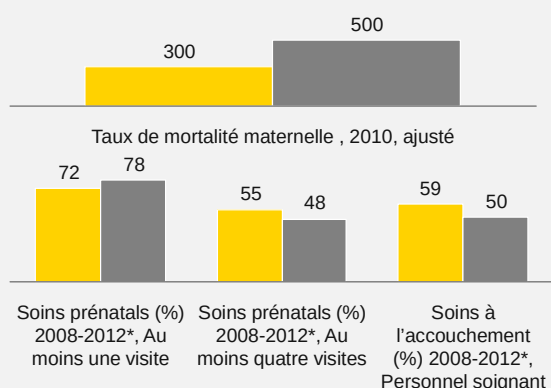
jeunes)					
PROJETS MULTILATERAUX					
FSP (4 675 558 €) : OMS (via l'AMPS), UNICEF, UNFPA					
GAVI					
Fonds Mondial					
PROJETS CONNEXES					
Projet	Année	Montant	Bénéficiaire	% Muskoka	
AEP CTRE SECOND	2000	6 249 829	TCHAD	15%	
HYDRAUL OUADDAI	2000	5 120 000	TCHAD	15%	
Hydraulique Tchad	2003	9 582 396	TCHAD	15%	
HV Salamat	2004	7 275 697	TCHAD	15%	
Projet Intérimaire Santé au Tchad (PIST)	2006	1 400 871	TCHAD	40%	
Projet d'appui au secteur de la santé au Tchad - Appui à la DRH, formation initiale des paramédicaux.	2007	10 000 000	TCHAD	40%	
Promotion de mutuelles de santé dans les régions du Logone Oriental, Mayo-Kebbi et Moyen Chari	2009	ND	CIDR	40%	
Réfugiés Sud Tchad	2010	633 939	CARE FRANCE	15%	
Amélioration accès eau potable, assainissement. pratiques d'hygiène populations rurales Logone et Mandoul	2011	317 737	CROIX ROUGE	15%	
Amélioration des services de santé pour les femmes enceintes et les enfants de moins de cinq ans et renforcement des mécanismes solidaires de financement de la santé.	2014	10 000 000	TCHAD	ND	

TOGO

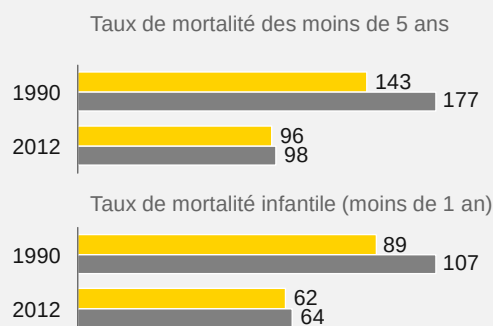
A. INDICATEURS

Togo
Afrique subsaharienne

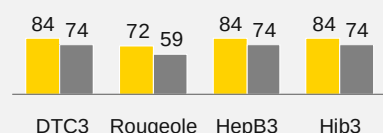
Santé des mères



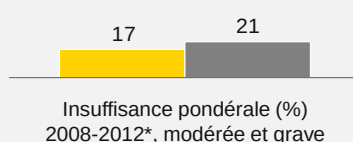
Santé des enfants



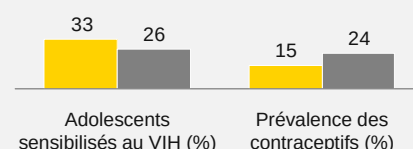
Couverture vaccinale (%) 2012



Nutrition



Planification familiale

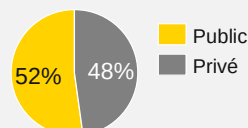


B. RESSOURCES ET STRATEGIES NATIONALES

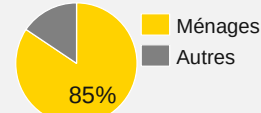
Dépenses affectées à la santé, en % du PIB



Financement de la santé



Dépenses des ménages (en % dépenses privées)



► Stratégie nationale en matière de santé publique, santé reproductive, maternelle, néonatale et infantile

En septembre 1998, le Togo a élaboré pour la première fois une Politique Nationale de Santé (PNS), suivie de trois plans nationaux de développement sanitaire successifs (PNDS 2002-2006, PNDS 2009-2013 et PNDS 2012-2015).

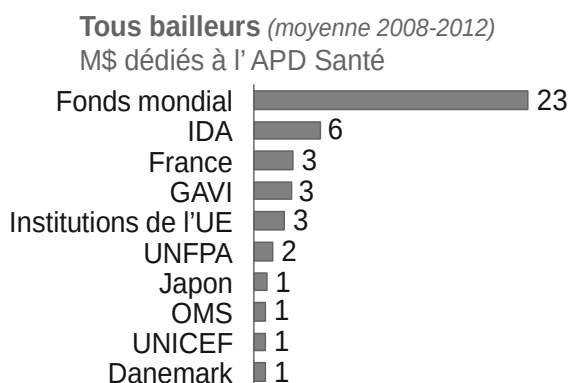
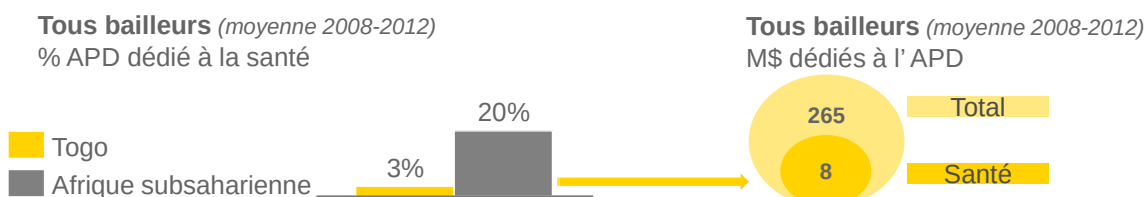
Le dernier PNDS décline aussi, en outre, la Campagne pour l'Accélération de la Réduction de la Mortalité Maternelle au Togo (CARMMA), lancée en septembre 2010.

Ce PNDS est structuré en cinq programmes prioritaires, parmi lesquels deux sont spécifiquement dédiés à la SRMNI tandis qu'un programme transversal vise à les soutenir via le renforcement du système sanitaire, notamment communautaire :

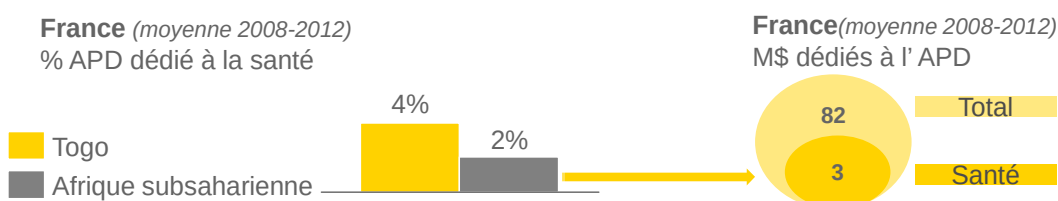
- Programme 1 : Lutte contre la mortalité maternelle et néonatale
- Programme 2 : Lutte contre la mortalité infantile et infanto-juvénile

En parallèle, d'autres stratégies, plus spécifiques, viennent en soutien du PNDS, parmi lesquelles la Politique nationale des Interventions à Base Communautaires (IBC) 2010-2014 ; le Plan d'action pour le repositionnement de la Planification familiale au Togo (2013-2017), lancé en mai 2014 ; le Plan Stratégique National pour l'Alimentation et la nutrition (PSNAN) 2012-2015 ; la stratégie nationale de protection sociale (2014-2017) ; la politique et le Plan Stratégique Intégré de Lutte contre les maladies non transmissibles (PSIMNT) 2012-2015.

C. CARTOGRAPHIE DES BAILLEURS



D. INTERVENTIONS FRANCAISES



PROJETS BILATERAUX AFD					
Projet	Année	Montant	Bénéficiaire	% Muskoka	Thématique
Développement de partenariats et du réseau hospitalier de la FHF	2011	2 000 000	FHF	40%	Appuyer le développement des réseaux hospitaliers et des partenariats entre les hôpitaux des pays en développement et émergents et les hôpitaux français
Développer l'accès à de nouveaux traitements en Afrique	2012	5 000 000	DNDi	100%	Développer l'accès à de nouveaux traitements pour le traitement du VIH pédiatrique, de la maladie du sommeil et du paludisme en Afrique
UICTMR 2 : Renforcement des capacités de lutte contre la tuberculose dans 8 pays d'Afrique francophone	2012	3 500 000	UICTMR	100%	Renforcement des capacités des programmes nationaux de lutte contre la tuberculose dans 7 pays africains francophones
Renforcement du secteur du laboratoire dans 7 pays d'Afrique de l'Ouest	2013	5 000 000	Fondation Mérieux	89%	Appui au secteur des laboratoires biomédicaux en Afrique subsaharienne, dans

(Muskoka)					sept pays prioritaires
PROJETS MULTILATERAUX					
FSP (4 874 109 €) : OMS, UNICEF, ANFPA, ONU Femmes					
GAVI					
Fonds Mondial					
PROJETS CONNEXES					
Projet	Année	Montant	Bénéficiaire	% Muskoka	
Projet de développement des districts sanitaires de la région des Hauts Plateaux	2001	5 476 370	République du TOGO	40%	
HVRP	2004	6 986 905	République du TOGO	15%	
Sécurité transfusionnelle et lutte contre le Sida	2006	3 828 482	République du TOGO	100%	
ABG 2008	2008	2 500 000	République du TOGO	4%	
Appui au plan de développement Ressources humaines en santé, appui aux écoles de formation, motivation des personnels, appui diaspora médicale France	2009	8 000 000	République du TOGO	40%	
Togo ABG 2010	2010	3 000 000	République du TOGO	4%	
Aide budgétaire globale au Togo 2011	2011	2 000 000	République du TOGO	4%	
Modèle partenariat innovant pour la promotion de la micro assurance santé dans la commune de Lomé	2011	458 970	CIDR	40%	
PASSCO-Savanes	2012	6 000 000	République du TOGO	15%	

6. Comité de pilotage de l'évaluation

ORGANISMES	STATUT	PERSONNES RESSOURCES	FONCTION
Présidence du Comité de pilotage			
INSERM	Président du copil	Jean-Paul MOATTI	Directeur ISP
Ministère des Affaires étrangères			
DGM/DBM/SAH	Membre	Emmanuel LEBRUN-DAMIENS	Sous-Directeur de la santé, de la sécurité alimentaire et du développement humain
DGM/DBM/SAH	Suppléante	Marianne BARKAN COWDY	Responsable du Pôle santé
DGM/DBM/SAH	Membre	Mathilde DE CALAN	Pôle santé
DGM/DBM/SAH	Suppléante	Mathilde DIDES	Pôle santé
DGM/DPR/EVA	Membre	Véronique de ROHAN CHABOT	Responsable du pôle de l'Evaluation et de la Performance
DGM/DPR/EVA	Membre	Marie-Laure CUSTOS	Pôle de l'Evaluation et de la Performance
DAOI	Membre	Nadège CHOUAT	Chargée de mission
Agence française de développement			
AFD	Membre	Christophe PAQUET	Chef de la division santé et protection sociale (SAN)
AFD	Suppléante	Emmanuelle RIEDEL DROUIN	Adjointe au chef de la division santé et protection sociale (SAN)
AFD	Membre	Sophie BIACABE	Chef de projet Santé et Protection sociale
AFD	Suppléant	Adrien ABSOLU	Chef de projet Santé et Protection sociale
AFD	Membre	Laurent FONTAINE	Division de l' Evaluation
AFD	Membre	Corinne DE PERETTI	Division de l' Evaluation
AFD	Membre	Elodie MONTETAGAUD	Direction Afrique
Ministère de la santé et des Affaires sociales			
SAN	Membre	Brigitte ARTHUR	Direction des affaires européennes et internationales
SAN	Suppléante	Rachel BATADISSA	Direction des affaires européennes et internationales
Assemblée nationale			
AN	Membre	Jean-Marie TETARD	Député des Yvelines
ONG			
Coordination SUD (Avocats pour la santé dans le monde)	Membre	Bruno RIVALAN	Commission Santé et Développement
Coordination SUD (Solthis)	Membre	Louis PIZARRO	Commission Santé et Développement
Opérateur Muskoka			
FNUAP	Membre	Nestor AZANDEGBE	Président du comité technique des FSP bi/multi Muskoka
Universitaires et/ou praticiens			
CNRS	Membre	Yannick JAFFRE	Anthropologue de la santé, santé reproductive
IRD	Membre	Michel COT	Epidémiologiste

7. Termes de référence de l'évaluation

**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**

Cahier des clauses techniques particulières

CCTP N° 36/2013

NOTE LIMINAIRE

La présente évaluation entre dans le cadre des évaluations stratégiques menées par la Direction Générale de la Mondialisation, du Développement et des Partenariats (DGM) et l'Agence française de développement (AFD). Il s'agit d'une évaluation conjointe (MAE/AFD) qui doit permettre, après deux années de mises en œuvre des interventions françaises dites « Muskoka » dans 22 pays cibles, d'établir un panorama exhaustif de ces actions, d'analyser l'existant et d'optimiser la mise en œuvre des prochaines interventions de la France, jusqu'en 2015 et au-delà.

L'évaluation est un exercice basé sur une analyse rétrospective et prospective, confiée à un prestataire extérieur, sélectionné après une mise en concurrence. Elle est réalisée sous la conduite d'un comité de pilotage susceptible d'apporter un éclairage sur l'objet de l'évaluation.

SOMMAIRE

1. CONTEXTE DE L'EVALUATION.....	127
2. OBJECTIFS DE L'EVALUATION	128
3. CHAMP DE L'EVALUATION	129
4. CAHIER DES CHARGES DE L'EVALUATION	129
5. ORGANISATION DE L'EVALUATION.....	133
6. CALENDRIER INDICATIF	136
7. EXPERTISE	136
9. CRITERES DE SELECTION DES OFFRES	137
10. NATURE DE LA PROCEDURE ET SOUMISSION DES OFFRES.....	137
<i>ANNEXE 1 : Liste des sigles développés 138</i>	
<i>ANNEXE 2 : Projets FSP dits « MUSKOKA » 138</i>	
<i>ANNEXE 3 : Projets AFD 140</i>	
<i>ANNEXE 4 : Projets de l'AFD contribuant à la réalisation des engagements pris par la France au sommet de Muskoka au Sénégal, en République démocratique du Congo et en Guinée 142</i>	
<i>ANNEXE 5 : Structure d'ensemble du rapport final 144</i>	
<i>ANNEXE 6 - Modèle de devis prévisionnel Erreur ! Signet non défini.</i>	

1. CONTEXTE DE L'ÉVALUATION

Parmi les Objectifs du millénaire pour le développement (OMD), le 4^{ème} (réduction de la mortalité infantile) et le 5^{ème} (réduction de la mortalité maternelle et accès aux soins de santé de la reproduction) sont ceux pour lesquels les résultats sont les plus faibles, malgré des progrès réalisés grâce aux interventions prioritaires reconnues pour leur efficacité : présence de personnel qualifié lors de l'accouchement, disponibilité et accès aux soins obstétricaux d'urgence, accès à la planification familiale et, plus généralement, amélioration des droits des femmes et de l'éducation des filles.

Chaque année, environ 10 millions d'enfants meurent avant l'âge de cinq ans sur 133 millions de naissances vivantes, et entre 350 000 et 500 000 décès maternels surviennent dans le monde, dont plus de 99 % dans les pays pauvres.

La France est fortement engagée en faveur de l'accès à la santé des enfants et des femmes, et de la promotion des droits sexuels et reproductifs. Les Objectifs du millénaire pour le développement 4 et 5 sont au cœur de sa stratégie de coopération.

Lors du sommet de Muskoka, en juin 2010, les pays du G8 se sont engagés à apporter 5 milliards de dollars additionnels d'ici 2015 pour accélérer l'atteinte des Objectifs du millénaire pour le développement 4 et 5 dans l'ensemble des pays en développement. Dans ce cadre, la France s'est engagée à apporter une enveloppe additionnelle de 500 millions d'euros sur la période 2011-2015 ciblée prioritairement sur 22 pays, regroupant la plupart des pays pauvres prioritaires listés par le CICID (Bénin, Burkina Faso, Comores, Guinée, Madagascar, Mali, Mauritanie, Niger, République centrafricaine, République démocratique du Congo, Tchad, Togo, Sénégal), des pays en sortie de crise (Afghanistan, Haïti), d'autres pays africains francophones (Cameroun, Congo, Côte d'Ivoire) ainsi que des pays de la Corne de l'Afrique uniquement pour le soutien à la vaccination (Djibouti, Éthiopie, Érythrée, Somalie).

Outre les pays du G8, d'autres pays (Pays-Bas, Espagne, Suède, etc.), des fondations (fondations Gates, Hewlett, Rockefeller, etc.) et des organisations internationales (OMS, Fonds mondial, UNICEF, GAVI, FNUAP, Banque mondiale, etc.) ont souscrit à « l'Initiative Muskoka ».

L'Initiative vise au « renforcement des systèmes de santé nationaux pris en charge par les pays eux-mêmes dans les pays en développement, de façon à permettre des interventions cruciales tout au long du continuum de soins, c'est-à-dire avant et pendant la grossesse, à l'accouchement, auprès des nourrissons et pendant la prime enfance »²⁴.

Le groupe de travail santé du G8 a développé une méthodologie destinée à suivre les contributions des donateurs à la santé reproductive, maternelle, néonatale et infantile (SRMNI). Cette méthodologie est basée sur les codes du Système de notification des pays créanciers (SNPC) du Comité d'aide au développement (CAD). Elle intègre le fait que les dépenses de différents secteurs peuvent contribuer à améliorer la santé des mères et des enfants (par exemple, dépenses affectées au renforcement des systèmes de santé, à la lutte contre les maladies infectieuses, ou à l'amélioration de l'approvisionnement en eau et de l'assainissement). Cette méthodologie préconise de mesurer les contributions sur la base des versements des donateurs et de mesurer le caractère additionnel des financements par rapport aux versements effectués lors de l'année de référence, qui a été fixé à l'année 2008.

La contribution de la France est mise en œuvre par le MAE, responsable pour le secteur de la santé de la coopération multilatérale, de l'enseignement supérieur et de la recherche, et par l'AFD, responsable dans ce secteur de la mise en œuvre de l'aide bilatérale. Pour la période 2011-2015, la mise en œuvre a été répartie comme suit :

²⁴ Déclaration du G8 à Muskoka (<http://www.pm.gc.ca/fra/nouvelles/2010/06/26/declaration-du-g8-muskoka-reprise-et-rennaissance>).

- le MAE consacre 52 M€ par an à des interventions en faveur de la santé maternelle et infantile. Pour la mise en œuvre de cette contribution, le Ministère a choisi de s'appuyer sur des organisations internationales intervenant dans les secteurs de la santé maternelle et infantile (FNUAP, UNICEF, OMS, AMPS, ONU FEMMES, Alliance GAVI, Fonds mondial, AKDN).
- l'AFD engage des nouveaux projets en faveur de la santé des mères et des enfants dans les pays éligibles aux engagements de Muskoka à hauteur de 48 M€ par an. Ces projets prennent la forme de subventions. Les fonds sont issus du programme 209 et l'enveloppe Muskoka est incluse dans l'enveloppe globale d'autorisations d'engagements déléguée annuellement par le MAE. Cet objectif est mentionné dans son Contrat d'objectifs et de moyens.

Pour l'AFD, ces projets dits « projets Muskoka » sont instruits par la division santé et protection sociale. Ils sont mis en œuvre selon les procédures classiques de l'AFD et suivent le cycle habituel du projet. Ils seront évalués à leur achèvement conformément à la politique d'évaluation de l'Agence.

Pour le MAE, les fonds « Muskoka » transitent principalement par le canal multilatéral.

- Trois projets sont mis en œuvre par quatre agences des Nations Unies (Organisation mondiale de la santé (OMS), le Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF), le Fonds des Nations Unies pour la population (UNFPA) et l'Entité des Nations Unies pour l'égalité des sexes et l'autonomie des femmes (ONU Femmes) et financés sur le Fonds de Solidarité Prioritaire (FSP) pour un budget annuel de 19M€ par an. Les quatre agences sont réunies autour d'un cadre commun d'analyse et d'interventions coordonnées de lutte contre la mortalité maternelle et infantile.
- La Fondation Aga Khan pour le Développement (AKDN) dispose également d'un budget FSP de 0,5M€ par an pour l'Afghanistan et les pays limitrophes.
- Par ailleurs, l'Alliance mondiale pour les vaccins (GAVI) bénéficie d'une contribution annuelle complémentaire de 5,5 M€ sur FSP qui s'ajoute à l'engagement global français auprès de GAVI via l'IFFIm, le mécanisme de Facilité internationale pour le financement de la vaccination (1,3 milliard d'euros entre 2006 et 2026) et les contributions annuelles directes.
- Enfin, la contribution annuelle au Fonds Mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme est passée de 300 à 360 M€/an en 2011. Selon la méthodologie de redevabilité définie par le G8, 46 % de cette augmentation, soit 27 M€, participe directement à l'atteinte des OMD 4 et 5.

Le pilotage des engagements bi/multi du FSP est assuré par un comité de pilotage présidé par le MAE, composé des directeurs de départements des 4 agences, de représentants de l'AFD et du Ministère de la santé. Il se réunit chaque année.

Par ailleurs, un comité technique assure le suivi de la mise en œuvre de ces projets. Il est composé de représentants techniques des agences, de deux conseillers régionaux de coopération en santé et du point focal Muskoka du MAE. Il se réunit trois à quatre fois par an.

Il convient de noter que les FSP mis en œuvre par l'OMS, UNICEF et le FNUAP-ONU Femmes feront l'objet d'une évaluation qui débutera au second semestre 2014. Par ailleurs, l'instrument FSP (hors FSP Muskoka) fait actuellement l'objet d'une évaluation (résultats attendus au 1^{er} trimestre 2014). Enfin, la contribution de la France à l'Alliance GAVI sera évaluée en 2014.

2. OBJECTIFS DE L'EVALUATION

Cette démarche d'évaluation entend répondre à un double enjeu :

- ⇒ **de redevabilité/ de communication** vis-à-vis du citoyen et du contribuable par rapport à l'utilisation des deniers publics. Il s'agira ici de dresser un état des lieux des actions engagées par la France en faveur de la santé des femmes et des enfants et d'apprécier de

manière objective leur pertinence, leur efficacité et leur durabilité. L'évaluation devra également fournir des éléments sur leur efficacité, en analysant notamment dans quelle mesure et à quelles conditions les résultats attendus pourront être atteints.

- ⇒ **d'apprentissage** : il s'agira de tirer des enseignements de la mise en œuvre actuelle des projets et formuler des recommandations stratégiques (positionnements, modalités d'intervention) et opérationnelles (pour la mise en œuvre des projets en cours et pour l'instruction des nouveaux projets 2014 et 2015).

L'évaluation sera à la fois **rétrospective** et **prospective**. La vision rétrospective sera nécessairement limitée étant donné le caractère récent de la mise en place des financements. La vision prospective devra aller au-delà de 2015 en vue de fournir à la France des éléments de réflexion qui permettront de renforcer la qualité de futurs programmes de la coopération française dans ce domaine.

3. CHAMP DE L'EVALUATION

Le **champ thématique** de l'évaluation porte sur les projets Muskoka stricto sensu, c'est-à-dire sur les projets engagés sur les fonds français Muskoka (100 M€ par an sur la période 2011-2015, cf. annexes 2 et 3).

Pour l'AFD, il s'agit uniquement des projets en subvention instruits par la division santé et protection sociale. Les thématiques prioritaires retenues dans le cadre de ces appuis sont : la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME), la vaccination, la nutrition mère-enfant, la réduction de la mortalité maternelle et néonatale avec ses trois piliers : i) la planification familiale ; ii) les soins obstétricaux et néonataux d'urgence et l'accouchement par du personnel qualifié ; iii) les ressources humaines en santé. De manière transversale à toutes ces thématiques une attention particulière est portée à la promotion des droits des femmes.

La mesure des contributions françaises additionnelles selon la méthodologie développée par le groupe de travail santé du G8 n'entre pas dans le champ de la présente évaluation.

Néanmoins, les trois études de cas « pays » devront permettre de mesurer l'articulation des projets Muskoka avec toutes les interventions financées par la DGM et l'AFD en faveur des OMD 4 et 5 (projets eau et assainissement, projets portés par des ONG, aide budgétaire, etc. ; cf. annexe 4).

Le **champ temporel** de l'évaluation concernera la période 2011- 2015.

Le **champ géographique** couvrira l'ensemble des 22 pays cibles du MAE et de l'AFD dans ce secteur : Bénin, Burkina Faso, Comores, Guinée, Madagascar, Mali, Mauritanie, Niger, République centrafricaine, République démocratique du Congo, Tchad, Togo, Sénégal, Afghanistan, Haïti, Cameroun, Congo, Côte d'Ivoire ainsi que des pays de la Corne de l'Afrique uniquement pour le soutien à la vaccination (Djibouti, Ethiopie, Erythrée, Somalie).

Des études de cas seront spécifiquement conduites dans trois pays : **le Sénégal, la République démocratique du Congo et la Guinée**. Le Sénégal est retenu car il bénéficie à la fois d'un projet AFD qui débute et de l'implantation du bureau régional de l'UNICEF qui coordonne le suivi-évaluation des FSP Muskoka et la mise en œuvre des crédits capitalisation-recherche ainsi que des bureaux régionaux du FNUAP et d'ONU Femmes. Le cas de la RDC est intéressant car il combine des appuis de l'OMS, de l'AMPS et d'ONU Femmes et un projet de l'AFD décaissé à 40 %. Enfin, la Guinée est retenue car elle bénéficie d'interventions de tous les opérateurs FSP (« pays phare ») et d'un projet de l'AFD dont la mise en œuvre est déléguée à la Commission européenne.

4. CAHIER DES CHARGES DE L'EVALUATION

Le cahier des charges de la présente évaluation se décline en deux parties correspondant aux objectifs fixés pour cette évaluation :

- (1) **Etat des lieux** des interventions françaises dites Muskoka
- (2) Evaluation de **l'approche stratégique et opérationnelle adoptée par la France** pour mettre en œuvre ses engagements Muskoka.

Ce cahier des charges abordera également des éléments de méthodologie (3) et présentera les attentes du commanditaire sur les recommandations (4).

4.1 Etat des lieux des interventions françaises dites « Muskoka »

Le travail de l'équipe d'évaluation consistera à dresser un état des lieux des interventions françaises mises en œuvre dans le cadre de l'initiative Muskoka.

Devront figurer dans ce bilan les éléments suivants :

- ⇒ une comparaison de la France avec les principaux bailleurs bilatéraux (notamment Royaume Uni, Canada, Etats-Unis, Norvège et Suède) sur la place donnée à la santé reproductive, maternelle, néonatale et infantile (SRMNI)
- ⇒ pour chaque pays cible de l'étude, un bref **rappel des principales problématiques** et stratégies en matière de santé publique et de SRMNI ;
- ⇒ une **présentation des interventions mises en œuvre par la France** dans le cadre de ses engagements à Muskoka (par montant engagé, par montant décaissé, par pays, par zone géographique, par année, par instrument, etc.) ;
- ⇒ les **types d'opérateurs** y seront brièvement présentés ainsi que les modalités de conventionnement retenus, de gestion et de suivi des fonds utilisés (traçabilité) ;
- ⇒ les **principaux types d'actions** en matière de santé des femmes et des enfants par zones géographiques (formations, achat d'équipement, prévention, etc.) ;
- ⇒ les **principales thématiques financées** par zones géographiques (nutrition, planification, éducation, médicaments,...) ;
- ⇒ une brève **présentation des principaux bailleurs bilatéraux et multilatéraux** impliqués dans l'amélioration de la santé des femmes et des enfants dans chaque pays ;
- ⇒ **le mode de fonctionnement du dispositif d'intervention** (mise en œuvre des actions, responsabilités, coordination). Seront ainsi examinées les modalités de travail entre le Département, les postes, l'AFD et les autres opérateurs retenus pour la mise en œuvre des actions françaises « Muskoka ».

Ce bilan s'appuiera en premier lieu sur les travaux déjà réalisés, et notamment sur les évaluations pays effectuées par l'UNICEF au titre du suivi des FSP Muskoka. Ce bilan pourra être formalisé sous forme de fiches pays et fiches thématiques.

4.2. Evaluation de l'approche stratégique et opérationnelle adoptée par la France :

Le prestataire retenu s'attachera à répondre, de manière argumentée, au questionnement suivant. Les recommandations, d'ordre stratégique et opérationnel, seront déduites des réponses apportées.

Pertinence/Alignement

Q1: Le programme développé par la France (MAE et AFD) est-il cohérent avec les engagements énoncés dans la déclaration du G8 à Muskoka ? Dans quelle mesure les financements engagés sont-ils additionnels ? Quels était la logique sous-tendant la répartition des crédits, notamment entre les financements bilatéraux et les différents financements multilatéraux (FSP bi-multi et augmentation des contributions à l'Alliance Gavi et au Fonds mondial) ? 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 ? Comment s'est opéré le choix des pays cibles ? Comment ce programme s'articule-t-il avec les priorités et stratégies nationales des pays bénéficiaires (articulation fonds commun santé notamment et plans nationaux de développement sanitaire) ?

Cohérence

Q2 : Quelles sont les complémentarités/synergies des actions portées par les opérateurs du FSP entre eux ? Quelles sont les complémentarités/synergies des actions MAE (FSP) et des actions mises en œuvre par l'AFD ? La mise en œuvre des différentes interventions est-elle coordonnée ? Pour les projets pays de l'AFD, les synergies avec les opérateurs du FSP sont-elles plus fortes lorsque des interventions sur FSP sont prévues dans le pays ?

Q3 : Dans quelle mesure les actions françaises Muskoka sont-elles complémentaires des actions des autres bailleurs (notamment multilatéraux) ? Quels sont les mécanismes de coordination existants entre les différents bailleurs intervenant dans ce secteur ? Quels effets de leviers produits/attendus ? 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 ? Le choix de soutenir le mécanisme de coordination HHA est-il générateur de valeur ajoutée ?

Q4 : L'Initiative a-t-elle amené les pays bénéficiaires des interventions françaises à intensifier leurs efforts en faveur de la santé maternelle et infantile et à adapter leur stratégie en conformité avec les recommandations internationales en matière de SRMNI ? Que peut-on dire sur la valeur ajoutée de l'initiative française Muskoka (positionnement) ?

Efficience

Q5 : Pour le MAE, en quoi les modalités de mises en œuvre notamment partenariales et les moyens de pilotage et de suivi, permettent-elles une réalisation efficace des projets ? Sera notamment étudiée la question du suivi, de l'association des postes, du conseiller régional santé (CRCS) et de la société civile.

Q6 : Le recours, pour partie, à des agences onusiennes pour la mise en œuvre des FSP Muskoka est-il générateur de plus-value d'un point de vue technique et financier ? Le recours à l'Alliance GAVI, à la Fondation AKDN ou au Fonds mondial est-il source de valeur ajoutée ?

Q7 : Comment les différentes fonctions permettant à cette initiative de fonctionner ont-elles été assurées au MAE et à l'AFD (programmation financière, pilotage stratégique, identification et sélection des projets, suivi-évaluation, capitalisation) ? Sera notamment étudié le rôle de la comitologie (comité de pilotage Muskoka, comité technique,...). . Quelle appréciation peut-on porter sur la qualité du suivi des actions, sur les échanges d'informations avec les Ambassades de France, leurs services de coopération, l'AFD et le Département ?

Q8 : Dans quelle mesure l'expertise technique est-elle mobilisée dans les projets ? Quel rôle joue-t-elle ?

Efficacité

Q9 : 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) ? Les évaluateurs indiqueront les réalisations qui ont le plus de chance d'avoir des effets pérennes.

Q10 : Dans quelle mesure et à quel niveau (local/régional) le programme d'actions porté par la France est-il été vecteur de changement et perçu comme tel par les acteurs concernés ? Dans quelles conditions, le programme d'actions porté par la France pourrait-il être vecteur de changement et perçu comme tel par les acteurs concernés ?

Durabilité financière/Appropriation

Q11 : Quelle est la viabilité financière et opérationnelle des actions françaises Muskoka ?

Q12 : Les interventions contribuent-elles à renforcer les systèmes de santé des pays bénéficiaires ? Le dialogue avec les autorités locales et la conduite partenariale des projets sont-ils suffisants ? Les capacités locales sont-elles suffisamment renforcées pour assurer la continuité des activités mises en place et garantir la poursuite des actions ? Quels sont les facteurs clés de succès à mobiliser pour atteindre cet objectif ?

Visibilité / partenaire

Q13 : Quelle perception les partenaires des pays bénéficiaires ont-ils de l'initiative Muskoka ? Identifie-t-on l'aide française ?

Q14 : 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 ?

Genre

Q15 : Comment la dimension « Genre » a-t-elle été prise en compte dans le cadre de ce programme et comment pourrait-elle être renforcée dans les programmations à venir ? Les projets ont-ils pris en compte la manière dont les relations hommes-femmes pouvaient affecter leur mise en œuvre par le biais d'études préalables et d'analyse de données de base ? Les projets précisent-ils des stratégies et objectifs pertinents concernant la réduction des inégalités hommes-femmes dans le domaine de la santé ? Sinon, cela aurait-il été nécessaire ? Des activités ont-elles été définies et mises en œuvre de manière à réaliser ces objectifs, et les indicateurs pertinents ont-ils été prévus pour le mesurer ?

4.3 Eléments de méthodologie

Une grande partie du travail d'évaluation reposera sur une **analyse documentaire** et sur des **entretiens à Paris et à Genève**. L'analyse documentaire sera effectuée à partir des documents de projets pour les projets engagés par le MAE et l'AFD, des réponses des postes diplomatiques au questionnaire envoyé par la DGM (mars 2013), des rapports de suivi ou d'évaluation des opérateurs mettant en œuvre la contribution du MAE (Alliance GAVI, Fonds mondial, UNICEF, etc) ainsi que des documents d'autres bailleurs de fonds bilatéraux.

Les entretiens seront notamment réalisés :

- à Paris avec les différents services concernés de l'AFD et du MAE ;
- à Genève avec les représentants des organisations bénéficiaires des fonds Muskoka (Secrétariat de l'Alliance GAVI, Fonds Mondial, OMS, FNUAP, AKDN, AMPS).

Des entretiens téléphoniques pourront être utiles pour préparer les missions de terrain.

Ce travail sera complété par **trois missions de terrain** à conduire au Sénégal, en RDC et en Guinée.

Ces missions ont pour objectif de permettre aux évaluateurs de rencontrer les différentes parties prenantes des projets, de juger, le cas échéant, des premières réalisations et de porter ainsi un jugement plus approfondi permettant de nourrir les réponses aux questions évaluatives.

A Dakar, des entretiens seront à prévoir avec les représentants des bureaux régionaux des bénéficiaires des fonds Muskoka (UNICEF, FNUAP, ONU femmes).

Pour chacun de ces trois pays, il sera demandé de conduire une étude de cas, répondant aux caractéristiques suivantes :

- ⇒ une présentation du contexte politique et de la politique nationale dans le secteur de la santé des femmes et des enfants ;
- ⇒ une description succincte des dispositifs des autres coopérations, bilatérales ou multilatérales intervenant dans ce domaine ;
- ⇒ un rappel des spécificités du programme français (MAE/AFD) et un historique des principales étapes de sa mise en œuvre ;
- ⇒ une présentation des actions réalisées et des premiers résultats obtenus. Les écarts par rapport aux prévisions seront expliqués. Il sera également indiqué les ressources humaines et financières mobilisées pour la réalisation du programme et leur répartition. Elle décrira son mode de fonctionnement (pilotage, suivi, mise en œuvre, coordination et responsabilités de ses principales parties prenantes), sa relation avec les autres acteurs concernés et ses méthodes d'intervention.

L'étude devra analyser précisément comment les interventions françaises s'inscrivent dans les dispositifs ou partenariats internationaux existants et comment ils s'articulent avec les interventions des autres bailleurs de fonds. Les éventuelles complémentarités entre les différentes interventions françaises concourant à la réalisation des OMD 4 et 5 seront étudiées (cf. liste en annexe 4).

La mission au Sénégal aura également une dimension plus transversale puisqu'elle permettra aux évaluateurs d'analyser les composantes transversales des FSP Muskoka et de rencontrer les bureaux régionaux des principaux opérateurs des FSP.

Une description plus complète de la méthodologie envisagée est attendue dans les offres techniques.

4.4 Présenter les principales conclusions et formuler des recommandations argumentées, notamment, sur les points suivants :

- ⇒ Quelles sont les forces et les faiblesses des interventions françaises Muskoka?
- ⇒ Quelles pourraient être les bonnes pratiques à retenir dans la mise en œuvre actuelle des actions Muskoka (réplicabilité) ?
- ⇒ Dans quelle mesure et comment la conception, l'efficience, l'efficacité, l'impact et la visibilité des projets financés par la France pourraient être améliorés dans le cadre des programmations à venir (2014, 2015 et au-delà) ?
- ⇒ De nouveaux chantiers, non explorés ou insuffisamment sont-ils à mettre en œuvre ou à développer ?
- ⇒ Enfin, quelles pourraient être les modalités d'un nouveau dispositif post 2015 ? Quels pourraient être les axes à privilégier, les priorités à définir, les objectifs à resserrer ?

5. ORGANISATION DE L'EVALUATION

Le dispositif d'évaluation comprend :

- un **comité de pilotage**, composé de parlementaires, de représentants du Ministère des affaires étrangères, de représentants de l'AFD, d'un représentant du FNUAP (qui préside actuellement le comité technique des FSP Muskoka) et de la société civile. Le comité de pilotage assure un rôle de conseil, dans le respect de la responsabilité du maître d'ouvrage, à toutes les étapes clés de l'évaluation (sélection du prestataire, suivi de la mission, analyse du rapport d'évaluation). Le pôle de l'évaluation de la DGM et la division évaluation de l'AFD assureront conjointement le secrétariat de ce comité.

- un **comité technique** d'évaluation composé de représentants des pôles et divisions de l'évaluation de la DGM et de l'AFD, commanditaires de la présente étude, assistés de représentants du pôle santé de la DGM et de la division santé de l'AFD. Il assure le suivi en continu et la responsabilité technique de l'évaluation.

L'évaluation se déroulera en **quatre phases**.

La première réunion du comité de pilotage sera consacrée à la sélection de l'équipe d'évaluation.

■ Phase 1 - Cadrage de l'étude : Cette phase doit permettre de préciser les attentes du commanditaire, de vérifier la bonne compréhension des termes de référence, de clarifier les questions évaluatives, d'échanger sur la méthodologie employée par l'équipe d'évaluation aux différentes phases, sur la documentation remise à cette occasion (documentation, liste des contacts pour les entretiens), sur l'organisation générale de l'évaluation et la présentation des divers livrables.

Livrable : après les entretiens de cadrage et l'étude des principaux documents, l'évaluateur remet au commanditaire une **note de cadrage** dans laquelle il résume les objectifs et la problématique de l'évaluation, il présente des propositions méthodologiques dont une analyse des questions évaluatives et une présentation d'un référentiel d'évaluation accompagné d'un plan de travail détaillé (15 à 20 pages maximum).

Délai : la note est envoyée au commanditaire dans un délai de quinze jours à compter de l'entretien de cadrage.

Validation : la note est présentée par l'évaluateur au cours d'une réunion avec le **comité de pilotage** (2^{ème} réunion) qui formule ses observations et la valide en l'état ou avec des modifications à effectuer.

■ Phase 2 - Etude documentaire et entretiens en France et à Genève : l'évaluateur étudie les documents indiqués en annexe 7 et ceux qui pourraient lui être remis au cours des entretiens ; il effectue les entretiens utiles à partir de la liste des contacts en France et à Genève qui lui sera remise lors des premiers entretiens de cadrage.

Livrable : A l'issue de cette phase, l'évaluateur présente un **rapport documentaire** rassemblant les informations recueillies pour réaliser l'état des lieux demandé aux points 4.1. Ce rapport, par ailleurs, expose l'état de la réflexion sur les questions évaluatives à cette étape de l'étude et l'approche méthodologique envisagée pour les visites dans les trois pays de mission. Il indique les informations qui restent à rechercher dans le cadre des missions de terrain. La liste des documents étudiés et le programme des entretiens réalisés/et à réaliser sont annexés. Les noms et fonctions des personnes rencontrées et/ou à rencontrer sont indiqués.

Délai : Le rapport d'étape est adressé au commanditaire dans un délai de 4 semaines à compter de la validation de la note de cadrage.

Validation : l'évaluateur présente le rapport d'étape au comité de pilotage (3^{ème} réunion) qui fait part de ses observations et l'approuve en l'état ou avec des modifications à effectuer.

■ Phase 3 - Visites de terrain en Guinée, au Sénégal et en RDC : le consultant rencontrera les principaux acteurs concernés et les bénéficiaires. Les prises de rendez-vous seront facilitées par le service de coopération de l'Ambassade de France et l'agence locale de l'AFD. Chaque mission sera conclue par une réunion de restitution « à chaud » à l'Ambassade de France.

Livrable : Chaque mission fait l'objet d'un **rapport** adressé au commanditaire accompagnée d'une **synthèse** des trois missions. Ils présentent l'essentiel de leurs résultats, y compris les observations formulées lors des réunions de restitution. Le programme détaillé réalisé au cours de la mission est annexé. Les noms et fonctions des personnes rencontrées sont indiqués.

Délai : les rapports de mission et leur synthèse sont adressés au commanditaire dans un délai de 15 jours à compter du retour de la mission.

Validation : l'évaluateur présente les rapports et la synthèse au comité de pilotage (4^{ème} réunion) qui fait part de ses observations et l'approuve en l'état ou avec des modifications à effectuer qui seraient validées le cas échéant par échange de mails.

■ **Phase 4 - Rédaction du rapport d'évaluation** : cette phase est décomposée en deux étapes, la rédaction du projet de rapport d'évaluation et sa finalisation.

□ **Projet complet de rapport d'évaluation** : Le rapport provisoire ne dépasse pas 80 pages, hors annexes. Il comprend une synthèse de 10 à 15 pages reprenant l'essentiel du bilan, des appréciations et des recommandations de l'évaluateur et un tableau des points forts et points faibles du programme français Muskoka.

Délai : le projet de rapport est remis dans un délai de 3 semaines à compter de la réunion du comité de pilotage de la phase 3.

Validation : le projet de rapport est présenté au comité de pilotage (5^{ème} réunion) qui fait part de ses observations et l'approuve en l'état ou avec des modifications à effectuer.

□ **Rapport final d'évaluation** : Le rapport final prend en compte les observations éventuelles du comité de pilotage.

Délai : il est adressé au commanditaire dans un délai de 15 jours à compter de la réunion du dernier comité de pilotage.

Validation : le rapport final est validé par courrier électronique.

Le rapport d'évaluation est établi conformément à la charte éditoriale des rapports d'évaluation du MAE remise à l'évaluateur au démarrage de ses travaux. Il doit comporter la mention suivante :

« Ce rapport est un document interne établi à la demande du Ministère des Affaires Etrangères et Européennes. Les analyses et commentaires développés n'engagent que leurs auteurs et ne constituent pas une position officielle. La diffusion de ce rapport a un caractère limité et son usage est strictement limité au cadre officiel ». Le document n'engagera que ses rédacteurs et en aucun cas les autorités françaises et les partenaires du programme. Ceux-ci décideront ensuite de son utilisation et de sa diffusion.

Le rapport final devra être achevé et disponible le 15 septembre 2014 au plus tard dans sa version définitive. Ce rapport devra être préparé en vue de son édition dans la collection " évaluations " du ministère des Affaires étrangères. Dans la perspective d'une éventuelle publication, il est demandé à l'évaluateur de fournir obligatoirement au moins 6 photographies libres de droits sur support numérique (300 DPI minimum) permettant d'illustrer l'évaluation pour la 1^{ère} et la 4^{ème} de couverture.

Remarque : tous les livrables seront rédigés en français et adressés au service commanditaire en versions word et pdf.

■ **Réunion de restitution** : une restitution sera organisée à Paris courant octobre 2014.

Le calendrier des réunions des comités de pilotage et de suivi suivra le plan de travail exposé ci-dessus. Celui-ci est donné à titre indicatif, le **rapport final étant attendu au plus tard le 15 septembre 2014.**

6. CALENDRIER INDICATIF

L'évaluation se déroulera sur une période de 9 mois. Le calendrier prévisionnel est le suivant :

- mise en concurrence (décembre-janvier 2014) ;
- réception des candidatures et sélection du candidat (début février 2014) : *1er comité de pilotage* ;
- établissement du marché par le MAE et notification (février/mars 2014) ;
- entretiens de cadrage avec l'équipe d'évaluation retenue en comité technique suivie de la rédaction d'une note de cadrage présenté en comité de pilotage (fin mars 2014) *2ème comité de pilotage* ;
- première phase d'analyse et de collecte des données (avril 2014) ;
- présentation du rapport documentaire (fin avril 2014) : *3ème comité de pilotage* ;
- missions de terrain et rédaction des rapports de mission et de leur synthèse (mai 2014) : *4ème comité de pilotage (juin 2014)*
- remise du rapport provisoire (fin juin 2014) présenté en réunion du comité de pilotage : *5ème comité de pilotage (1ère quinzaine de juillet 2014)* ;
- remise du rapport final : ce rapport devra impérativement être finalisé **le 15 septembre 2014 au plus tard** ;
- **restitution : courant octobre 2014**

7. EXPERTISE

Les candidats sont invités dans leurs offres à :

- ⇒ présenter une offre méthodologique et une proposition financière, cette dernière établie sur le modèle de bordereau des prix joint en *annexe du CCAP*.
- ⇒ indiquer clairement les fonctions de chaque membre de l'équipe et identifier un chef d'équipe ;
- ⇒ classer les références des experts proposés (CV de 4/5 pages maximum) ;
- ⇒ préciser pour chaque membre de l'équipe proposée les tâches qui lui seront confiées et le nombre total de jours/expert prévu. A cet effet, un tableau de répartition des jours-experts par membre de l'équipe et par principale étape des travaux sera obligatoirement établi ;
- ⇒ proposer un chronogramme en indiquant la disponibilité du prestataire sur la période couvrant les six mois suivant la remise de l'offre.

L'évaluation sera confiée à une équipe de consultants, qui réunira les compétences suivantes :

- compétence en matière **d'évaluation des politiques publiques** dans le domaine de l'aide au développement en matière de santé ;
- compétence en **santé reproductive, maternelle, néonatale et infantile** (SRMNI) dans les pays en développement ;
- connaissances théoriques et techniques en matière de genre ;
- connaissance du dispositif français d'aide au développement et des mécanismes des bailleurs multilatéraux et bilatéraux de la coopération internationale ;
- expérience significative dans un ou plusieurs pays cibles de l'étude ;
- maîtrise du français et de l'anglais.

Afin de s'assurer de la qualité et de la validité des résultats de l'évaluation (lien entre les observations, les constatations, les jugements portés et les conclusions et recommandations), il est demandé aux évaluateurs de présenter clairement les méthodes d'investigation et d'analyse qu'ils envisagent de mettre en place pour répondre aux exigences de cette évaluation.

Principe de distanciation (charte de la société française d'évaluation)

L'évaluation est conduite de façon impartiale. Les personnes participant à l'évaluation à titre professionnel informent les autres partenaires de tout conflit d'intérêt éventuel.

Le processus d'évaluation est conduit de façon autonome par rapport aux processus de gestion et de décision. Cette autonomie préserve la liberté de choix des décideurs publics.

8. BUDGET

Le budget maximum disponible pour cette évaluation s'élève à **90 000€ HT**.

9. CRITERES DE SELECTION DES OFFRES

L'appréciation de l'offre la plus avantageuse économiquement sera fondée sur les critères énoncés ci-dessous avec leur pondération :

- *compréhension générale, démarche méthodologique et organisation de l'expertise* : 40% ;
- *qualification et composition de l'expertise* : 45% ;
- *offre financière* : 15%.

Principe de transparence (charte de l'évaluation)

La présentation des résultats d'une évaluation s'accompagne d'un exposé clair de son objet, de ses finalités, de ses destinataires, des questions posées, des méthodes employées et de leurs limites, ainsi que des arguments et critères qui conduisent à ces résultats.

La diffusion publique des résultats d'une évaluation est souhaitable. Les règles de diffusion des résultats sont établies dès le départ. L'intégrité des résultats doit être respectée, quels que soient les modalités ou les supports de diffusion retenus.

10. NATURE DE LA PROCEDURE ET SOUMISSION DES OFFRES

Il est prévu de conclure un **marché à procédure adaptée** (MAPA, article 28 du code des marchés publics).

Les consultants sont invités à présenter une proposition technique et une proposition financière, cette dernière établie sur le modèle joint en **annexe du CCAP**.

Les consultants sont invités à présenter une proposition technique et une proposition financière, qui seront adressées par **voie électronique** au pôle de l'évaluation via la plate-forme des achats de l'Etat (PLACE).

Ministère des affaires étrangères

DGM/DPR.

Pôle de l'évaluation

avant le lundi 27 janvier 2014 à 16h00, heure de Paris.

Remarque : l'offre technique sera présentée en **deux parties distinctes**, l'offre elle-même d'une part, les références du consultant et des experts, d'autre part. L'offre ne dépassera pas 20 pages.

ANNEXE 1 : Liste des sigles développés

AKDN	Fondation Agha Khan pour le Développement
AMPS	Alliance Mondiale pour les Personnels de Santé
FNUAP	Fonds des Nations-Unies pour la Population
FSP	Fonds de solidarité prioritaire
GAVI	Alliance mondiale pour les vaccins et l'immunisation
HHA	Harmonizing for Health in Africa
IFFIm	Mécanisme de Facilité internationale pour le financement de la vaccination
OMS	Organisation mondiale pour la santé
ONU Femmes	Entité des Nations Unies pour l'égalité des sexes et l'autonomie des femmes
UNICEF	Fonds des nations Unies pour l'enfance

ANNEXE 2 : Les crédits dits « MUSKOKA » mis en œuvre par le MAE

Ventilation des crédits Muskoka par montant engagé :

	2011	2012	2013	2014	2015
Fonds Mondial	27	27	27	27	27
GAVI sur bi/multi	6	5,5	5,5	5,5	5,5
OMS sur bi/multi (dont ressources humaines)*	4,5	4,5	4,5	4,5	4,5
UNFPA sur bi/multi*	5	5	5	5	5
ONU Femme bi/multi*	1	1	1	1	1
UNICEF sur bi/multi*	8,5	8,5	8,5	8,5	8,5
AKDN (Afghanistan et pays limitrophes)	0	0,5	0,5	0,5	0,5
TOTAL	52	52	52	52	52

* les enveloppes des FSP onusiens sont fongibles et peuvent être redéfinies annuellement lors de la signature des avenants.

Un projet FSP d'un montant total de 28 M€ mis en œuvre par l'Alliance GAVI vise à soutenir les interventions de l'Alliance dans l'amélioration de la couverture vaccinale dans les pays prioritaires de la corne de l'Afrique (6 millions d'euros en 2011, puis 5,5 millions d'euros par an de 2012 à 2015).

Un budget de 19 M€/an est affecté aux agences onusiennes suivantes pour la période 2011-2015 :

- l'OMS bénéficie d'un FSP d'un montant total de 4.5 M€ par an, dont 0.5M€ sur les ressources humaines en santé (AMPS), 0.5M€ consacré à la politique du médicament et des dispositifs à usage pédiatrique et en santé maternelle (division médicament), 0.5 M€ consacré aux aspects normatifs de la planification familiale (division RHR), enfin le groupe organique santé familiale et communautaire porte pour 1 M€ un projet consacré à la santé maternelle et pour 2 M€ un programme pour les soins intégrés de l'enfant ;
- l'UNICEF met également en œuvre un projet FSP de 8.5 M€ par an qui comporte une composante HHA de 0.8M€, une composante transversale d'1M€ consacrée au suivi des 3 FSP et une composante activité de recherche-capitalisation pour 6.7M€ ;
- enfin, l'UNFPA dispose de 5 M€ par an et ONU Femmes bénéficie d'1M€/an pour traiter des enjeux de genre dans le secteur de la santé maternelle, néonatale et infantile.

Par ailleurs, un projet spécifique est financé par le FSP et mis en œuvre par l'Aga Khan Development Network (AKDN), depuis 2012, pour des actions en faveur de la santé des femmes et des enfants dans les régions transfrontalières de l'Afghanistan, du Pakistan et du Tadjikistan, à hauteur de 0,5 M€/an pour une période de quatre ans.

Pays d'interventions du FSP bi/multi

Activités	OMS	AMPS	UNICEF	UNFPA	ONUfemmes
Pays phares					
Bénin	x	x	x	x	x
Togo	x	x	x	x	x
Guinée	x	x	x	x	x
Mali	x	x	x	x	x
Côte d'Ivoire	x	x	x	x	x
Niger	x	x	x	x	x
Autres pays					
Tchad		x	x	x	
Senegal	x	x	x	x	
Burkina Faso	x	x			
Haïti	x	x			x
RDC	x	x			

ANNEXE 3 : Les crédits dits « Muskoka » mis en œuvre par l'AFD

Tableau 1 : Projets de l'AFD au titre de sa contribution à l'initiative Muskoka : projets octroyés depuis 2011

Pays	Année d'octroi	Nom du projet	Engagements en euros
BENIN	2011	Bénin : Projet d'amélioration de la santé maternelle et infantile	10 000 000
MALI	2011	FISONG Nutrition Equinut - Agha Khan	835 674
MAURITANIE	2011	Mauritanie : Forfait obstétrical - phase II	2 500 000
MULTI-PAYS	2011	Développement de partenariats et du réseau hospitalier de la FHF	2 000 000
MULTI-PAYS	2011	Appui Santé maternelle et infantile au Mali, Niger, Tchad, Mauritanie - Croix Rouge Française.	7 000 000
NIGER	2011	Aide sectorielle - Programme santé 2	14 000 000
NIGER	2011	FISONG Nutrition - CARE Maman Lumière	675 000
RDCONGO	2011	RDC : Amélioration de la prise en charge de la santé mère-enfant à Kinshasa	8 000 000
BURKINA FASO	2012	SRPF-BF	9 000 000
COMORES	2012	PASCO 2- Appui élaboration politique publique	8 000 000
MADAGASCAR	2012	NUTRIZAZA	900 000
MULTI-PAYS	2012	Développer l'accès à de nouveaux traitements en Afrique	5 000 000
MULTI-PAYS	2012	UICTMR 2 : Renforcement des capacités de lutte contre la tuberculose dans 8	3 500 000

		pays d'Afrique francophone (BJ,CD,TD,CI,CM,NI,BF,CF)	
SENEGAL	2012	Amélioration de la santé maternelle et infantile dans la région de Louga	14 000 000
TCHAD	2012	Projet Santé Urbaine	8 000 000
CÔTE D'IVOIRE	2012	Projet d'intensification de la politique de planification familiale*	7 622 451
GUINEE	2013	Renforcement de la santé de la mère et de l'enfant	10 000 000
MULTI-PAYS	2013	RSIE-COI 2 (Réseau régional de surveillance épidémiologique de l'Océan Indien)	6 000 000
MULTI-PAYS	2013	Renforcement du secteur du laboratoire dans 7 pays d'Afrique de l'Ouest	5 000 000
CÔTE D'IVOIRE	2013	Renforcement du système de santé*	62 199 199
MALI	2013 (à venir)	Malaria Research Training Center	2 000 000
MADAGASCAR	2013 (à venir)	Programme d'appui à la santé de la reproduction à Madagascar	8 000 000
MALI	2013 (à venir)	Facilité ONG Santé Mali	8 000 000

* Projets financés sur ressources C2D

Tableau 2 : Projets de l'AFD au titre de sa contribution à l'initiative Muskoka : prévisions d'engagements 2014 et 2015

Pays	Année	Titre	Montant
Mali	2014	Amélioration de la santé maternelle et infantile dans la région de Mopti et accompagnement de la gratuité provisoire dans le Nord Mali	10 000 000
Niger	2014	Fonds commun - Focus sur l'amélioration de la santé des femmes	12 000 000
Sénégal	2014	Amélioration de la santé maternelle infanto-juvénile	10 000 000

Tchad	2014	Amélioration des services de santé pour les femmes et les enfants et renforcement des mécanismes solidaires de financement de la santé	10 000 000
Centrafrique	2014	Facilité ONG	3 000 000
Haïti	2014		3 000 000
Afghanistan	2014		6 000 000
RDC	2015	Améliorer les conditions de santé de la population de Kinshasa, en améliorant la qualité et l'accessibilité des soins pour tous	10 000 000
Togo	2015	Mise en œuvre du PNDS (2012 - 2015), en visant spécifiquement la SMNRI	8 000 000

Cette liste pourra être complétée au cours de l'évaluation.

ANNEXE 4 : Projets de l'AFD contribuant à la réalisation des engagements pris par la France au sommet de Muskoka au Sénégal, en RDC et en Guinée (hors projets listés à l'annexe 3)

Sénégal

Division technique	Désignation concours	Année d'octroi	Bénéficiaire	Engagements nets (euro)	% Muskoka
DPO	Vivre en brousse	2009	Vivre en brousse	217 900	15%
	Prêt budgétaire	2012	SENEGAL	130 000 000	4%
SAN	Sénégal : Fondation Institut Pasteur de Dakar : production vaccin fièvre jaune	2010	FIPD	1 000 000	40%

Guinée

Division technique	Désignation concours	Année d'octroi	Bénéficiaire	Engagements nets (euro)	% Muskoka
EAA	Assainissement du quartier de Yimbaya	2008	Assainissement Conakry	748 000	15%
	Aide budgétaire 2012	2012	Guinée	5 000 000	4%
DPO	Essentiel – Santé : Santé pour tous : santé, protection sociale et dynamiques concertées	2013	Essentiel Santé	497 000	40%

République Démocratique du Congo

Division technique	Désignation concours	Année d'octroi	Bénéficiaire	Engagements nets (euro)	% Muskoka
DPO	Amélioration de l'hygiène hospitalière et communautaire de Kinshasa, Bas-Congo et de Lubumbashi par mise en place Cellule pour Promotion Pratiques d'Hygiène (CEPPHY)	2009	IECD	240 000	40%
DPO	Lutte contre les violences sexuelles par le développement d'un programme de santé mentale communautaire dans la province du Nord Kivu	2011	MDM PARIS	500 000	40%
EAA	Eau Beni	2010	SOLIDARITE	500 000	15%
EAA	EAH KINSHASA	2007	RDC	8 000 000	15%

Multi-pays

Division technique	Désignation concours	Année d'octroi	Bénéficiaire	Engagements nets (euros)	% Muskoka
EAA	FISONG GRET EAU VIVE Assainissement, déchets, hygiène : mécanismes pérennes et compétences locales (Sénégal , Mauritanie)	2012	GRET	653 160	15%
	Aide budgétaire au PER de l'UEMOA 2012-2013	2013	UEMOA	40 000 000	4%
SAN	Appui au diagnostic des maladies infectieuses (Sénégal , Burkina, Mali)	2008	Fondation Mérieux	3 000 000	40 %
SAN	ONUSIDA – Formation (Afrique francophone)	2009	ONUSIDA	400 000	46 %
SAN	Partenariat hospitalier (RDC)	2009	CHU Toulouse	49 900	40 %
SAN	Couverture du risque maladie dans les	2010	UEMOA	5 400 000	40%

	États membres de l'UEMOA				
	UEMOA ABG 2011	2011	UEMOA	20 000 000	4%
DPO	MDM VIH Hépatites (RDC , Tanzanie, Georgie, Kenya, Birmanie)	2012	Médecins du Monde	1 600 000	46%
DPO	Sidaction – Afrique GRANDIR - phase 2 (Bénin, Burkina, Côte d'Ivoire, Mali, Togo, Cameroun, Congo, Tchad, RDC , Burundi)	2010	SIDACTION	640 000	46%
DPO	Empowerment des acteurs de lutte contre le sida (Maroc, Algérie, Tunisie, Mauritanie, Mali, Sénégal , Niger, Burkina Faso, Guinée , Côte d'Ivoire, Togo, Bénin, Tchad, Cameroun, République Centrafricaine, Gabon, Congo, RDC , Burundi, Rwanda)	2011	AIDES	1 500 000	46%
DPO	Programme "Droits Egalité Citoyenneté Inclusion des Personnes Handicapées en Afrique de l'Ouest	2011	Handicap international	2 050 000	40%

Cette liste pourra être complétée au cours de l'évaluation.

ANNEXE 5 : Structure d'ensemble du rapport final

Le rapport d'évaluation finale doit comporter les éléments suivants :

- un sommaire paginé ;
- une liste des sigles utilisés (avec leur équivalent français quand ils existent) ;
- une synthèse du rapport : de 10 à 15 pages. Cette synthèse doit présenter les points suivants :
 - les programmes à évaluer (succinctement) et les objectifs de l'évaluation,
 - les différentes questions auxquelles l'évaluateur a tenté de répondre induites par la problématique de l'évaluation,
 - les conclusions relatives à chacune des parties
 - les recommandations correspondantes à chaque conclusion.
- une présentation des programmes évalués
- un rappel méthodologique : choix opérés, techniques utilisées, étapes du travail d'évaluation ;
- une analyse : celle-ci doit être organisée à partir des entretiens, des données recueillies et des observations effectuées. Elle est effectuée selon les critères communément retenus dans le domaine de l'évaluation des politiques publiques ;
- des conclusions : celles-ci doivent être explicitées de façon claire ;
- des recommandations

Les annexes du rapport comportent, dans l'ordre :

- les termes de référence de l'évaluation et une présentation des experts.
- les programmes réalisés des missions de terrain et des entretiens en France. Les noms et fonctions des personnes rencontrées sont indiqués.
- les rapports de mission ;
- les grandes lignes de la méthodologie mise en œuvre ;
- la liste des membres du comité de pilotage et les dates des réunions.

et le cas échéant :

- les instruments de collecte de l'information (questionnaires, guides d'entretiens) ;

- les données générales et chiffrées complémentaires pour la compréhension des travaux ;
- une bibliographie (y compris sites Internet) ;

Le rapport n'engage que ses rédacteurs et en aucun cas les autorités françaises et étrangères. Celles-ci décideront ensuite de sa publication et de sa diffusion. Le texte suivant doit figurer en deuxième de couverture :

« Ce rapport est un document interne établi à la demande du Ministère français des Affaires étrangères et européennes. Les analyses et commentaires développés n'engagent que leurs auteurs et ne constituent pas une position officielle. La diffusion de ce rapport a un caractère limité et son usage est strictement limité au cadre officiel ».

ANNEXE 6 : Documentation à consulter

Auprès du MAE

Agences UN :

- Conventions de partenariat
- Rapports d'activités annuels (financiers et techniques),
- Compte-rendu des réunions de comités de pilotage annuels
- Compte rendu des réunions de comités techniques
- Fiches pays, élaborées par les agences
- Evaluations pays élaborées par le consortium en charge du suivi/évaluation

AKDN :

- Convention de partenariat
- Rapports d'activités annuels (financiers et techniques)

GAVI

- Rapports d'activités annuels (financier et technique) et compte rendu des comités de pilotage annuels Muskoka
- GAVI second evaluation report, 13 September 2010

FONDS MONDIAL DE LUTTE CONTRE LE SIDA, LA TUBERCULOSE ET LE PALUDISME

- Rapport d'évaluation des contributions françaises au Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme (Août 2013)

Auprès de l'AFD

- Base de données des projets (engagements et décaissements)
- Méthodologie pour le calcul des montants de base et des engagements liés aux dépenses des membres du G8 pour la santé des mères, des nouveau-nés et des enfants
- Cadre d'intervention sectoriel santé et protection sociale 2012-2014
- Documents de projets (fiches d'identification, notes de présentation de projet, notes au conseil d'administration, conventions de financements, aide-mémoire de missions)

8. Principaux sigles utilisés

ABG	Aide Budgétaire Globale
ASC	Agent de Santé Communautaire
ATBEF	Association Togolaise pour le Bien Être Familial
BM	Banque Mondiale
CAMEG	Centrale d'Achat des Médicaments Essentiels Génériques
CAO	Cadre d'Accélération des OMD 4 et 5
CARMMA	Campagne pour l'Accélération de la Réduction de la Mortalité Maternelle au Togo
CCM	Country Coordinating Mechanism (Global Fund)
CH	Centre Hospitalier
CHP	Centre Hospitalier Préfectoral
CHR	Centre Hospitalier Régional
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CNTS	Centre National de Transfusion Sanguine
CPN	Consultation pré-natale
CRTS	Centre Régional de Transfusion Sanguine
CS	Centre de Santé
DCP	Document Cadre de Partenariat
DES	Direction des Etablissements de Soins
DGS	Direction Générale de la Santé
DNDi	Drugs for Neglected Diseases initiative
DPS	Direction Préfectorale Sanitaire
DRS	Direction Régionale de la Santé
DSRSE	Direction de la Santé Reproductive et de la Santé des Enfants
EDS	Enquête Démographie et Santé
ETI	Expert Technique International
FEI	Fonds Européen d'Investissement
FHF	Fédération hospitalière de France
FHI	Family Health International
FNUAP	Fonds des Nations unies pour la population
FSP	Fonds de solidarité prioritaire
GIBS	Groupe Inter- Bailleurs de Santé
HGR	Hôpital Général de Référence
HHA	Health Harmonization for Africa
HPV	papillomavirus humains
IBC	Intervention à Base Communautaire
IEC/CCC	Information Education Communication /Communication pour le Changement de Comportement
IHI	Intervention à Haut Impact
JICA	Japan International Cooperation Agency
MS	Ministère de la Santé
MSP	Ministère de la Santé Publique
MST	Maladie Sexuellement Transmissible

PAGRHS	Projet d'Appui à la Gestion des Ressources Humaines en Santé et du Médicament
PASME	Projet d'Appui à la Santé de la Mère et de l'Enfant
PF	Planification familiale
PND	Plan National de Développement Sanitaire
RSS	Renforcement des Système Santé
SAHA	Social aspects health alliance
SCAPE	Stratégie de croissance accélérée et de promotion de l'emploi
SMI	Santé Maternelle et Infantile
SNU	Système des Nations Unies
SONU	Soins Obstétricaux Néonataux d'Urgences
SONUB	Soins Obstétricaux Néonataux d'Urgences de Base
SONUC	Soins Obstétricaux Néonataux d'Urgences Complets
SOTOPED	Société Togolaise de Pédiatrie
SR	Santé Reproductive
SRAJ	Santé de la reproduction des adolescents et des jeunes
TB	Tuberculose
UICMR	Union Internationale Contre la Tuberculose et les Maladies Respiratoires
UNDAF	United nations development assistance framework
ZS	Zone de Santé