

Synthèse

Évaluation rétrospective d'une grappe de projets « Muskoka »

Auteur

Synthèse de l'évaluation réalisée par le groupe Pluricité sous le pilotage de l'AFD et du MEAE.

Enquêtes de terrain

Blandine Faivre, Aurélie Musca Philipps, Cédric Fouilland, Alix de Saint-Albin, avec la participation de Ismaël Bada et Yannick Koudoufio

Sous la coordination de

Sabrina Guérard et Emma Inthavong (AFD), Véronique Picard (MEAE)

Création graphique MeMo, Juliegilles, D. Cazeils

Conception et réalisation Comme un Arbre !

Avertissement

Les analyses et conclusions de ce document sont formulées sous la responsabilité de ses auteurs. Elles ne reflètent pas nécessairement le point de vue officiel du ministère de l'Europe et des Affaires étrangères ou des institutions partenaires.

Le présent document est disponible en ligne sur le site France Diplomatie :

<https://www.diplomatie.gouv.fr/fr/photos-videos-publications-infographies/publications/enjeux-planetaires-cooperation-internationale/evaluations/>

Tous droits d'adaptation, de traduction et de reproduction par tous procédés, y compris la photocopie et le microfilm, réservés pour tous pays.

Sommaire

1. Une évaluation rétrospective de trois projets « Muskoka »	p. 4	3. Les enseignements de l'évaluation	p. 12
1.1 Trois projets d'appui à la santé maternelle et infantile en Afrique subsaharienne	p. 4	3.1 Montage opérationnel du projet et phase d'instruction	p. 12
1.2 Trois montages et contextes différents	p. 5	3.2 Conception des projets et recommandations opérationnelles en phase d'exécution	p. 13
2. Les conclusions de l'évaluation	p. 6	Liste des sigles et abréviations	p. 15
2.1 Des niveaux de réalisation très inégaux	p. 6		
2.2 Des besoins bien servis, sans toutefois couvrir l'ensemble du champ de la SSRMNIA	p. 7		
2.3 Une planification trop optimiste au regard des appuis disponibles (sauf pour le projet RUBAN), en partie compensée par un pilotage actif pendant toute la durée de chaque projet	p. 7		
2.4 Des projets cohérents au départ, mais peu intégrés dans la durée (sauf pour le projet RUBAN)	p. 8		
2.5 Des résultats très inégaux	p. 9		
2.6 Des acquis à sécuriser	p. 11		

1. Une évaluation rétrospective de trois projets « Muskoka »

1.1 Trois projets d'appui à la santé maternelle et infantile en Afrique subsaharienne

Une évaluation « en grappe » de trois interventions financées par l'Agence française de développement (AFD) dans le domaine de la lutte contre la mortalité maternelle et infantile a été réalisée entre septembre 2020 et mai 2021 par une équipe composée d'experts en évaluation de politiques publiques ainsi qu'en droits sexuels et reproductifs. L'évaluation portait sur les trois projets suivants :



Le projet d'amélioration de la santé de la mère et de l'enfant dans la région de Louga au Sénégal, projet « PASME1 » initié en 2012 à hauteur de 14 MEUR et toujours en cours d'exécution.

- Date de signature de la convention de financement : mai 2013
- Taux de décaissement : 47 %
- Date d'achèvement du projet : mars 2022 (prévision)
- Durée du projet : 8 ans



Le programme d'appui à la santé maternelle et infantile « PASMI » au Bénin de 10 MEUR (2012-2018).

- Date de signature de la convention de financement : mai 2012
- Taux de décaissement : 98 %
- Date d'achèvement du projet : octobre 2018
- Durée du projet : 7 ans



Le projet de relance de l'offre de soins et de la qualité des services de santé maternelle et infantile à Bangui en République centrafricaine (RCA), projet d'urgence dit « RUBAN » de 1,5 MEUR prévu initialement sur 18 mois.

- Date de signature de la convention de financement : mars 2014
- Taux de décaissement : 100 %
- Date d'achèvement du projet : juillet 2015
- Durée effective du projet : 16 mois.

Première évaluation de grappe copilotée par l'AFD et le ministère de l'Europe et des Affaires étrangères (MEAE), l'étude avait pour objectif d'analyser dans une logique transversale trois projets mis en œuvre suite au Sommet du G-8 de Muskoka (Canada) tenu les 25 et 26 juin 2010, conduisant les pays du G-8 à apporter 5 Mds USD additionnels en faveur de la santé des mères, des nouveau-nés et des enfants de moins de cinq ans. Cet engagement financier dit « Muskoka » s'est traduit pour la France par la mobilisation de 500 MEUR supplémentaires dédiés à la santé maternelle et infantile sur la période 2010-2015, mis en œuvre par deux canaux de financement parallèles, à savoir (i) le canal bilatéral piloté par l'AFD à hauteur de 48 MEUR par an, et (ii) le canal multilatéral à hauteur de 52 MEUR par an, porté par le MEAE et mis en œuvre par sept organisations internationales dont quatre agences des Nations unies.

De la santé maternelle à la SSRMNI : les trois projets étudiés s'inscrivent dans le canal bilatéral de l'engagement « Muskoka » porté par l'AFD. Ils s'inséraient à l'époque dans le Cadre d'intervention sectoriel (CIS) de l'AFD sur la période 2012-2014, ciblé sur l'amélioration de la santé maternelle et infantile, revu par la suite pour proposer une approche plus intégrée des services de santé sexuelle et de la reproduction, maternelle, néonatale et infantile (SSRMNI) avec une approche par les droits incluant les droits sexuels et reproductifs.

1.2 Trois montages et contextes différents

Les trois projets en question ont été choisis pour couvrir un champ large d'opérations: variété de contextes d'intervention (orientation développement pour le Sénégal et le Bénin, urgence pour la République centrafricaine - RCA), diversité géographique (un pays du Sahel, un pays du golfe de Guinée et un pays d'Afrique centrale), différentes modalités d'intervention avec des maîtrises d'ouvrage nationales ou *via* la Croix-Rouge française, enfin différents états d'avancement et durées (projets « *fast-track* » ou plus longs, deux projets clôturés et un projet encore en cours d'exécution).

Les deux projets au Sénégal et au Bénin se ressemblent de par la proximité de leur mode opératoire et le contexte d'intervention. Tous deux lancés au début de la mise en œuvre de l'engagement « Muskoka », ils s'inscrivaient dans des politiques de développement affirmées en matière de santé maternelle et infantile et de planification familiale, dans un contexte de forte croissance démographique. Ils correspondaient tous les deux à des primo-interventions de l'Agence en faveur du secteur de la santé dans ces deux pays. Leur conception proposait un montage relativement classique pour l'Agence, avec un mix d'interventions sur les infrastructures (« *hard* ») et sur les capacités (« *soft* »). Les deux projets se sont déployés aux différents niveaux de la pyramide sanitaire, avec plusieurs composantes stratégiques nationales et régionales, et une exécution s'appuyant essentiellement sur les structures régionales et locales. Des assistances à maîtrise d'ouvrage (AMO) sont venues en appui des opérations.

a) Le projet de 14 MEUR au Sénégal visait à renforcer l'offre de services et les capacités des équipes nationales en charge des programmes de santé de la reproduction (opérationnalisation des stratégies nationales sur la mortalité néonatale et la santé des adolescents, mise en œuvre du plan de planification familiale, appui à la politique de population ou renforcement des activités de transfusion sanguine *via* la production d'outils, curricula ou actions de formation) et à appuyer une région médicale de l'Ouest sénégalais, à savoir celle de Louga: actions de renforcement des capacités (renforcement des supervisions formatives et audits de ladite région médicale, formations variées en santé maternelle et infantile [SMI] pour le personnel de santé ou communautaire), achat d'équipements pour

plusieurs centres/postes de santé de la région, construction/équipement de deux nouveaux centres de santé de référence et extension des services maternité et pédiatrie de l'hôpital régional. Le projet était donc organisé autour d'un volet « renforcement des capacités » porté sur les agents de quatre structures nationales et locales, et présentait un volet « infrastructures » important (trois centres) représentant en montant 65 % du projet.

b) Le projet de 10 MEUR au Bénin présentait un montage similaire au projet sénégalais dans sa structuration multi-bénéficiaires, le choix de ses composantes et son ambition. Organisé autour de quatre volets, il devait: (i) renforcer les plateaux techniques et les compétences du personnel de 48 hôpitaux répartis sur l'ensemble du territoire et de 56 centres de santé du département littoral, appuyer l'Agence nationale de gestion de la gratuité de la césarienne (ANGC) – nouvellement créée – sur le suivi de la qualité de la césarienne et la capitalisation autour du processus de gratuité, accompagner l'Agence nationale de transfusion sanguine (ANTS) dans le renforcement de la disponibilité des produits sanguins; (ii) appuyer l'évaluation des conditions d'élargissement des exemptions de paiement à tous les soins obstétricaux et néonataux d'urgence (SONU); (iii) financer des activités de renforcement de l'offre et de la demande de planification familiale et des activités associées de recherche opérationnelle; (iv) enfin, appuyer le renforcement de la Direction des Politiques et Programmes de Population dans son rôle de coordonnateur des questions de population et de démographie.

c) Le projet de 1,5 MEUR en RCA est quant à lui très distinct par son cadre d'intervention, répondant à une situation de crise suite au coup d'État fomenté par le mouvement de la Seleka en 2013. Le projet RUBAN a été instruit dans un temps très réduit en 2014 et visait à répondre aux besoins urgents des femmes enceintes et allaitantes et des enfants de moins de cinq ans par le renforcement de cinq structures de santé (FOSA, formations sanitaires) et de l'hôpital communautaire dans la circonscription de Bangui (réhabilitation des bâtiments très dégradés, fourniture en consommables, médicaments et équipements, formation des personnels de santé), à mettre en place un service d'appui psychosocial à l'échelle communautaire, et à renforcer des structures de gestion locales qui avaient presque disparu suite à la crise. Face à la nécessité d'agir vite, le projet a été confié dans son exécution à la Croix-Rouge française.

2. Les conclusions de l'évaluation

2.1 Des niveaux de réalisation très inégaux

Le projet sénégalais et le projet béninois ont tous les deux rencontré des difficultés majeures dès leur démarrage, nécessitant une refonte importante de leur mode opératoire et de leur cadre logique. Les deux projets ont ainsi été confrontés à la faiblesse importante des maîtrises d'ouvrage nationales peinant à exécuter les activités prévues, au temps important dévolu à l'apprentissage des procédures spécifiques de l'AFD par les bénéficiaires entraînant des retards dans les paiements et la délivrance d'avis de non-objection (ANO), et enfin aux difficultés de passation de marchés retardant la mise en place de l'AMO prévue et mettant à mal tout le processus contractuel sur les volets « équipements » et « infrastructures ».

Le projet PASME 1 au Sénégal initialement prévu sur cinq ans est toujours en cours d'exécution huit ans après la décision de le financer, avec moins de 50 % du montant du financement accordé ayant été décaissé et avec de fortes incertitudes pesant sur la fin des travaux, fixée aujourd'hui à 2022. Il s'est finalement déroulé à deux vitesses avec la réalisation de l'ensemble des activités *soft* sur la période 2014-2018, puis le démarrage en 2019 des trois infrastructures programmées dont les chantiers avancent lentement, confrontés à la faiblesse des acteurs locaux côté maîtrise d'œuvre et entreprises de génie civil. Le chantier mis en place au niveau de l'hôpital régional a par ailleurs dégradé très fortement les services de pédiatrie et de maternité existants devant composer désormais avec des espaces très réduits et les nuisances associées au chantier, véritable dommage collatéral résultant du projet. Des premiers équipements ont été livrés auprès des centres de santé de la région, dont quelques-uns en avance pour les services existants du Centre hospitalier régional (CHR) de Louga, mais l'essentiel des équipements reste à livrer dans l'attente de la finalisation des travaux pour les trois centres de santé.

Le projet PASMI au Bénin a été réalisé sur sept ans au lieu de cinq comme prévu à l'origine, et n'a véritablement démarré que

l'avant-dernière année, soit après la refonte en profondeur du projet menant à l'abandon des volets liés à l'accessibilité financière des SONU et à la planification familiale. Le projet s'est finalement concentré essentiellement sur le renforcement des hôpitaux et des centres de santé.

Le projet RUBAN en RCA s'est en revanche déroulé de manière satisfaisante et dans les délais impartis, ce qui a pu se faire en s'appuyant judicieusement sur la très bonne connaissance de contexte et la capacité d'exécution de la Croix-Rouge française. Ses principaux objectifs ont été atteints à l'exception toutefois des activités liées à l'hôpital communautaire, lesquelles ont été abandonnées faute d'accord sur le financement et le remboursement des soins de santé.

2.2 Des besoins bien servis, sans toutefois couvrir l'ensemble du champ de la SSRMNIA ^[1]

Sur le plan de la pertinence, les trois projets se sont appuyés sur une analyse des besoins exprimés par les structures bénéficiaires concernées, actualisés chaque année pour les projets sénégalais et béninois. Ils s'insèrent dans les priorités nationales du moment : réduction de la mortalité maternelle et infantile, soutien à la planification familiale et aux politiques de population dans le cadre du partenariat de Ouagadougou et réponse à des besoins majeurs en contexte de crise humanitaire pour la RCA. Les trois projets ont su proposer un mix d'interventions jugé généralement pertinent par les acteurs locaux en se positionnant à différents niveaux de la pyramide sanitaire et sur des dimensions moins couvertes par d'autres bailleurs de fonds : volet « infrastructures » au Sénégal ; intégration de la dimension transfusion sanguine jugée essentielle, volet santé des adolescents et des jeunes, intégration de la dimension psychosociale pour le projet centrafricain.

Les trois projets se sont cependant inscrits dans le cadre du CIS de l'AFD et ont ainsi délaissé certaines dimensions de la SSRMNIA qui apparaissent peu couvertes, telles que la santé sexuelle, les consultations post-natales et le volet « santé infantile », ainsi que l'approche intégrée de la SSRMNIA (*continuum* de soins, interconnexion des services). La dimension « expérience patient » et la relation de soins

ont été peu traitées, et la perspective de genre reste faiblement intégrée dans les trois projets étudiés. Le volet « renforcement/stimulation de la demande » a enfin été peu investi avec un travail moins approfondi des déterminants socioculturels d'accès aux soins. Les critiques sur la pertinence formulées par l'évaluation globale du fonds Muskoka^[2] se retrouvent dans les trois projets étudiés : l'absence de doute sur l'intérêt des interventions compte tenu des besoins très importants en matière de santé maternelle et infantile (SMI), mais un mix d'interventions qui aurait pu être optimisé, même s'il s'insérait dans les standards de l'époque, depuis lors élargis.

2.3 Une planification trop optimiste au regard des appuis disponibles (sauf pour le projet RUBAN), en partie compensée par un pilotage actif pendant toute la durée de chaque projet

Les choix d'organisation et de mode opératoire pour les projets sénégalais et béninois se sont révélés inadaptés au regard du contexte d'intervention de l'AFD dans ces deux pays. Si les processus d'instruction ont été menés conformément aux standards de l'Agence, ils n'ont cependant pas tenu assez compte de la faible expérience de l'AFD dans le secteur en question. De fait, le diagnostic des capacités des structures d'exécution a été sous-estimé, et ces deux projets se sont révélés trop ambitieux (mix d'interventions proposé, multiplicité des acteurs) au regard de la capacité réelle des bénéficiaires. Cela explique en grande partie les très importantes difficultés rencontrées, lesquelles pèsent aujourd'hui toujours sur le projet sénégalais.

La particularité de l'engagement « Muskoka » qui visait un secteur peu couvert par l'Agence, associée à la nécessité d'engager des fonds conformément au calendrier annoncé, ont certainement joué un rôle dans l'échec de ces phases d'instruction qui n'ont pas su se solidifier, ou s'adapter à ce contexte très particulier d'intervention. Face aux mêmes enjeux en RCA, à savoir de faible connaissance dudit secteur par l'AFD, mais de par la nécessité d'agir vite compte tenu du contexte de crise, le choix de confier la maîtrise d'ouvrage du projet à la Croix-Rouge française s'est révélé à l'inverse très pertinent grâce à la compétence et à la

[1] Santé sexuelle et reproductive, maternelle, néonatale, infantile et de l'adolescent.

[2] Évaluation conjointe à mi-parcours du fonds Muskoka réalisée par Ernst & Young en 2014.

très bonne connaissance du contexte centrafricain acquises par la Croix-Rouge. C'est finalement ce dernier projet qui a su le mieux atteindre ses objectifs et mettre en place un dispositif de suivi-évaluation adapté, abandonné par ailleurs pour le projet d'amélioration de la santé de la mère et de l'enfant - PASME I et le programme d'appui à la santé maternelle et infantile - PASMI.

Si la conception des projets a montré ses limites au Sénégal et au Bénin, les difficultés rencontrées par les maîtrises d'ouvrage locales ont cependant été rapidement mises en lumière et le processus de gestion mis en place par l'AFD a su rapidement réagir pour prendre les décisions qui s'imposaient. Le projet béninois a ainsi été revu en profondeur en abandonnant deux des quatre volets prévus initialement. Sur ces deux projets, la coordination locale a été renforcée, tout comme la compétence en matière de passation de marchés laquelle faisait particulièrement défaut. L'AMO intervenue tardivement a permis de redynamiser les activités financées de les sécuriser (vraies alertes sur la conception initiale des infrastructures à Louga par exemple) et s'est révélée essentielle, même si son rôle aurait pu être largement optimisé tant sur la coordination des activités (articulation entre la livraison d'équipements et les activités de renforcement de capacités par exemple), que sur l'ambition donnée aux formations et leur suivi-actualisation dans le temps. Ces apprentissages ont été intégrés dans les projets qui ont succédé au PASME I et au PASMI, avec une vraie capacité de réaction de l'AFD.

2.4 Des projets cohérents au départ, mais peu intégrés dans la durée (sauf pour le projet RUBAN)

Sur le plan de la cohérence, l'instruction des trois projets a intégré une analyse des interventions des autres bailleurs de fonds, et un dialogue régulier a été mis en place. Le volet « transfusion sanguine » est apparu particulièrement cohérent car peu investi et s'inscrivant dans le cadre de partenariats de plus long terme avec l'Établissement français du sang (EFS).

Les bailleurs de fonds ont cependant travaillé de manière indépendante sur leurs actions sans recherche spécifique de synergies au niveau opérationnel. Quelques limites ont été observées telles que le report de l'ouverture du service d'accueil et de traitement des

urgences (SAU) financé par LuxDev^[3] compte tenu des importants retards enregistrés sur les travaux du CHR de Louga du projet PASME I. Dans l'ensemble, les trois projets ont failli par l'absence d'une approche intégrée bailleurs de fonds, laquelle aurait permis de maximiser les effets recherchés. Rôle généralement investi par les maîtrises d'ouvrage locales, leur faiblesse n'a pas permis d'assurer une coordination optimale des interventions. Par ailleurs, l'absence de synergies entre le canal bilatéral et le canal multilatéral mis en avant dans le rapport Ernst & Young se retrouve également sur les projets sénégalais et béninois. Les conseillers régionaux en santé mondiale disposent d'une connaissance limitée de ces deux projets, et les opérations financées *via* les deux canaux se sont généralement faites en silo. Pour le projet centrafricain, la mobilisation exceptionnelle des bailleurs de fonds a permis une bonne articulation des financements, et les soutiens successifs du Centre de crise et de soutien du MEAE puis du Fonds Bêkou^[4] ont été déterminants pour la cohérence des actions dans le temps. C'est une spécificité liée au contexte centrafricain, qui met en avant tout l'intérêt de ce type de fonds fiduciaire commun.

2.5 Des résultats très inégaux

Sur le plan des résultats, les projets sénégalais et béninois ont cependant largement souffert des difficultés initiales de conception des projets, qui en limitent fortement la portée. Le premier impact du projet sénégalais ressort presque comme un contre-résultat, avec des conséquences très négatives sur les activités de l'hôpital régional de Louga, et ce au détriment des populations. Le volet « infrastructures » est le grand échec du projet PASME I, avec un fort risque de reproduction sur le projet PASME 2 en cours d'exécution en Casamance, confronté aux mêmes difficultés structurelles de passation de marchés, à la faiblesse des maîtrises d'œuvre et des entreprises de génie civil. Concernant le projet béninois, l'intervention a finalement délaissé tout le volet portant sur le planning familial et l'extension de la gratuité des SONU, et a perdu les complémentarités espérées entre les activités d'offre de soins et la demande.

Les deux projets ont toutefois permis d'atteindre partiellement les résultats escomptés,

[3] Agence luxembourgeoise pour la coopération au développement.

[4] Fonds fiduciaire de l'Union européenne (UE) pour la RCA.

inscrits dans leur cadre logique initial. Le projet béninois a permis de renforcer les compétences des agents de santé avec 45 formations sur les SONU et la planification familiale, ainsi qu'avec la formation de près de 1000 agents et biotechnologistes sur les bonnes pratiques transfusionnelles. Un centre de télé-simulation en gynécologie-obstétrique au Centre hospitalier universitaire (CHU) de Cotonou a été mis en place afin de renforcer les gestes médicaux en intrapartum et la mise en pratique des principaux standards, ainsi qu'un centre de formation professionnelle en transfusion sanguine. Le projet a permis la diffusion et la décentralisation du modèle « Champions SONU » permettant de favoriser la transmission des bonnes pratiques. De nombreux équipements en matière de SMI sont venus renforcer l'offre de soins dans les 42 hôpitaux et les 17 centres de santé bénéficiaires du projet.

Les actions financées sur le projet sénégalais sont également mises en avant par les structures qui en ont bénéficié : développement des activités de supervision formative et des audits des décès maternels et des nouveau-nés, production de documents normatifs, stratégiques et opérationnels, mise en place de curricula de formation notamment en transfusion sanguine, fourniture d'équipements répondant à un besoin fondamental des structures concernées.

Le projet centrafricain a, quant à lui, permis de réhabiliter et équiper les cinq centres de santé ciblés, de lancer des activités essentielles pour réduire les barrières d'accès aux soins notamment sociales et culturelles, et enfin de mettre en place des premiers secours psychologiques importants dans le contexte post-crise.

Si l'absence de dispositif de suivi-évaluation des projets ou d'audits des pratiques rend difficile l'analyse d'impact des projets, plusieurs exemples concrets d'évolutions positives des pratiques des professionnels de santé ont été recensés, tels que l'arrêt de l'utilisation systématique de l'ocytocine au cours du travail, la mise à jour du format de partogramme utilisé selon les recommandations de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) ou encore dans le domaine de la réanimation néonatale.

2.6 Des acquis à sécuriser

Les trois missions terrain ont permis de constater des effets encore perceptibles des actions financées sur les trois projets. La plupart des équipements livrés dans les structures de santé sont encore fonctionnels et utilisés aujourd'hui, hormis quelques cas à la marge. Peu de centres de santé font cependant état d'un plan de maintenance formalisé des équipements ; aussi, le risque d'obsolescence et de non-remplacement des équipements à terme est réel. Concernant les actions de renforcement de capacités, la mise en place d'actions – telles que les supervisions formatives et des audits des décès maternels et infantiles – est jugée pertinente, permettant de maintenir dans le temps l'effet des formations délivrées.

La prise en compte de la dimension durabilité aurait pu être largement renforcée : aucune action de capitalisation n'a été prévue sur les trois projets et peu d'actions de recyclage des formations ont été mises en place. Le maintien des effets du projet dans le temps est également confronté au fort taux de rotation du personnel qui limite l'impact des formations mises en place au sein des structures visées. Les engagements financiers attendus du côté des contreparties nationales ont enfin été faiblement respectés (participation au budget de fonctionnement sur le projet sénégalais par exemple). Les difficultés structurelles majeures sur le secteur de la santé en Afrique subsaharienne ne sont pas une excuse au manque de durabilité, mais au contraire une exigence de meilleure anticipation par les projets. L'assistance technique déployée sur les projets sénégalais et béninois n'a ainsi pas joué un rôle suffisant dans le renforcement de la capitalisation et le recyclage des actions de renforcement de capacités.

3. Les enseignements de l'évaluation

3.1 Montage opérationnel du projet et phase d'instruction

Le premier enseignement porte sur la phase de définition des projets, essentielle pour assurer leur bonne exécution. Cette phase fondamentale a été sous-estimée pour les projets sénégalais et béninois et n'a pas su pallier la faiblesse des structures d'exécution locales. La phase d'instruction, notamment lorsqu'elle concerne des primo-interventions de l'Agence ou des bénéficiaires moins connus, doit intégrer systématiquement un diagnostic poussé des capacités des structures d'exécution locales, à réaliser par l'AFD ou à intégrer dans l'étude de faisabilité du projet confié à des bureaux d'études externes. Elle doit également s'appuyer davantage sur les bailleurs de fonds déjà présents dans les géographies visées et notamment sur les agences des Nations unies et les conseillers régionaux en santé mondiale chargés du suivi et de la mise en œuvre du volet multilatéral de l'engagement « Muskoka ». De manière générale, les échanges entre le volet bilatéral et le volet multilatéral de l'engagement « Muskoka » doivent être renforcés avec des instances dédiées de dialogue et de partage de connaissances sur le secteur et ses parties prenantes, notamment en phase d'instruction.

En fonction de ces résultats, ou si des zones d'ombre subsistent encore, le mode opératoire doit être adapté aux réalités locales : réduction du nombre de bénéficiaires, choix pertinent de la maîtrise d'ouvrage, mise en place d'une unité de coordination bien dimensionnée, phasage des actions en cohérence avec le temps d'apprentissage des procédures, anticipation et renforcement de l'AMO dont le recrutement peut être lancé au plus tôt de la phase d'instruction.

Dans certains cas, des choix forts peuvent être décidés, tels que l'externalisation de la maîtrise d'ouvrage à des structures internationales ou organisations de la société civile (OSC) comme sur le projet centrafricain ou sur la suite du projet PASMI au Bénin. Des montages hybrides peuvent être envisagés avec un partage de la gouvernance et l'exécution

entre maîtrises d'ouvrage nationales et structures externes, devant favoriser le partage d'expérience et de vision entre ces différents acteurs. De manière générale, la mobilisation d'OSC en phase d'instruction *a minima* dans la remontée des besoins paraît essentielle pour favoriser une approche intégrée en termes de SSRMNIA. La mise en place d'un cofinancement avec un partenaire technique et financier (PTF) bien inséré dans le panorama institutionnel local peut également être un choix intéressant notamment dans le cas de primo-interventions de l'Agence, permettant ainsi à l'AFD de bénéficier de la connaissance du secteur et du tissu décisionnel local par un autre bailleur de fonds. Le choix de privilégier, parmi les bénéficiaires, des structures locales dont on connaît la capacité à mener à bien les projets peut également être une option dans le cas d'interventions qui s'inscrivent moins dans un partenariat de longue durée (cas des acteurs de la transfusion sanguine pour le Sénégal et le Bénin, généralement délaissés et extrêmement moteurs sur les deux projets).

L'accompagnement au titre des politiques publiques peut enfin se poursuivre en dehors de la stricte logique projet, *via* l'intégration de volets de recherche opérationnelle dans les financements octroyés par exemple et permettant ainsi de développer un dialogue plus profond sur les enjeux en matière de SMI, planification familiales et politiques de population. Des approches de plaidoyer communes peuvent être menées en concertation avec les autres acteurs multilatéraux ou français présents localement (MEAE et structures en charge de la mise en œuvre du volet multilatéral de l'engagement « Muskoka » notamment).

Le projet dès sa définition doit enfin disposer d'une base solide pour lui permettre de mener à bien ses actions : compétences en passation de marchés, suivi-évaluation et comptabilité bien en place (structure de coordination ou AMO), dispositif de suivi-évaluation défini et recueil d'une baseline. La mobilisation des différentes parties prenantes pour la construction de la logique d'intervention du projet doit également permettre de favoriser la définition et explicitation du rôle et de la responsabilité de tous les acteurs avant démarrage et la mise en place d'un cadre de suivi-évaluation pertinent et cohérent dans le temps.

Les termes de référence (TdR) de l'AMO ou des assistances techniques sont également clés. Ils doivent tout d'abord permettre de sécuriser la coordination des activités entre elles. Ils doivent

également traiter de la conception des activités, notamment de renforcement de capacités pour assurer un mix optimal d'interventions et optimiser la pertinence des thématiques retenues pour les formations. Ces TdR déterminent aussi la qualité des études avant-projet pour s'assurer du bon niveau des infrastructures qui pourront être construites, la solidité des documents d'appel d'offres (DAO). Ils renforcent enfin la durabilité des interventions, en incluant des actions de recyclage et de capitalisation dans les actions de renforcement de capacités. L'AMO doit être mobilisée de manière plus ambitieuse sur toutes les dimensions du projet.

3.2 Conception des projets et recommandations opérationnelles en phase d'exécution

Sur la conception des activités, les futurs projets devront s'insérer pleinement dans le nouveau cadre d'intervention de l'AFD mettant en avant l'approche intégrée en SSRMNIA, comme c'est déjà le cas depuis 2015. De fait, certaines dimensions de la SSRMNIA apparaissent peu couvertes telles que la santé sexuelle (notamment les IST – Infections sexuellement transmissibles et les violences sexuelles), les consultations post-natales et le volet « santé infantile », l'approche globale du *continuum* de soins, l'interconnexion des services. La dimension « expérience patient » et la relation de soins ont également été peu traitées dans les actions de renforcement des capacités (accueil, communication, approche centrée sur le patient), et la perspective de genre est peu présente dans les trois projets étudiés à l'exception du projet RUBAN en RCA. Les quelques exemples d'ouverture des activités à cette approche thématique plus globale, ou intégrant plus fortement le volet demande et les déterminants socioculturels d'accès aux soins, ont prouvé toute leur pertinence. Cette approche a été pleinement mise en avant par les bénéficiaires aux différents niveaux de la pyramide sanitaire.

L'AMO doit ainsi participer aux phases de cadrage et de définition des actions de renforcement des capacités pour s'assurer de la pertinence des actions retenues pour chaque thématique. Une AMO spécifique sur certains volets type renforcement de la demande ou prise en compte du genre pourra être mise en place. Les communautés ou les OSC pourront également être plus mobilisées dans la remontée

des besoins puis la conception des projets quand le temps d'instruction le permet (notamment sur les aspects socioculturels et notamment pour la thématique de la planification familiale sur laquelle les intérêts peuvent être divergents), en logique de co-construction. Cette phase de cadrage des interventions est également clé sur le plan de la durabilité et doit prévoir systématiquement des actions de recyclage, de capitalisation et de suivi des formations. Très concrètement, l'AMO doit appuyer la mise en place d'outils de formation standardisés (TdR, pré/post-test, outils de supervision, plans de suivi, outils de capitalisation, identification des acteurs et ressources disponibles localement, etc.).

Le rôle de l'AMO doit également être renforcé sur la dimension passation de marchés qui reste une difficulté centrale. En s'insérant dans le Code des marchés publics (CMP) locaux, le projet doit se donner les moyens d'un meilleur contrôle sur les marchés financés *via* des DAO exigeants, privilégiant les modalités de passation de marchés les plus sécurisantes (recours à un accord-cadre avec des entreprises présélectionnées par exemple, intégration de pénalités systématiques, regroupement de certains lots pour passer une taille critique) avec un regard international sur les DAO et contrats. Il est essentiel de mobiliser et de renforcer systématiquement cette compétence au sein des structures d'exécution ou de coordination locales en charge de la passation des marchés notamment sur les volets « équipements » et « infrastructures ». Le renforcement des compétences peut être assuré par la mise en place d'une assistance technique dédiée sur ces volets et/ou la mobilisation de la cellule passation de marchés de l'AFD pour délivrer des formations spécifiques aux maîtrises d'ouvrage nationales ou pour proposer une AMO. Leur intervention peut également permettre de mieux anticiper les enjeux notamment juridiques relatifs aux modalités de passation de marchés au niveau local.

Au-delà du rôle de l'AMO, la dimension « passation de marchés » doit également faire l'objet d'actions dédiées en phase de cadrage : identification des meilleures pratiques mises en avant par les bailleurs de fonds (MOD – maîtrises d'ouvrage déléguées en coordination de chantier par exemple), mobilisation d'une compétence *ad hoc* dès le démarrage du projet, discussions-cadres avec les autorités locales, analyse des risques poussée permettant de tenir compte des difficultés à venir (renforcement de la qualité du second œuvre dans l'anticipation

d'une faible maintenance par exemple, intégration de pièces de maintenance pour quelques années à l'inverse, etc.).

Une attention particulière devra enfin être portée aux conditions externes de réussite des projets, mises en avant dans les hypothèses des cadres logiques, et notamment le respect des engagements des contreparties nationales qui peinent à être honorés (souvent financiers ou de mise à disposition de ressources humaines). Ces engagements doivent faire l'objet d'un dialogue à part entière avec les autorités locales, dès le début et tout au long du projet. De manière générale, et quels que soient les choix de montage du projet confié à une maîtrise d'ouvrage nationale ou non, le dialogue continu avec les autorités locales et le financement d'activités de recherche opérationnelle apparaissent très complémentaires des actions menées en logique projet.

Liste des sigles et abréviations

AFD	Agence française de développement (l'Agence)
AMO	Assistance à maîtrise d'ouvrage
ANGC	Agence nationale de gestion de la gratuité de la césarienne (Bénin)
ANO	Avis de non-objection
ANTS	Agence nationale de transfusion sanguine (Bénin)
CHR	Centre hospitalier régional
CHU	Centre hospitalier universitaire
CIS	Cadre d'intervention sectoriel (AFD)
CMP	Code des marchés publics
DAO	Documents d'appel d'offres (ou Dossier d'appel d'offres)
EFS	Établissement français du sang
EUR	Euro
FOSA	Formations sanitaires
G-8	Groupe des Huit
IST	Infections sexuellement transmissibles
LuxDev	Agence luxembourgeoise pour la coopération au développement
M	Million(s)
Md(s)	Milliard(s)
MEAE	Ministère de l'Europe et des Affaires étrangères
MOD	Maîtrise d'ouvrage déléguée
OMS	Organisation mondiale de la Santé (en anglais: WHO, <i>World Health Organization</i>)
OSC	Organisation de la société civile
PASME	Projet d'amélioration de la santé de la mère et de l'enfant (Sénégal)
PASMI	Programme d'appui à la santé maternelle et infantile (Bénin)
PTF	Partenaire technique et financier
RCA	République centrafricaine
RUBAN	Projet de relance de l'offre de soins et de la qualité des services de santé maternelle et infantile à Bangui (RCA)
SAU	Service d'accueil et de traitement des urgences
SMI	Santé maternelle et infantile
SONU	Soins obstétricaux et néonataux d'urgence
SSRMNI	Services de santé sexuelle et de la reproduction, maternelle, néonatale et infantile
SSRMNIA	Santé sexuelle et reproductive, maternelle, néonatale, infantile et de l'adolescent
TdR	Termes de référence
UE	Union européenne
USD	<i>United States Dollar</i> (dollar américain)

Agence française de développement

5, Rue Roland Barthes

75012 Paris | France

www.afd.fr

Direction Innovation, Recherche et Savoirs.

Département Évaluation et Apprentissage (EVA)