

30 Octobre 2019

Évaluation formative sur l'engagement français Muskoka (2010-2017)

Rapport final révisé



Évaluation formative sur l'engagement français Muskoka (2010-2017)

Rapport final

technopolis _{|group|}, septembre 2019

Francie Sadeski, Soheir Dani, Anne-Gaëlle Muths, Morgane Veillet Lavallée, Matthieu Lacave

Table des matières

Introduction	1
Liste des abbréviations	2
1 Rappel du contexte, des enjeux et des objectifs de l'évaluation	4
1.1 Contexte de l'évaluation.....	4
1.2 Enjeux de l'évaluation.....	5
1.3 Objectifs de l'évaluation.....	6
1.4 Limites de l'étude.....	7
2 Etat des lieux actualisé de l'engagement Muskoka	9
2.1 Précisions méthodologiques sur le calcul de l'engagement Muskoka	9
2.2 Appréciation de la réalisation collective de l'engagement français Muskoka	14
2.3 Fonds français Muskoka	18
2.4 GAVI	19
2.5 AKDN.....	20
2.6 Fonds Mondial de lutte contre le VIH/Sida, la tuberculose et le paludisme.....	21
2.7 AFD.....	22
3 Le Fonds Français Muskoka dans le contexte de la réforme One UN.....	26
3.1 Le FFM a renforcé la dynamique de collaboration entre les Agences des Nations Unies sur la SSRMNIA-N et dans les pays Muskoka	27
3.2 Au-delà de contribuer à la mise en œuvre des principes et finalités de la réforme One Un, le FFM est une des premières mises en pratique historique de cette réforme.....	33
3.3 Les enseignements utiles au suivi et pilotage de la contribution au FFM et plus largement des contributions volontaires françaises aux organisations internationales	37
4 Les progrès réalisés dans la mise en œuvre des recommandations de la précédente évaluation....	41
4.1 La France maintient son engagement en faveur de la SSRMNIA-N depuis 2015 mais a réduit le montant de ses financements (R1 et R2)	43
4.2 Des priorités d'intervention répondant aux enjeux de l'évolution des OMD vers les ODD (R2a)	48
4.3 Des synergies internes et externes encore perfectibles (R2b).....	50
4.4 Des conditions d'efficacité et de durabilité de l'aide plutôt prises en compte (R3)	52
4.5 Des travaux de recherche peu repris au sein du dispositif FFM et de l'AFD (R4)	60
4.6 La France identifiée comme un bailleur important mais un manque de visibilité au niveau national sur les interventions financées et leurs résultats (R5)	61
5 La redevabilité et le suivi des engagements financiers	65
5.1 Muskoka, un engagement complexe à suivre compte tenu de la méthodologie et des processus de suivi et redevabilité internes de la France.....	65
5.2 Sanctuarisation des moyens SSRMNIA sur la période couverte par le COM et un rapportage conformes au COM de l'AFD	70
5.3 Enseignements utiles pour renforcer la capacité du MEAE à rendre compte d'un engagement international	70

6	Recommandations.....	72
6.1	Recommandations stratégiques	72
6.2	Recommandations opérationnelles.....	74
6.3	Recommandations sur le suivi-évaluation.....	75
6.4	Recommandations sur la redevabilité.....	76
Annexe A	Entretiens	77
Annexe B	Guides d'entretiens	81
Annexe C	Les enjeux de la SSRMNIA-N en Afrique subsaharienne et dans le monde.....	88
Annexe D	La mobilisation internationale et française pour la SSRMNIA-N.....	99
Annexe E	Données complémentaires sur la redevabilité de l'engagement Muskoka	109
Annexe F	Liste des documents adressés par le MEAE	111
Annexe G	Logiques d'intervention	133
Annexe H	Cadre commun d'intervention du FFM	135
Annexe I	Protocole des missions.....	140
Annexe J	Protocole des ateliers	150
Annexe K	Synthèse des ateliers de capitalisation.....	155

Tableaux

Tableau 1	Périmètres d'études pour chacun des objectifs évaluatifs.....	7
Tableau 2	Taux de pondération Muskoka applicables aux institutions multilatérales	9
Tableau 3	Taux de pondération Muskoka applicables aux engagements bilatéraux (secteurs des projets)	10
Tableau 4	Présentation des outils et taux de pondération Muskoka correspondant appliqués.....	13
Tableau 5	Synthèse des versements SSRMNIA-N effectués au titre de l'engagement politique Muskoka	17
Tableau 6	Taux de pondération Muskoka applicables aux projets FSP en vertu des codes sectoriels DAC.....	19
Tableau 7	Contribution française au Fonds Mondial et imputation Muskoka de 2011 à 2019 (en euros)	21
Tableau 8	Contribution française au Fonds Mondial de 2011 à 2019 (en M€).....	22
Tableau 9	Évolution des cadres stratégiques de l'AFD	45
Tableau 10	Projets Muskoka de l'AFD retenus pour analyse.....	54
Tableau 11	Indicateurs socio-économiques et de santé dans 7 pays d'Afrique Subsaharienne.....	96
Tableau 12	Densité des personnels de santé (médecins, infirmières et sages-femmes) pour 1000 habitants et distribution dans les zones rurales et urbaines (%) (année 2004)	98
Tableau 13	Tableau de sélection des pays de mission.....	141

Figures

Figure 1 Enjeux et objectifs de la mission.....	6
Figure 2 Extrait de l'engagement international pour l'Initiative Muskoka (sommet Ise Shima 2016)	12
Figure 3 Extrait du rapport de redevabilité G7 2016 sur l'engagement Muskoka du G7(sommet Ise Shima 2016) 13	
Figure 4 FSP 2011-10, 2011-11 et 2011 -12, FFM – ventilation des montants totaux engagés et versés de 2011 à 2015 aux 4 Agences onusiennes du FFM.....	18
Figure 5 FSP 2011-10, 2011-11 et 2011-12, FFM - Montants engagés et versés de 2011 à 2018	18
Figure 6 FSP 2011-27 GAVI - Montants engagés et versés de 2012 à 2015.....	19
Figure 7 FSP 2011-27 GAVI - Montants totaux et montants pondérés Muskoka de 2012 à 2015.....	20
Figure 8 FSP 2012-12 AKDN - Montants engagés et versés de 2012 à 2015.....	21
Figure 9 Contribution française au Fonds Mondial de 2011 à 2019 (en M€)	22
Figure 10 Ventilation par année des montants octroyés par l'AFD (montants totaux et montants pondérés Muskoka)	24
Figure 11 Ventilation par année des montants versés par l'AFD sur les 41 projets validés entre 2011 et 2015 (montants totaux et montants pondérés Muskoka).....	25
Figure 12 Notre compréhension de la contribution des effets du FFM à la Réforme One UN	36
Figure 13 Logo Fonds Français Muskoka tel que présenté dans la brochure sur le projet Illimin d'UNFPA	63
Figure 14 Cycle de la santé des femmes (enfance, adolescence, vie adulte).....	88
Figure 15 Infographie de l'Organisation Mondiale pour la Santé (OMS) sur les soins prénataux.....	91
Figure 16 Taux de mortalité maternelle (TMM ; mortalité maternelle pour 100 000 naissances vivantes) 1990-2015	92
Figure 17 Taux de mortalité néonatale (nombre de décès pour 1000 naissances vivantes)	93
Figure 18 Taux de mortalité infantile (pour 1 000 naissances vivantes)	93
Figure 19 Faible poids à la naissance (%) entre 2011-2016 par rapport au nombre total de naissance dans plusieurs pays africains	94
Figure 20 Prévalence des retards de croissance modérés et graves, 2000-2015.....	95
Figure 21 Nombre de personnes vivant avec le VIH SIDA et nombre annuels de décès dus au sida par pays en 2016	96
Figure 22 Engagements des Etats sur la SRMNI entre 2011 et 2014	103
Figure 23 Synthèse des contributions effectives de l'engagement français Muskoka	107
Figure 24 Ventilation par année et par acteur des montants engagés (montants totaux et montants pondérés Muskoka)	109
Figure 25 Ventilation par année et par acteur des montants versés (montants totaux et montants pondérés Muskoka)	110

Encadrés

Encadré 1 Concept du continuum de soins.....	28
Encadré 2 Evaluation du dispositif H4+ (2011-2016)	32

Encadré 3 Les quatre principes clés de la réforme du système des Nations Unies pour le développement	33
Encadré 4 Définition du retard de croissance infanto-juvénile	95
Encadré 5 Objectifs et résultats du programme H4+ Suède-Canada.....	105
Encadré 6 Critères de sélection des pays de mission	140
Encadré 7 Synthèse de l'atelier « Leçons à tirer du processus de suivi des engagements financiers Muskoka par les acteurs français »	152
Encadré 8 Synthèse de l'atelier « Leçons à tirer du processus de suivi des engagements financiers Muskoka par les acteurs français »	154

Introduction

Le présent document constitue le rapport final de l'évaluation formative sur l'engagement français Muskoka (2010-2017) commanditée par le MEAE.

Il a été élaboré sur la base d'une large palette de travaux qui ont permis de couvrir l'ensemble du questionnement évaluatif défini par le MEAE et revu lors de la phase de cadrage de l'évaluation. Il s'agit:

- De 8 entretiens de cadrage et d'une campagne d'entretiens à Paris, Genève et New York (20) (voir la liste des entretiens en Annexe A et les guides d'entretien en Annexe B) ;
- D'une analyse documentaire étoffée (voir les produits en Annexe C, D, E, F et la liste en Annexe H) ;
- De la mise à jour des logiques d'intervention du FFM et de la réforme One UN (Annexe F) ;
- De la revue du cadre commun d'intervention du FFM (Annexe J) ;
- De la revue détaillée de 9 projets de l'AFD ;
- De missions de terrain au Sénégal, Mali et en Côte d'Ivoire (68 entretiens) (voir protocole des missions Annexe K) ;
- De travaux de capitalisation (3 ateliers) (voir protocole Annexe L et synthèse Annexe M).

Le document est structuré autour de chapitres d'abord descriptifs qui visent à poser le cadre de l'intervention française et à décrire les engagements réels de la France, puis de chapitres plus analytiques qui proposent une réponse aux questions de l'évaluation. Ces chapitres développent ainsi :

1. Les principaux enjeux de la SSRMNIA dans le monde et en particulier en Afrique francophone ;
2. L'état des lieux actualisé des engagements de la France à Muskoka ;
3. Le positionnement du Fonds Français Muskoka dans le contexte de la réforme One UN ;
4. Les progrès réalisés depuis 2015 par les interventions françaises ;
5. La redevabilité et le suivi des engagements financiers par la France.

Une version provisoire de ce rapport a été présentée en comité de pilotage fin juin 2019, à la suite duquel le présent rapport final a été produit, intégrant les remarques des membres du comité de pilotage de l'évaluation.

Liste des abréviations

Agence Française de Développement (AFD)

Agence Américaine pour le Développement International (USAID)

Aide publique au développement (APD)

Comité d'aide au développement (CAD)

Comité interministériel de la coopération internationale et du développement (CICID)

Comité d'aide au développement (CAD)

Droits de la santé sexuelle et reproductive (DSSR)

Every Woman, Every Child (EWEC)

Family Planning 2020 (FP2020)

Fonds de solidarité pour les projets innovants, les sociétés civiles, la francophonie et le développement humain (FSPI)

Fonds des Nations unies pour l'enfance (Unicef)

Fonds Français Muskoka (FFM)

Fonds thématique d'affectation spéciale pour la santé maternelle (MHTF)

Fonds des Nations Unies pour la Population (UNFPA)

Groupe des Nations Unies pour le développement (GNUD)

Global Alliance for Vaccines and Immunization (GAVI)

Harmonisation pour la Santé en Afrique (HHA)

Loi sur la politique de développement et de solidarité (LOP-DSI)

Ministère de l'Europe et des Affaires étrangères (MEAE)

Objectifs du Développement Durable (ODD)

Objectifs du Millénaire pour le développement (OMD)

Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE)

Organisation Mondiale de la Santé (OMS)

Organisation Ouest Africaine pour la Santé (OOAS)

Planification familiale (PF)

Plans nationaux de santé (PNDS)

Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA)

Programme d'action d'Accra (PAA)

Renforcement des systèmes de santé (RSS)

Santé des mères, des nouveau-nés et des enfants (SMNE)

Soins maternels, des nouveau-nés, des enfants et des adolescents (SRMNEA)

Santé maternelle et infantile (SMI)

Santé génésique maternelle, néonatale et infantile (SGMNI)

Santé sexuelle et reproductive, maternelle et infantile, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent et la nutrition (SSRMNIA-N)

Système de surveillance des décès maternels et riposte (SDMR)

Union européenne (UE)

1 Rappel du contexte, des enjeux et des objectifs de l'évaluation

1.1 Contexte de l'évaluation

Les enjeux spécifiques de la Santé sexuelle et reproductive, maternelle et infantile, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent et la nutrition (SSRMNIA-N) en Afrique Sub-saharienne sont à comprendre dans un contexte de forte croissance démographique au niveau mondial - l'Organisation des Nations Unies prévoit en effet que la population mondiale atteindra 9,7 milliards d'êtres humains d'ici 2050¹ - et de faiblesse de la couverture sanitaire universelle. En effet, les systèmes de santé de cette région du monde présentent d'énormes carences et des complexités relatives à la situation socio-économique mais aussi sécuritaire. Les éléments explicatifs qui sont présentés brièvement ci-dessous ont fait l'objet d'une Annexe détaillée (Annexe C).

L'Afrique subsaharienne concentre les problèmes de SSRMNIA-N, avec 53 % des décès maternels (510 décès pour 100 000 naissances) et 50 % des décès des enfants de moins de 5 ans dans le monde. Le ratio de mortalité maternelle a été réduit de près de moitié entre 1990 et 2015 mais reste tout de même élevé.

Les disparités entre les pays (et à l'intérieur même des pays) sont importantes. A titre d'exemple, en 2015, le taux de mortalité maternelle était de 856 pour 100 000 naissances vivantes au Tchad, mais de 315 pour 100 000 naissances vivantes au Sénégal.

L'accès au planning familial et à un suivi gynécologique régulier (particulièrement au moment de la grossesse) est toujours très peu développé dans les pays concernés par le Fonds français Muskoka. Ceci renvoie plus généralement aux facteurs socio-culturels et anthropologiques liées aux utilisatrices et leur environnement familial, social et religieux.

La malnutrition est l'une des causes sous-adjacentes de 45 % de tous les décès de moins de 5 ans : 14% des bébés présentent des insuffisances prépondérales à la naissance. Si le retard de croissance chez les enfants a diminué en pourcentage (de 38,3 % à 30,3 %), en raison de la croissance démographique le nombre total de bébés souffrant d'un retard de croissance a augmenté (50,6M en 2000 à 58,7 M en 2017).

En Afrique de l'Ouest et du Centre, 64 % de la population² est âgée de moins de 24 ans. Si cette population était éduquée, en bonne santé, et bénéficiant d'un emploi décent, la région pourrait alors profiter du Dividende Démographique (DD). Un des obstacles majeurs à l'accomplissement du DD est donc la Santé Sexuelle et Reproductive (SSR) de ces adolescents et ces jeunes de la région, caractérisée entre autres par des taux de grossesses précoces élevés et une forte proportion de besoins non satisfaits en planification familiale. Chez les adolescentes 9 naissances sur 10 se font dans le contexte d'un mariage précoce³ ;

- L'Afrique de l'Ouest et du Centre enregistre le plus fort pourcentage (28%) de femmes de 20 à 24 ans ayant indiqué avoir eu un enfant avant l'âge de 18 ans⁴ ;
- 6% de naissances se font dans le groupe d'âge de moins de 15 ans, le taux le plus élevé de toutes les régions du continent⁵ ;
- Comparé(e)s aux autres groupes d'âge, les adolescent(e)s ont à la fois les taux les plus faibles d'utilisation de contraceptifs (21% pour les 15-19 ans contre 64% pour les 35-39 ans) et la majorité

¹ Nations Unies, 2015 : <http://www.un.org/en/development/desa/news/population/2015-report.html>

² UNFPA. Transforming and Uplifting Lives One Region One Mission. Annual Report 2015. West and Central Africa Regional Office.

³ UNFPA. Motherhood in Childhood. Facing the challenge of adolescent pregnancy. State of world population 2013.

⁴ Ibid.

⁵ Ibid.

de besoins en planification familiale non satisfaits (25% pour les 15-19 ans contre 14% pour les 35-39 ans)⁶.

L'Afrique subsaharienne reste très touchée par le VIH-SIDA. Les adolescentes et les jeunes femmes âgées de 15 à 24 ans sont touchées de manière disproportionnée par l'épidémie. Bien qu'elles ne constituent qu'environ un dixième de la population, elles représentent une infection sur quatre. Il apparaît de plus en plus clairement que le risque d'infection au VIH chez les femmes et les filles ainsi que leur vulnérabilité face à cette infection sont largement influencés par des inégalités entre les sexes, omniprésentes et profondes, en particulier la violence à leur encontre.

Les systèmes de santé sont pour la plupart peu performants, tout comme les systèmes pharmaceutiques. Les pays manquent de ressources humaines en personnel de santé et notamment en matière de santé maternelle et infantile. La qualité et le niveau de la formation des personnels (notamment des sages-femmes) sont encore insuffisants. L'accès au soin est très inégalement réparti au sein d'un même territoire, et les zones rurales sont particulièrement mal desservies.

Si sur la période 2010-2015, l'engagement politique international pour la SSRMNIA-N a été fort et s'est traduit par des financements importants, depuis 2015, les membres du G7 ont globalement tous réduit sensiblement leur soutien à la thématique. Par ailleurs, le risque d'une baisse drastique des financements américains⁷ au planning familial en Afrique planne sur les organisations proposant des services.

Alors que la SSRMNIA-N est devenu un axe fort de la politique de santé mondiale de la France, qu'elle a largement promu dans les enceintes internationales, la mise en oeuvre de ces annonces apparaît là aussi en recul depuis 2015 (ces éléments sont étudiés plus en détail en Annexe D). Il existe cependant une fenêtre en 2019 avec la présidence française du prochain G7 pour capitaliser d'avantage sur les actions entreprises par la France dans le cadre du Fonds français Muskoka (FFM), et attirer d'autres bailleurs sur le modèle d'intervention multilatéral avec les Agences des Nations Unies mis en place par la France avec Muskoka.

1.2 Enjeux de l'évaluation

L'évaluation formative sur l'engagement français Muskoka (2010-2017) est centrée sur des analyses de processus, de changements, de modes de pilotage et de redevabilité et vise à **approfondir et compléter les travaux de l'évaluation à mi-parcours** (2014).

Les enjeux sont de trois ordres :

- **Redevabilité** : Établir un état actualisé de la réalisation de l'engagement Muskoka – sur l'ensemble de la période ;
- **Apprentissage** : Tirer les leçons de l'expérience des engagements français Muskoka en faveur de la santé maternelle, néonatale, infantile et des adolescents et de la promotion de la santé et des droits sexuels et reproductifs - et ce dans ce contexte international et français changeant depuis 2010 ; Renseigner sur la mise en oeuvre de recommandations précédemment préconisées – alors que la France a renouvelé son engagement à Muskoka en 2015⁸ ; Tirer des leçons de l'expérience du Fonds français Muskoka (FFM) sur le fonctionnement des Agences des Nations unies dans le cadre de la réforme One UN.

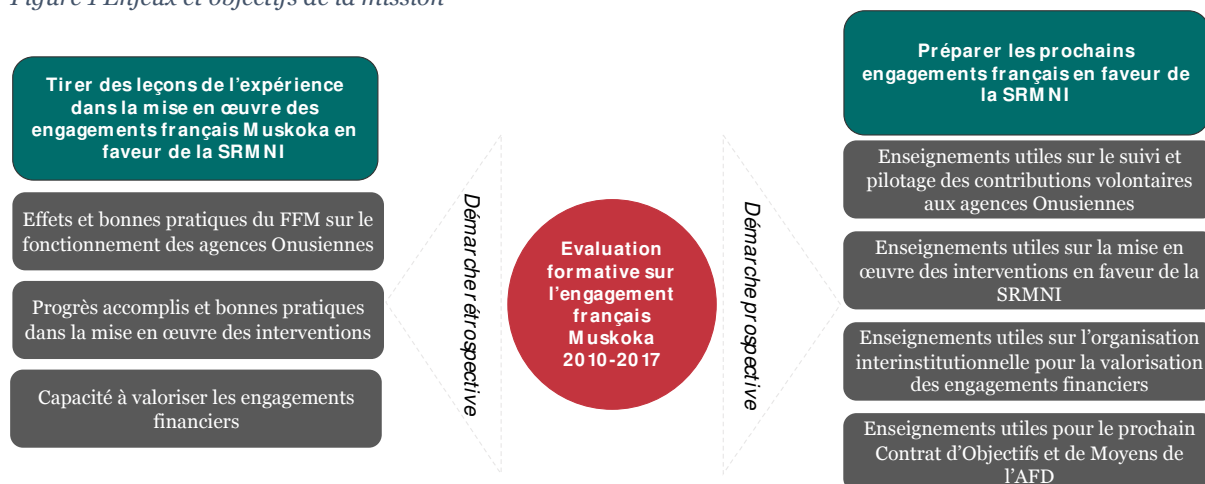
⁶Ibid. p.37.

⁷ Il n'est pas encore possible de chiffrer l'effet du décret américain signé début 2017 réinstaurant le *Global Gag Rule*

⁸ Le MEAE maintenu son soutien financier au FFM depuis 2015. Puis en 2018 le dernier CICID (février 2018) a décidé de poursuivre le soutien à la réduction de la mortalité maternelle, néonatale et infantile, à travers le maintien du financement du Fonds français Muskoka (10 millions d'euros par an) et les projets bilatéraux de l'AFD.

- **Prospective** : Préparer les prochains engagements français en faveur de la SSRMNIA-N, renseigner sur la répliquabilité du fonctionnement du FFM à d'autres engagements multilatéraux français et sur les meilleures pratiques en termes de redevabilité.

Figure 1 Enjeux et objectifs de la mission



1.3 Objectifs de l'évaluation

Dans une démarche rétrospective et prospective, cette évaluation poursuit donc **trois grands objectifs/volets** qui seront considérés comme des chapitres évaluatifs distincts :

1. **Tirer des leçons de l'expérience de l'effet du FFM sur le fonctionnement des Agences des Nations unies.** Estimer dans quelle mesure le FFM a induit des changements illustrant une mise en œuvre effective des principes et finalités qui ont guidé la réforme One UN (réforme actuelle du système des Nations unies pour le développement). L'analyse de cette contribution devra permettre d'identifier des bonnes pratiques et de tirer des enseignements utiles pour le suivi et pilotage par la France de ses contributions volontaires aux Agences onusiennes.
2. **Identifier les efforts accomplis depuis 2015.** Identifier les progrès accomplis depuis la dernière évaluation et tirer des enseignements utiles pour la mise en œuvre des actions françaises dans un contexte renouvelé (fin de l'engagement G8, passage des OMD aux ODD, nouveaux cadres stratégiques, décisions du CICID) (voir Encadré 1).

Encadre 1 Les 5 recommandations de l'évaluation du Fonds Muskoka (2014)

Recommandations :

1. Sécuriser les financements pour maintenir les efforts en faveur de la SRMNI à horizon 2015 et au-delà ;
2. Mettre en œuvre une doctrine d'intervention en faveur des OMD 4 et 5 qui optimise le périmètre géographique et thématique des interventions françaises Muskoka (2.1 Mieux définir et communiquer la doctrine d'intervention de la France en faveur des OMD 4 et 5 ; 2.2 Cibler et préciser le périmètre d'intervention de la France en fonction du volume de financement disponible pour la SRMNI ; 2.3 Engager une réflexion approfondie sur les thématiques à privilégier et sur les interventions à mettre en œuvre en matière de SRMNI) ;
3. Analyser et prendre en compte les conditions d'efficacité et de durabilité des interventions ;
4. Renforcer la gouvernance et le pilotage des interventions françaises Muskoka
5. Renforcer la participation de la France aux instances internationales en matière de SRMNI et appuyer la révision de la méthodologie de redevabilité Muskoka dans ce cadre (5.1 Confirmer la visibilité de la France parmi les bailleurs en matière de santé et de SRMNI ; 5.2 Valoriser la contribution française à l'atteinte de OMD 4 et 5 au-delà de la méthodologie de redevabilité Muskoka et porter au niveau international une analyse des incohérences de cette méthodologie).

Source : Évaluation à mi-parcours du Fonds Muskoka (2014)⁹ et CdC

- 3. Évaluer la capacité de la France à valoriser ses engagements financiers.** Établir une estimation financière actualisée de la réalisation de l'engagement pris par la France, étudier les processus de redevabilité et en tirer les enseignements utiles au renforcement de la capacité du MEAE à satisfaire et rendre compte d'un engagement international impliquant des financements mobilisés par ses opérateurs.

En conséquence, les utilisateurs finaux de l'évaluation seront :

- Le MEAE (Direction générale de la Mondialisation, de la culture, de l'enseignement et du développement international, Sous-direction du Développement Humain) ;
- Les 4 Agences onusiennes ;
- L'Agence française de développement.

Trois périmètres définissent le champ de l'étude (cf. Tableau 1) :

Tableau 1 Périmètres d'études pour chacun des objectifs évaluatifs

	Champ thématique	Champ temporel	Champ géographique	Questionnement central	Résultat attendu
Objectif/Volet 1 Analyse des changements induits par le FFM illustrant la mise en œuvre des principes ONE UN	Exclusivement le FFM mis en œuvre via les 4 Agences onusiennes	2011-2017	Tout pays – mais focus sur pays phares et G5 Sahel Focus sur les pays hôtes des bureaux régionaux des Agences	Identifier les changements de pratiques, d'organisation et de fonctionnement entre les 4 Agences imputables au Fonds et estimer dans quelle mesure ces derniers illustrent les intentions de la réforme ONE UN et de ses prolongements	Tirer des enseignements utiles au suivi et au pilotage de contributions françaises volontaires aux organisations internationales
Objectif/Volet 2 – Identifier les progrès accomplis depuis la dernière évaluation	Exclusivement FFM et canal bilatéral Autre multilatéral exclu (Aga Khan, Gavi...)	Post 2015	Tout pays – mais focus sur pays phares et G5 Sahel	Analyser la mise en œuvre des 5 recommandations, ou de toute autre amélioration issue d'initiatives non préconisées par ces travaux. Concentrer les investigations et le questionnement sur des mesures qui gardent tout leur sens dans le nouveau cadre stratégique français	Renseigner la mise en œuvre des recommandations dans un contexte renouvelé
Objectif/Volet 3 Actualisation des financements mobilisés	Intégralité des canaux multilatéraux (dont FFM) et bilatéraux	2011-2017	Tout pays – mais focus sur pays phares et G5 Sahel	Estimer le niveau effectif de réalisation de l'engagement, en se basant sur les critères et les taux de pondération définis par la méthodologie G8 lors du lancement de l'initiative	Tirer des enseignements utiles au renforcement de la capacité du MEAE à satisfaire et rendre compte d'un engagement international

1.4 Limites de l'étude

L'exercice d'évaluation qui a été conduit comporte quelques limites qu'il convient de mentionner.

Le périmètre de l'évaluation comportait trois volets distincts avec des questionnements distincts, et de nombreuses questions sur chacun des trois volets. En raison des ressources allouées, les analyses n'ont pu être conduites avec la même profondeur pour l'ensemble des questions et sur chacun des volets.

⁹ https://www.diplomatie.gouv.fr/IMG/pdf/Synthese_Eval_Muskoka_FR_cle868b51.pdf

La qualité de la documentation concernant les activités, projets et opérations financés et utile pour l'analyse du volet FFM de l'évaluation a été très hétérogène. Cela a notamment rendu difficile une consolidation globale des résultats des interventions.

En raison des agendas chargés de nos interlocuteurs, et malgré la flexibilité de l'équipe d'évaluateurs, certains entretiens prévus n'ont pu être honorés.

2 Etat des lieux actualisé de l'engagement¹⁰ Muskoka

Nous présentons dans ce chapitre la réalité de l'engagement Muskoka (engagements et versements), tout d'abord au niveau global, puis de façon spécifique pour les différents canaux (bi et multilatéral).

Rappel de la question évaluative:

- Quel est le niveau de réalisation de l'engagement français Muskoka, au travers de ses différents canaux – multilatéraux (FFM, Fonds Mondial, Gavi, Aga Khan) et bilatéraux ?

Principaux constats

- A ce jour, l'engagement Muskoka est considéré comme atteint de manière en collective pour l'ensemble du G7, comme l'indique la note attribuée par le rapport de redevabilité G7 de 2016.
- **Concernant la France, une application stricto sensus des coefficients de pondération définis par la méthodologie de redevabilité Muskoka montre des versements français équivalent à 437M€ (à fin 2022 pour prendre en compte les délais de décaissements de l'AFD) sur les 500M€ d'engagements.**
- **L'écart s'explique en majeure partie par un montant d'engagements de projets par l'AFD inférieur à l'objectif initial (-8%).** Pour mettre en œuvre l'engagement Muskoka de la France, 48M€ devaient être engagés annuellement pendant 5 ans sur le canal bilatéral géré par l'AFD. Ces financements étaient inclus dans l'enveloppe d'autorisation d'engagements déléguée à l'AFD annuellement par le MEAE, enveloppe qui n'a pas bénéficié de financements additionnels liés à l'engagement Muskoka.

2.1 Précisions méthodologiques sur le calcul de l'engagement Muskoka

- **Période couverte :** l'engagement initial Muskoka de 500M€ (pris en 2010 lors du sommet du G8) couvre la période 2011-2015. En 2016, la France a, dans la lignée de Muskoka, décidé de poursuivre son engagement en faveur de la SSRMNI-N via le Fonds français Muskoka et le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme mais ce nouvel engagement n'entre pas dans le calcul de la redevabilité Muskoka.

Les données des versements AFD sont produites après 2015 car elles correspondent aux engagements pris sur la période 2011-2015 et permettent de fournir une réponse complète à la question de la redevabilité de l'engagement français pour les versements effectifs du canal bilatéral.

- **Méthode de calcul :** un groupe de travail Redevabilité G7/Muskoka, en lien avec l'Université de Toronto et la *Munk School of Global Affairs and Public Policy*, a défini une méthode de calcul, dans l'ensemble des engagements et contributions multi et bilatérales des Etats du G7, de la part des dépenses attribuables à l'engagement Muskoka¹¹. Ainsi des taux de pondération Muskoka ont été définis en fonction des organisations internationales auxquelles les Etats contribuent et en fonction de la nature des projets (cf. Tableau 2, Tableau 3)).

Tableau 2 Taux de pondération Muskoka applicables aux institutions multilatérales

Institutions/organisations multilatérales	Taux de pondération
GAVI	100 %

¹⁰ Engagements et versements.

¹¹ G8 2010, *Methodology for Calculating Baselines and Commitments: G8 Member Spending on Maternal, Newborn and Child Health* <http://www.g8.utoronto.ca/summit/2010muskoka/methodology.html>. Cette méthode de calcul est présentée de façon très précise dans une note intitulée « méthodologie pour calculer les références et les engagements des contributions des membres du G8 à la santé maternelle, néonatale et infantile ».

Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme	46 %
Banques régionales de développement	AfDF – 3 %
	AsDF – 2 %
	Fonds spécial de la BID – 1 %
Fonds des Nations Unies pour la population	67 %
UNICEF	55 %
Banque mondiale	5 %
Programme alimentaire mondial	15 %
Organisation mondiale de la santé	22 %

Source : G8 2010, Methodology for Calculating Baselines and Commitments: G8 Member Spending on Maternal, Newborn and Child Health

Tableau 3 Taux de pondération Muskoka applicables aux engagements bilatéraux (secteurs des projets)

Codes CAD		Taux de pondération
12110	Politiques de santé et gestion administrative	40 %
12181	Éducation et formation médicales	40 %
12191	Services médicaux	40 %
12220	Soins et services de santé de base	40 %
12230	Infrastructures pour la santé de base	40 %
12240	Nutrition de base	100 %
12250	Lutte contre les maladies infectieuses	40 %
12261	Éducation sanitaire	40 %
12262	Lutte contre le paludisme	88,5 %
12263	Lutte contre la tuberculose	18,5 %
12281	Formation de personnel de santé	40 %
13010	Politique/programmes en matière de population et gestion administrative	40 %
13020	Soins de santé sexuelle	100 %
13030	Planification familiale	100 %
13040	Lutte contre les MST et VIH/SIDA	46,1 %
13081	Formation de personnel en matière de population et de santé et fertilité	100 %
14030	Approvisionnement en eau potable et assainissement - dispositifs de base	15 %
14031	Approvisionnement en eau potable – dispositifs de base	15 %
14032	Assainissement – dispositifs de base	15 %
51010	Soutien budgétaire général	4 %

Source : G8 2010, Methodology for Calculating Baselines and Commitments: G8 Member Spending on Maternal, Newborn and Child Health

- **Base d'application de la méthode de calcul :** comme l'indique le Rapport de redevabilité 2010 du G8 sur l'engagement Muskoka, « *un montant d'engagement (par opposition au montant des décaissements) est mesuré lorsque les fonds d'un projet particulier sont alloués et comprend*

le budget total du projet, qui peut être déboursé sur un certain nombre d'années. Un décaissement a lieu lorsque les fonds sont réellement dépensés par rapport à un montant budgétaire engagé. Bien qu'avec le temps, la mesure de l'aide publique au développement (APD) sur la base des engagements ou des décaissements finira par s'équilibrer, les engagements ont tendance à fluctuer à mesure que les décaissements s'étalent sur plusieurs années. Par exemple, un membre du G8 peut prendre un engagement important pour un seul projet en un an. S'il est mesuré sur la base des engagements, le montant total du projet sera compté sur un an, alors que les dépenses réelles s'échelonnent sur plusieurs années. Afin d'éliminer les fluctuations qui surviennent au moment de prendre des engagements, il est recommandé que les membres du G8 fassent rapport sur les décaissements. »

Par ailleurs, il est important de noter que l'engagement Muskoka est un engagement additionnel à ce que les Etats finançaient ante-2010 sur la SSRMNIA-N.

- **Mise en œuvre : à ce jour, cette méthodologie n'a pas été appliquée « à la lettre » par les acteurs français.**
 - D'une part, **l'engagement pris par la France ne concerne que des projets centrés SSRMNIA.** Par rapport au périmètre autorisé par la méthodologie arrêtée par le groupe de travail G7/Muskoka, le champ couvert par cet engagement est donc plus réduit, car la France n'a pas pris en compte dans son engagement politique, d'autres financements « connexes » qui auraient pu l'être selon le périmètre défini par la méthodologie de redevabilité Muskoka (par exemple une part des aides budgétaires, des projets eau/assainissement, ONG). Comme le relevait l'évaluation à mi-parcours, ce choix s'explique par le fait que la France a souhaité mettre en avant, dans son engagement politique, les financements qu'elle considérait comme « additionnels » par rapport à la situation antérieure. I
 - **L'interprétation de l'« additionnalité » doit être nuancée :**
 - **Pour le canal multilatéral du MEAE :** les projets FSP étaient bien nouveaux et spécifiquement mis en place pour répondre à l'engagement Muskoka. Pour le Fonds Mondial, et GAVI, la France a augmenté sa contribution et seule la part additionnelle a été prise en compte pour Muskoka.
 - **Pour le canal bilatéral (AFD) :** le ciblage de 48M€ du COM 2011-2013 sur la SSRMNIA est une nouveauté. Mais, alors que l'AFD finançait 11M€ annuellement sur la thématique ante-2010, post-engagement Muskoka elle finance 37M€ additionnels. Or c'est l'ensemble des 48M€ qui ont été pris en compte pour Muskoka. Par ailleurs, il faut noter que le ciblage du COM s'est appliqué à l'enveloppe d'autorisations d'engagements déléguée (environ 200M€ par an) qui n'a néanmoins pas été augmentée du même montant. Ainsi, à proprement parlé, pour l'AFD, il n'y a pas eu d'additionnalité des financements Muskoka. Par contre, le ciblage demandé par le COM a bien contribué à « sanctuariser » des financements pour le secteur SSRMNIA afin de permettre la mise en œuvre de plus de projets, au détriment d'autres thématiques.
 - D'autre part, les données régulièrement publiées pour rendre compte de l'engagement français (RAP, réponses aux questions parlementaires, notes HUMA...) **n'appliquaient pas les pondérations selon les secteurs** des projets prévues par la méthodologie de redevabilité Muskoka **et se référaient généralement à des engagements** (ou plus précisément à l'engagement politique de 500M€) et non à des versements effectifs (comme préconisé dans la méthodologie de redevabilité de l'engagement). Pour le rapport de redevabilité du sommet d'Ise Shima en 2016 par lequel les États rendaient compte de leur engagement Muskoka en faveur de la SSRMNIA-N, les calculs du groupe de travail redevabilité G7 ont été réalisés sur la base des *engagements pris* (et non des décaissements effectifs comme préconisé par le groupe de redevabilité). Les conclusions ont été que les États ont collectivement tenus leurs objectifs (voir Figure 2 et 3 ci après).

Figure 2 Extrait de l'engagement international pour l'Initiative Muskoka (sommet Ise Shima 2016)

Commitment 16 Maternal, Newborn and Under-Five Child Health	
The Muskoka Initiative on Maternal, Newborn and Under-Five Child Health. The G8 undertake to mobilize US\$ 5.0 billion of additional funding for disbursement over the period of 2010 – 2015, in international development assistance for maternal, newborn and under-five child health (MNCH). <i>Muskoka 2010, Recovery and New Beginnings, paras.9 and 10 and Annex I</i>	
Score (Collective)	
Indicator(s)	
<u>Baseline:</u> 2008 <u>Indicators:</u> (1) Self-reported progress (given different G8 members use different methodology for assessing contributions) (2) A detailed matrix of progress against commitments is set out in Annex C. (3) All countries used the Muskoka methodology to establish their baseline level of spend on reproductive, maternal, newborn and under-five child health (RMNCH). http://canadainternational.gc.ca/g8/summit-sommet/2010/mnch_methodology_isne.aspx?lang=eng	(4) A number of G8 members (France, Italy, Japan, the UK and EU) also use the Muskoka methodology to define and track their commitments to the Muskoka Initiative. Other members use national methodologies. The assessment criteria are applied to the extent to which commitments are on track (reflecting the different timeframes of the different commitments). <u>Data Sources:</u> OECD-DAC Global Fund GAVI MDG Initiative
Assessment	
This initiative started under Canada's leadership at the Muskoka Summit and accelerated the G7's spending in the area of MNCH for the period 2010-2015. The G7 have satisfied the committed amount earlier in the period and already exceeded the original target as shown in the Muskoka matrix attached in Annex C. The UN Commission on Information and	Accountability for Women's and Children's Health recommended in 2011 that the OECD-DAC strengthen reporting for Reproductive, Maternal Newborn and Child Health (RMNCH). G7 members are now committed to implementing the RMNCH policy marker as agreed to by OECD-DAC members and will begin to report on their RMNCH spending flows starting in 2014.

Figure 3 Extrait du rapport de redevabilité G7 2016 sur l'engagement Muskoka du G7(sommet Ise Shima 2016)

France				
Pledge	EUR 500 million		Period of Pledge	2011-2015
Muskoka Initiative Spending to Date	2011 : EUR 100 million 2012 : EUR 100 million 2013 : EUR 92 million 2014 : EUR 104 million 2015 : EUR 92 million 2011 to 2015 : EUR 488 million (= USD 637.8 million)			
Notes and Comments	<u>Additional Financing</u> Reproductive, maternal, neonatal, infant and adolescent health financing - Joint program implemented by four UN agencies (WHO, UNFPA, UNICEF, UN Women): EUR 90.3 million over the period (2011-2015) - Contribution to the Gavi Alliance vaccine for immunization expansion in developing and fragile countries: EUR 28 million over the period (2011-2015) - Project implemented by the Aga Khan Network for Development (AKDN): EUR 1.8 million over the period (2011-2015) - Bilateral aid managed by AFD: EUR 232 million over the period (2011-2015) The Global Fund contribution increase: EUR 135 million over the period (2011-2015)			

- **Comparé à d'autres Etats, le périmètre de redevabilité français est potentiellement plus limité** : dans l'engagement collectif, certains Etats ont pu prendre des engagements intégrant des financements sur des champs connexes (qui ont été valorisés avec des coefficients spécifiques).

L'évaluation formative étudie uniquement le périmètre des 500M€ sur lequel la France s'est engagée. Nous avons donc, conformément aux TdR de l'étude :

- Appliqué des coefficients de pondération des secteurs CAD aux projets AFD et aux différents projets FSP;
- Analysé à la fois les engagements pris et les versements/décaissements effectifs : cette analyse nous amène à traiter les données au-delà de 2015¹² pour les projets AFD;
- Pris compte uniquement les projets Santé/SSRMNIA-N de l'AFD (41 projets au total), conformément à la traduction de l'engagement français Muskoka dans le COM de l'Agence.

Tableau 4 Présentation des outils et taux de pondération Muskoka correspondant appliqués

	Outils mobilisés	Taux de pondération Muskoka appliqué	Caractère additionnel de cette contribution
FFM	FSP mobilisateurs 2011-10, 2011-11 et 2011-12	• Variable • Application du taux de pondération des secteurs CAD aux projets	Contribution additionnelle de la totalité : des FSP ont été créés pour le FFM
GAVI	FSP mobilisateur	• 40 %	Contribution additionnelle de la

¹² En effet, si pour le canal multilatéral, les montants des engagements et des décaissements/paiements sont identiques, il y a un fort décalage temporel pour les projets AFD, entre l'engagement (approbation d'un projet par le Conseil d'administration) et le décaissement (paiement du projet en plusieurs phases).

	2011-27	• Application du taux de pondération des secteurs CAD au projet	totalité : un FSP nouveau a été attribué à GAVI
AKDN	FSP mobilisateur 212-12	• 100 % • Application du taux de pondération des secteurs CAD au projet	Contribution additionnelle de la totalité : un FSP nouveau a été attribué à l'AKDN
Fonds mondial	Contribution volontaire complémentaire de 60M€ par an	• 46 % • Application du taux de pondération des organisations internationales de la méthodologie Muskoka	Contribution additionnelle de la totalité : un contribution nouvelle additionnelle a été décidée
AFD	41 projets AFD	• Variable • Application du taux de pondération des secteurs CAD aux projets	Contribution additionnelle partielle : la somme de 48M€ annuels (engagements) intègre les activités SSRMNIA que l'AFD conduisait déjà (pour un montant d'environ 11M€ par an) ¹³

Source : données MEAE/DGM/DPO et AFD

2.2 Appréciation de la réalisation collective de l'engagement français Muskoka

L'engagement politique pris par la France au G8 de Muskoka était de verser 500M€ supplémentaires sur la SSRMNIA-N en 5 ans. La France avait précisé que 52 % de cet engagement passeraient par le canal multilatéral (Fonds français Muskoka, GAVI, AKDN et FM) ; et 48 % par le canal bilatéral (AFD).

A ce jour, si l'engagement Muskoka a été considéré comme atteint pour l'ensemble du G7 (le rapport de redevabilité G7 de 2015 attribuant la note maximale), **une application stricto sensu de la méthodologie Muskoka aux dépenses françaises sur des versements au 31 décembre 2018 de 592M€, indique un montant pondéré de 403,7M€** (Tableau 5).

Jusqu'en 2022, les versements vont continuer : les versements totaux seront de 641M€ (soit 141M€ de plus que l'engagement politique) et les versements pondérés Muskoka atteindront 437,9M€, soit un écart de 62M€.

Cet écart tient :

- **Pour le canal multilatéral, à l'application de la pondération Muskoka.** En effet, les versements totaux sont supérieurs à l'engagement pris (+160M€) mais les versements pondérés Muskoka restent inférieurs à l'engagement pris (- 2M€).
- **Pour le canal bilatéral, à un engagement de projets pour un montant inférieur à l'objectif initial (-8%).** Pour mettre en œuvre l'engagement Muskoka de la France, 48M€ devaient être engagés annuellement pendant 5 ans sur le canal bilatéral géré par l'AFD. Ces financements étaient inclus dans l'enveloppe d'autorisation d'engagements déléguée à l'AFD annuellement par le MEAE, enveloppe qui n'a pas bénéficié de financements additionnels liés à l'engagement Muskoka. Le montant total des projets AFD engagés s'élève sur la période 2011-2015 à 221,5M€ (180,4M€ pondérés Muskoka) alors qu'il devrait être de 240M€ (pour permettre d'enclencher des versements d'un montant équivalent). Au final, les versements totaux prévus en 2022, totaux ou pondérés Muskoka, sont en deça de l'objectif politique (- 19M€ pour les versements totaux, - 60M€ pour les versements pondérés Muskoka)¹⁴.

¹³ Source : Bilan du COM AFD 2011-2013.

¹⁴ Conformément aux attentes du groupe de référence, ces données n'intègrent pas la prise en compte de l'additionnalité partielle des projets AFD (cf. infra, section AFD)

Le tableau ci-après présente un état synthétique des versements de chacun des deux canaux effectués au 31 décembre 2018 et prévus à l'horizon 2022¹⁵.

Sont présentés en Annexe E deux schémas illustrant la ventilation par année et par acteur des montants engagés et versés (montants totaux et montants pondérés Muskoka).

Les sections ci-après présentent le détail des montants par acteur et par année, ainsi qu'une explication de l'application de la méthodologie Muskoka aux différents canaux.

¹⁵ Comme indiqué précédemment, pour le canal multilatéral, les engagements annuels correspondent aux versements effectifs annuels. Pour le canal bilatéral, les versements sont effectués au fil de la vie du projet et donc échelonné dans le temps (les projets validés jusqu'en 2015 et comptabilisés au titre de l'engagement Muskoka ont des versements étalés prévus jusqu'en 2022).

Tableau 5 Synthèse des versements SSRMNIA-N effectués au titre de l'engagement politique Muskoka

		ETAT DES LIEUX				ECART PAR RAPPORT A L'ENGAGEMENT POLITIQUE			
		Etat des lieux au 31/12/2018		Perspectives 2022		Etat des lieux au 31/12/2018		Perspectives 2022	
	Engagement politique de la France	Versements totaux	Versements pondérés Muskoka	Versements totaux	Versements pondérés Muskoka	Versements totaux	Versements pondérés Muskoka	Versements totaux	Versements pondérés Muskoka
Décassements supplémentaires	500 000 000	592 991 924	403 693 988	640 964 454	437 892 742	92 991 924	-96 306 012	140 964 454	-62 107 258
Dont Canal multilatéral	260 000 000	420 000 000	258 000 006	420 000 000	258 000 006	160 000 000	-1 999 994	160 000 000	-1 999 994
Dont Canal bilatéral	240 000 000	172 991 924	145 693 981	220 964 454	179 892 736	-67 008 076	-94 306 019	-19 035 546	-60 107 264

Source : données MEAE/DGM/DPO et AFD – traitement Technopolis

NB : les données présentées dans ce tableau font état des versements correspondant aux engagements réalisés entre 2011 et 2015 par la France (canaux bilatéral et multilatéral). Les sommes relatives à la poursuite, après 2015, de l'engagement français Muskoka par les FSP au FFM et la contribution volontaire au FM ne sont pas prises en compte dans ce rapport.

2.3 Fonds français Muskoka

2.3.1 Montants totaux

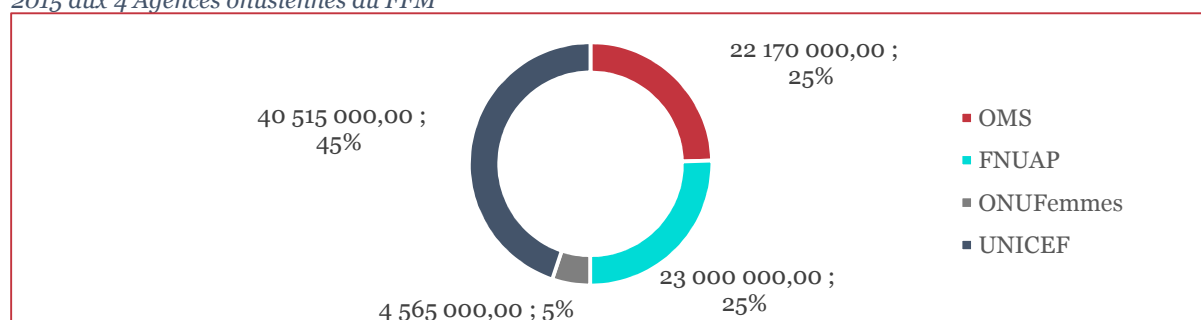
L'engagement français Muskoka via le FFM consiste en l'attribution aux Agences des Nations unies de trois FSP mobilisateurs (FSP 2011-10, 2011-11 et 2011-12).

Sur la période 2011-2018, ces trois FSP ont représenté un montant total de 120,25M€ et un montant annuel moyen de 18,05M€ (tant en montants engagés qu'en montants versés¹⁶).

La ventilation par Agence est la suivante (Figure 4) :

- UNICEF (FSP 2011-12) : 45 % des fonds ; 40,515M€ sur la période 2011-2015 ;
- FNUAP (FSP 2011-11) : 25 % des fonds ; 23M€ ;
- OMS (FSP 2011-10) : 25 % des fonds ; 22,170M€ ;
- ONU Femmes (FSP 2011-11) : 5 % des fonds ; 4,565M€.

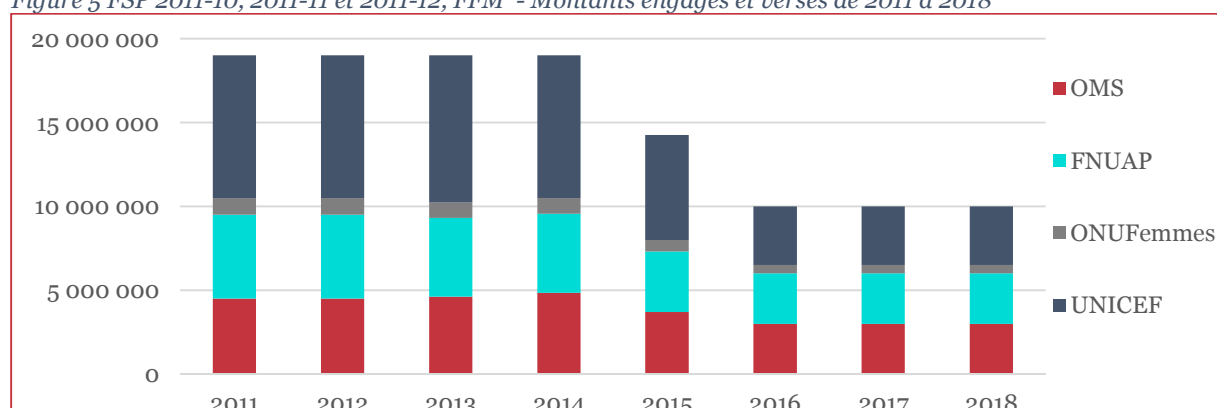
Figure 4 FSP 2011-10, 2011-11 et 2011-12, FFM – ventilation des montants totaux engagés et versés de 2011 à 2015 aux 4 Agences onusiennes du FFM



Source : MEAE, Pôle de gestion des dépenses DGM/DPO - Mars 2018 – traitement Technopolis

Comme indiqué précédemment, l'engagement Muskoka a été poursuivi par la France au-delà de 2015. Les FSP ont été prolongés, pour un montant complémentaire total de 30M€ sur 3 ans.

Figure 5 FSP 2011-10, 2011-11 et 2011-12, FFM - Montants engagés et versés de 2011 à 2018



Source : MEAE, Pôle de gestion des dépenses DGM/DPO - Mars 2018 – traitement Technopolis

¹⁶ La subvention annuelle étant versée en une seule fois à la signature de la convention de financement. Pour les FSP Muskoka, le montant des autorisations d'engagement est donc égal à celui des crédits de paiement).

2.3.2 Application de la pondération Muskoka

Les projets FSP ont été recensés dans la base de données SNPC de l'OCDE avec des codes sectoriels utilisés par le Comité d'Aide au Développement (CAD) et se voient donc allouer des taux de pondération Muskoka qu'il convient d'appliquer¹⁷, soit 100% dans ce cas. Les montants totaux présentés préalablement sont donc les montants pondérés Muskoka

Tableau 6 Taux de pondération Muskoka applicables aux projets FSP en vertu des codes sectoriels DAC

FSP	Agence UN	Code CAD	Secteur CAD	Taux de pondération Muskoka
FSP 2011-10	OMS	13020	Soins de santé sexuelle et reproductive	100 %
FSP 2011-11	FNUAP	13020	Soins de santé sexuelle et reproductive	100 %
FSP 2011-11	ONUFemmes	13020	Soins de santé sexuelle et reproductive	100 %
FSP 2011-12	UNICEF	13020	Soins de santé sexuelle et reproductive	100 %

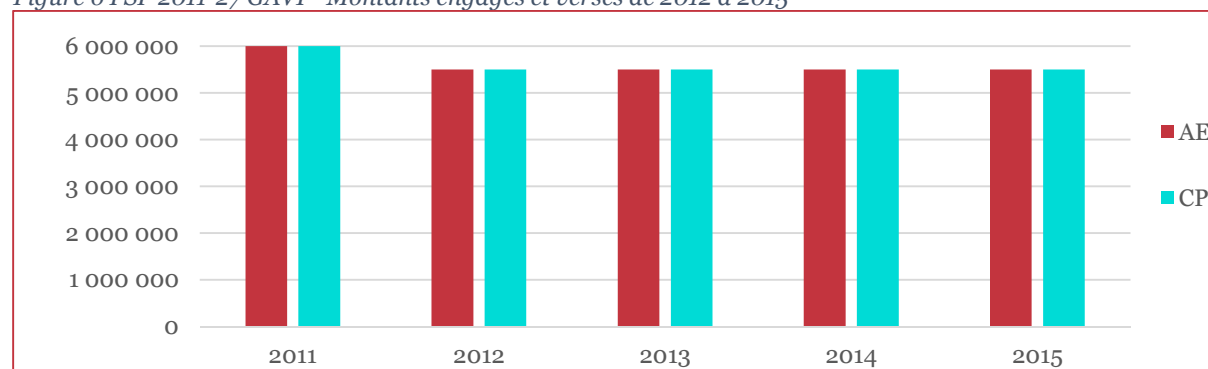
2.4 GAVI

2.4.1 Montants totaux

L'engagement français Muskoka via le GAVI passe par l'attribution à cette organisation d'un FSP mobilisateur (FSP 2011-27) d'un montant annuel de 6M€ en 2011 et 5,5M€ par an de 2012 à 2015.

Pour la période 2011-2015, **la subvention du MEAE au GAVI via le FSP s'élève donc à 28M€** (tant en montants engagés qu'en montants versés¹⁸)¹⁹.

Figure 6 FSP 2011-27 GAVI - Montants engagés et versés de 2012 à 2015



Source : MEAE, Pôle de gestion des dépenses DGM/DPO - Mars 2018 – traitement Technopolis

¹⁷ L'extraction de la base de données SNPC fournie par le service évaluation du MAE fait apparaître, pour un même projet FSP plusieurs codages DAC différents en fonction des années. Cette différence de codage ne correspond pas à la réalité des actions des projets (qui sont relativement semblables d'une année sur l'autre, voire identiques) et semble relever davantage d'une erreur de codage. Nous prenons le parti dans cette analyse de retenir le secteur dominant, c'est-à-dire le code le plus fréquemment appliqué).

¹⁸ La subvention annuelle étant versée en une seule fois à la signature de la convention de financement.

Source : pôle Évaluation du MAE et conventions de financement des FSP (pour les FSP Muskoka, le montant des autorisations d'engagement est donc égal à celui des crédits de paiement).

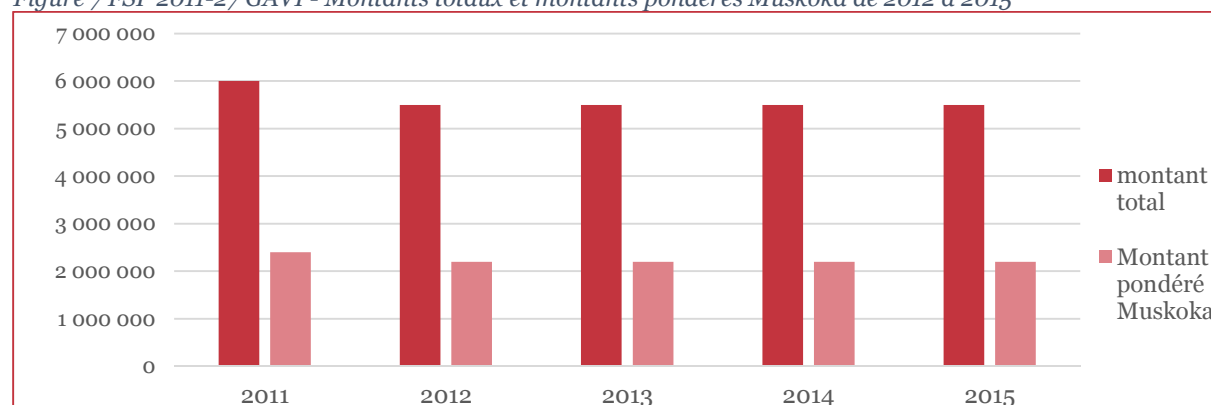
¹⁹ La base de données SNPC transmise par le pôle de l'évaluation fait apparaître une différence de 5 M€ pour le financement GAVI de 2015. Or, la triangulation avec les bases de données MAE sur les engagements (PRISME) et les paiements (CHORUS) atteste que l'engagement et le versement ont eu lieu en 2015.

2.4.2 Application de la pondération Muskoka

Comme les FSP du FFM, ce projet FSP a été recensé dans la base de données SNPC de l'OCDE en associant un code sectoriel CAD (12250 – contrôle des maladies infectieuses) et doit donc se voir appliquer un taux de pondération Muskoka de 40 %²⁰.

En appliquant ce taux, l'engagement français Muskoka via GAVI passe à 11,2M€ (contre 28M€ initialement).

Figure 7 FSP 2011-27 GAVI - Montants totaux et montants pondérés Muskoka de 2012 à 2015



Source : MEAE, Pôle de gestion des dépenses DGM/DPO - Mars 2018 – traitement Technopolis

2.4.3 Approche critique de la méthodologie Muskoka dans le cas de ce projet GAVI

Toutefois, deux éléments plaident en faveur de l'application d'un taux de pondération de 100 % pour ce projet FSP GAVI :

- GAVI est l'une des organisations internationales mentionnées par la méthodologie Muskoka : cette dernière indique que les financements GAVI sont attribuables en totalité à la SSRMNIA-N ;
- Les bénéficiaires finaux du projet FSP sont uniquement « les nourrissons qui seront immunisés dans les pays du projet FSP » (cf. rapport de présentation du projet).

Pour ces raisons, il nous paraît légitime d'appliquer une pondération de 100% pour ce projet. Pour la période 2011-2015, la subvention du MEAE au GAVI via le FSP s'élève donc à 28M€ (tant en montants engagés qu'en montants versés).

2.5 AKDN

2.5.1 Montants totaux

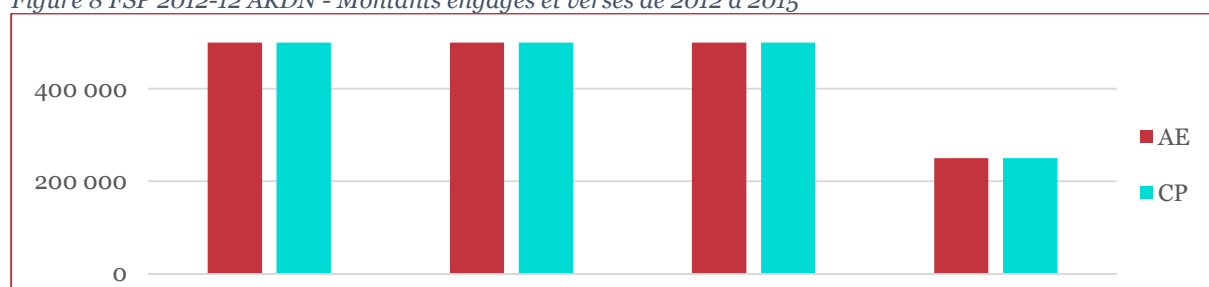
L'engagement français Muskoka via l'AKDN passe par l'attribution à la fondation Aga Khan d'un FSP mobilisateur (FSP 2012-012) d'un montant annuel de 0,5M€ par an de 2012 à 2014 et d'un montant de 0,25 M€ pour 2015.

Pour la période 2011-2015, la subvention du MEAE à l'AKDN via le FSP s'élève donc à 1,75M€ (tant en montants engagés qu'en montants versés²¹).

²⁰ Comme pour les FSP/FFM, les codages sectoriels DAC pour le même projet FSP varie d'une année sur l'autre (alors que les activités ne varient pas). Nous appliquons donc le code sectoriel dominant sur la période.

²¹ Source : FICHE PROJET FSP N°2012-12, confirmation pôle Évaluation du MAE (pour les FSP Muskoka, le montant des autorisations d'engagement est égal à celui des crédits de paiement).

Figure 8 FSP 2012-12 AKDN - Montants engagés et versés de 2012 à 2015



Source : MEAE, Pôle de gestion des dépenses DGM/DPO - Mars 2018 – traitement Technopolis

2.5.2 Application de la pondération Muskoka

Comme les FSP du FFM, ce projet FSP a été recensé dans la base de données SNPC de l'OCDE en associant un code sectoriel CAD (13220 – santé reproductive et sexuelle) et doit donc se voir appliquer un taux de pondération Muskoka de 100 %²².

Le montant total présenté préalablement est donc le montant pondéré Muskoka.

2.6 Fonds Mondial de lutte contre le VIH/Sida, la tuberculose et le paludisme

L'engagement français Muskoka via le Fonds Mondial passe par une contribution volontaire complémentaire de 60M€ par an (la contribution « classique » de la France auprès du Fonds mondial est de 300M€ par an), soit 300M€ sur la période 2011-2015.

Il est aisé de définir le montant des engagements annuels Muskoka via le FM : la méthodologie Muskoka prévoit un taux de pondération de 46 % pour les contributions au FM. En vertu du principe d'additionnalité, la pondération Muskoka s'applique toutefois uniquement à la contribution volontaire complémentaire : sur la contribution complémentaire de 60M€, **27,6M€ par an sont valorisables au titre de la SSRMIA-N** selon l'application de la méthodologie Muskoka.

Si l'on considère que :

- la contribution de la France effective sur la période 2011-**2015** représente 97% de la contribution annoncée (la différence entre les engagements pris et les contributions effectuées est faible : 9,4M€ sur un total de 360M€) ;
- sur l'ensemble de la période 2011-**2019**, la contribution française au FM, même si elle a varié dans le temps²³, a été en moyenne conforme aux engagements pris (300 + 60M€ chaque année) ;

Il est possible de conclure par extrapolation que **l'engagement français Muskoka via le Fonds mondial sur la période 2011-2015 s'élève à 138M€ (27,6M€ pendant 5 ans).**

Tableau 7 Contribution française au Fonds Mondial et imputation Muskoka de 2011 à 2019 (en euros)

	Contribution totale 2011-2015	Contribution moyenne annuelle 2011-2015	Contribution totale 2011-2019	Contribution moyenne annuelle 2011-2019
Contribution de la France au FM	1 752 000 000	350 400 000	3 240 000 000	360 000 000

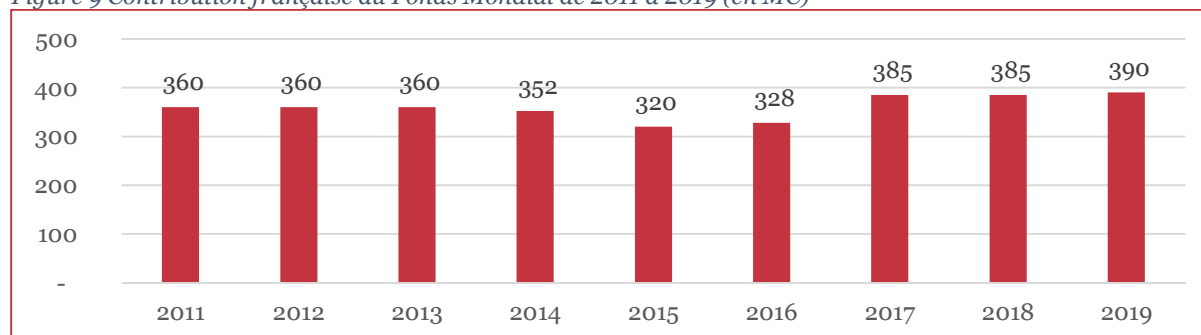
²² Comme pour les FSP/FFM, les codages sectoriels DAC pour le même projet FSP varie d'une année sur l'autre (alors que les activités ne varient pas). Nous appliquons donc le code sectoriel dominant sur la période.

²³ les contributions des années 2014, 2015 et 2016 ont été en deçà de l'engagement pris, mais compensées en 2017, 2018 et 2019

Contribution complémentaire volontaire Muskoka	-	-	540 000 000	60 000 000
Pondération Muskoka	-	-	248 400 000	27 600 000

Source : MEAE – Janvier 2019 – traitement Technopolis

Figure 9 Contribution française au Fonds Mondial de 2011 à 2019 (en M€)



Source : MEAE – Janvier 2019 – traitement Technopolis

Tableau 8 Contribution française au Fonds Mondial de 2011 à 2019 (en M€)

	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Programme 209	300	300	296	194	147				
FSD	60	60	64	158	173	328	360	360	360
FSD, compensation 2014-16							25	25	30
Total	360	360	360	352	320	328	385	385	390

Source : MEAE – Janvier 2019 – traitement Technopolis

2.7 AFD

L'engagement Muskoka de la France via le canal bilatéral correspond à l'action de l'AFD qui conformément à son Contrat d'Objectifs et de Moyens 2011-2013 (COM 2011-2013), « *participe à la réalisation des décisions annoncées lors du sommet du G8 de Muskoka en 2010* ». Elle s'engage à « *mettre en œuvre des engagements pris lors de ce dernier en matière de santé maternelle et infantile (pour l'atteinte des OMD 4 et 5), l'AFD engagera 48M€ de subvention par année dans les pays prioritaires jusqu'en 2013, montants inclus dans l'enveloppe d'autorisations d'engagements déléguée annuellement par le MAEE* »²⁴.

Cet engagement du COM i) est exprimé en montants de subventions octroyées, ii) ne prend pas en compte l'additionnalité Muskoka (l'ensemble des montants sont considérés comme additionnels) et iii) **ne prend pas en compte la pondération Muskoka : tous les projets labellisés « Muskoka » par l'AFD sont considérés comme des projets 100 % Muskoka.**

²⁴ Source : Contrat d'objectif et de moyens 2011-2013 de l'AFD

Il s'agit concrètement de la mise en œuvre de 41 projets santé²⁵ engagés par l'AFD entre 2011 et 2015 et dont le cycle de vie du projet peut impliquer des paiements jusqu'en 2022 (il est prévu que 15 projets sur 41 aient des versements en 2019 et 1 en 2022).

La remontée d'information de l'AFD au MEAE entre 2011 et 2015 pour rendre compte de l'engagement Muskoka comprenait :

- Des montants de subventions octroyées ;
- Des montants relatifs aux projets santé pondérés à 100% (« projets Muskoka »), mais également aux projets eau et assainissement, ONG et aide budgétaire globale, pondérés selon les taux proposés par la méthodologie Muskoka (« projets éligibles Muskoka »).

Conformément aux attentes du groupe de référence, nous présentons ici un état des engagements et des versements, totaux et pondérés Muskoka (avec une application des taux de pondération de la méthodologie aux secteurs de santé), correspondant aux 41 projets **uniquement santé** octroyés de 2011 à 2015 mais dont les versements s'étalent jusqu'en 2022.

2.7.1 Engagements

Sur la période 2011-2015, le montant total des engagements par l'AFD dans le secteur de la SSRMIA-N s'élève à 221,5M€ (soit 44,3M€ de moyenne annuelle). Lorsque l'on applique les taux de pondération Muskoka aux différents secteurs, il est de 180,4M€ (soit 36,08M€ de moyenne annuelle et 81,45 % du montant avant pondération). En effet, sur ces 41 projets :

- 25 ont un taux de pondération de 100%²⁶ ;
- 15 ont un taux de pondération de 40%²⁷ ;
- 1 a un taux de pondération de 18,5%²⁸.

Le montant des engagements est donc en deçà des objectifs du COM. La ventilation par année montre que les engagements annuels ont été tenus (pour les montants totaux) pour les seules années 2012 et 2014. Cette baisse s'explique à la fois par le cumul de l'engagement Muskoka avec le respect d'autres commandes politiques nécessitant l'usage de subventions, et par les difficultés opérationnelles rencontrées par l'AFD lors de la mise en œuvre des projets.

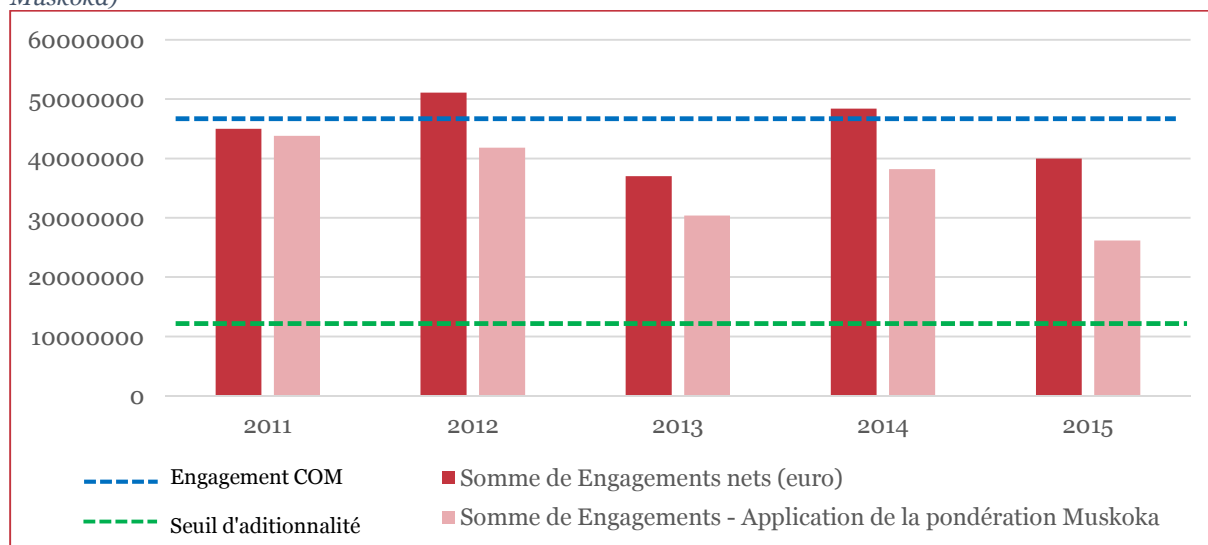
²⁵ L'engagement correspondait initialement à 42 projets mais un projet à Djibouti (projet Santé mère et enfant à Djibouti - CDJ1085) a été annulé en octobre 2018 car le ministre de la Santé de Djibouti, après de longues et nombreuses discussions avec l'AFD, n'a pas souhaité signer la convention de subvention. (peut-être expliquer pourquoi ?)

²⁶ Ils correspondent aux codes DAC 12240, 13020, 13030 et 13081

²⁷ Ils correspondent aux codes DAC 12191, 12220, 12250 et 12281

²⁸ Il correspond au code CAD 12263

Figure 10 Ventilation par année des montants octroyés par l'AFD (montants totaux et montants pondérés Muskoka)



Source : Base de données AFD / Janvier 2019 – traitement Technopolis

Par ailleurs, si l'on considère l'additionnalité des engagements Muskoka, le montant d'engagements pondérés de 180,4M€ doit encore être revu à la baisse de 24,8%. En effet, comme indiqué dans le bilan du projet de contrat d'objectifs et de moyens (COM) AFD 2011-2013, « sur la période 2008-2010 en moyenne, les subventions ayant trait à la santé maternelle et infantile dans les PPP étaient de 11M€ par an. Ce montant moyen a été porté à 44M€ par an entre 2011 et 2013 ». En intégrant cette donnée, l'engagement de la France via le canal bilatéral est de 166,5M€ et 135,6M€ (montants de subvention totaux et montants pondérés Muskoka).

2.7.2 Versements

Comme indiqué précédemment, les versements correspondant aux 41 projets validés entre 2011 et 2015 s'étalent entre 2012 et 2022.

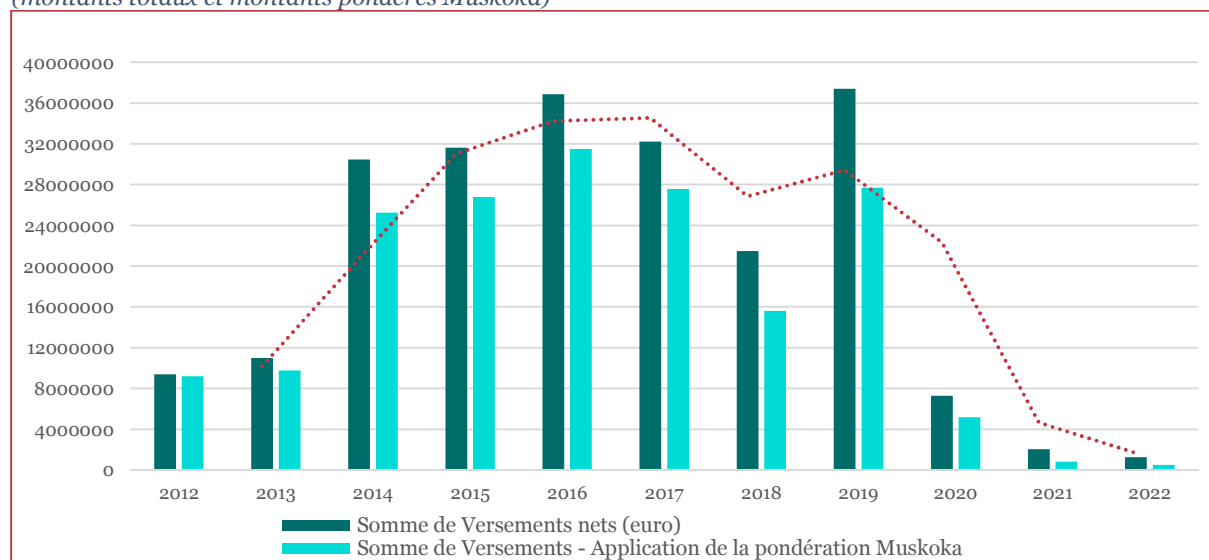
L'analyse des données des projets AFD permet de mettre en évidence les éléments suivants :

- Le montant des versements totaux en 2018 s'élève à 173M€ (145,5€ pour les montants pondérés Muskoka) ;
- Le montant des versements totaux prévu à échéance 2022 s'élève à 221M€ (180M€ pour les montants pondérés Muskoka).

Là aussi, les montants doivent être revu à la baisse de 24,8% si l'on considère l'additionnalité post-2010. Comme indiqué précédemment, ces montants ne sont pas à la hauteur de l'engagement politique Muskoka .

La ventilation par année des versements (cf. Figure 11) présente selon l'AFD une courbe classique des versements aux projets santé en subvention dans les pays d'Afrique subsaharienne : cette courbe reflète i) la nature des projets et leur logique de renforcement à moyen terme des systèmes de santé, ii) les délais incompressibles de l'AFD liés à son mode opératoire en appui aux maitrises d'ouvrage publiques, iii) au contexte difficile des pays d'Afrique subsaharienne. Le pic de versement prévu pour 2019 correspond pour l'essentiel à la hausse des subventions octroyées en 2014 et à l'avancement prévu de quelques projets d'envergure (Comores, Sénégal, Guinée par exemple).

Figure 11 Ventilation par année des montants versés par l'AFD sur les 41 projets validés entre 2011 et 2015 (montants totaux et montants pondérés Muskoka)



Source : Base de données AFD / Janvier 2019 – traitement Technopolis

3 Le Fonds Français Muskoka dans le contexte de la réforme One UN

Ce chapitre s'attache au **1^{er} volet de l'évaluation formative** sur les effets du Fonds français Muskoka (FFM) sur le fonctionnement du système des Nations Unies et plus particulièrement sa contribution à la Réforme One UN. Le présent chapitre répond aux questions évaluatives formulées ci-dessous.

Rappel des principales questions évaluatives:

- Dans quelle mesure le FFM a-t-il induit des changements observés dans l'organisation du travail des 4 Agences qui lui soient directement imputables (dans le fonctionnement, la coordination, le pilotage des opérations) ?
- Dans quelle mesure les changements générés par le FFM contribuent-ils à la mise en œuvre des principes et finalités de la réforme One UN²⁹ ? Quels sont les enseignements et les pratiques exemplaires ?
- Quels sont les enseignements utiles au suivi et pilotage de contributions françaises volontaires aux organisations internationales ? Peut-on s'inspirer des bonnes pratiques observées dans le cadre du pilotage et de la mise en œuvre du FFM via les 4 Agences onusiennes pour d'autres contributions françaises aux organisations internationales ?

Principaux constats

- **Le FFM a renforcé une dynamique de collaboration déjà existante entre les 4 Agences des Nations unies au niveau régional et national.** Les changements observés directement imputables au FFM sont : i) une programmation et mise en œuvre d'activités conjointes et pluriannuelles d'activités; ii) l'exploitation des avantages comparatifs de chaque Agence pour la mise en œuvre des FSP Muskoka; iii) des démarches de communication communes sur Muskoka; iv) un reporting commun. **En dehors des activités financées par Muskoka, la dynamique de collaboration entre Agences n'est pas systématique.** Néanmoins elle a été identifiée à trois niveaux : i) au sein même des Agences ; ii) entre Agences nationales et les Ministères de la Santé nationaux ; et iii) entre Agences au niveau international.
- **Le FFM est reconnu par les Agences comme le premier Fonds ayant posé les jalons nécessaires à la mise en œuvre de la réforme One UN.** Le FFM est une mise en pratique de la réforme One UN dans le secteur de la SSRMNIA-N. Le FFM contribue à la mise en œuvre des principes One UN d'un responsable unique, d'un programme unique et d'une voix unique.
- **Néanmoins le contexte d'intervention du FFM a changé** avec la mise en œuvre, début 2019, d'un nouveau volet de la réforme One UN, ainsi que la collaboration dans les pays Muskoka des PTF à des plateformes de coordination de l'aide. Ainsi, le rôle du FFM doit être redéfini à la lumière de ces évolutions.
- En terme d'enseignements utiles au suivi et pilotage des contributions françaises volontaires aux organisations internationales, les principaux sont de s'assurer, pour chaque contribution française, de la définition d'une logique d'intervention, partagée et comprise par tous les acteurs, et de s'assurer d'un portage politique adéquat.
- **Un mécanisme tel que le FFM est un exemple d'outil utile à la France pour ses négociations** auprès des Nations Unies afin de faire valoir ses positions. Il est difficilement transposable sur d'autres thématiques néanmoins.

²⁹ Un responsable unique, un programme unique, un budget unique et un bureau unique (voir Annexe D)

3.1 Le FFM a renforcé la dynamique de collaboration entre les Agences des Nations Unies sur la SSRMNIA-N et dans les pays Muskoka

3.1.1 *Un mécanisme de programmation et de mise en œuvre conjointe des actions des Agences des Nations Unies*

Le Fonds français Muskoka (FFM) n'est pas établi en tant que fonds fiduciaire³⁰, mais en tant que « projet conjoint » et concerté entre quatre Agences des Nations Unies (FNUAP, OMS, UNICEF, ONU Femmes) et la France. Celle-ci apporte un appui direct pour un montant annuel de 19M€ dans les quatre premières années du Fonds, puis 14,25 M€ en 2015 et enfin 10M€ de 2016 à 2018 ; cet appui a été financé jusqu'en 2016 via le fonds de solidarité prioritaire (« FSP » au titre du Programme 209) et depuis 2017 via le canal « aide projet » du programme 209. Des conventions cadres ont été signées avec chacune des quatre Agences des Nations Unies (ONUFEMMES-FNUAP, UNICEF, OMS). Par ailleurs, un appui complémentaire au FFM à hauteur de 1,2M€ par an est apporté par le Comité français pour l'UNICEF afin de permettre le développement ou le renforcement de la promotion des pratiques familiales essentielles dans les pays. Depuis 2011, six pays ont bénéficié d'un appui : le Bénin, la Guinée, le Mali, le Niger, le Tchad et le Togo. En 2014 la Côte d'Ivoire a été ajoutée à cette liste.

Le fonctionnement, la coordination et le pilotage du FFM reposent sur un certain nombre de mécanismes et d'outils qu'il convient de décrire pour comprendre dans un deuxième temps comment ils ont pu influencer l'organisation du travail des quatre Agences.

Un travail d'identification des spécificités de chaque Agence a été réalisé afin de permettre à chacune d'exploiter sa valeur ajoutée³¹. L'OMS et ONU Femmes sont deux Agences normatives, l'une centrée sur la santé, l'autre sur les questions de genre et le droit des femmes ; le FNUAP et l'UNICEF sont des fonds (et non des Agences) plus opérationnels, centrés respectivement sur la santé reproductive et les enfants. Chaque Agence conserve donc sa spécificité³².

Ainsi les plans d'action du FFM dans les différents pays identifient les Agences responsables de la mise en œuvre, activité par activité, en fonction de leur valeur ajoutée selon trois composantes³³ : i) Renforcement des systèmes de santé (mis en œuvre par les Agences UNICEF, FNUAP, OMS et ONU Femmes) ; ii) Harmonisation et coordination des stratégies au niveau régional dans les trois domaines prioritaires (mis en œuvre par les Agences UNICEF, FNUAP, OMS et ONU Femmes) ; iii) Suivi, évaluation et documentation des trois Fonds de Solidarité Prioritaires (mis en œuvre par UNICEF³⁴)

Les FSP reposent sur un cadre commun d'analyse et d'interventions qui a été défini conjointement entre les Agences et le Ministère des Affaires étrangères. Ce cadre commun a adopté l'approche du continuum de soins (cf. Encadré 1), regroupant les interventions sanitaires essentielles pour la mère, le nouveau-né et l'enfant pendant la grossesse, l'accouchement, les périodes postnatale et néonatale – périodes où surviennent plus de la moitié des décès de mères et de nouveau-nés – ainsi que l'enfance et l'adolescence.

³⁰ Véhicule financier qui collecte des contributions pour le financement de projets en réponse aux besoins des populations ciblées par les contributeurs

³¹ Le processus d'identification de la valeur ajoutée et de répartition du travail entre Agences sera identifié plus précisément au cours de l'étude

³² Aboubaker S, Grimaldi C. Le Fonds Français Muskoka : origine, objectifs et mise en œuvre. Med Sante Trop 2016 ; 26 : 345-350. doi :10.1684/mst.2016.0610345

³³ Ces trois composantes seront refondues en 2019, ainsi que tout le cadre programmatique, de fonctionnement et de gouvernance

³⁴ Cette composante sera confiée à l'OMS à compter de 2019

Encadré 1 Concept du continuum de soins³⁵

Le concept de continuum de soins se fonde sur le fait que les décès de femmes, de nouveau-nés et d'enfants ont en commun des causes structurelles similaires et interdépendantes : i) la dénutrition et l'insécurité alimentaire, ii) l'analphabétisme des femmes, iii) les grossesses précoces et les problèmes qui surgissent après la maternité, par exemple l'insuffisance pondérale à la naissance, iv) les mauvaises pratiques alimentaires, le manque d'hygiène et d'accès à l'eau salubre et à des moyens d'assainissement adéquats, v) l'exclusion des services de santé et de nutrition en raison de la pauvreté ou de la marginalisation géographique ou politique. En Afrique Sub-saharienne, un continuum de soins couvrant 90 % des femmes et des nouveau-nés permettrait d'éviter les deux tiers des décès de nouveau-nés, épargnant ainsi 800 000 vies par an.

Le cadre de travail interAgences se décline au niveau des pays et au niveau régional. Il n'existe néanmoins pas de document d'activités consolidé inter-pays avec un budget associé. Nous avons donc réalisé un travail de consolidation afin de rendre visible les interventions par Agences par thématiques et dans le temps. Ce travail, peu aisé compte tenu de l'hétérogénéité des sources et de leur incomplétude³⁶, est présenté dans les tableaux en Annexe H. Il n'a malheureusement pas été possible d'identifier pour chaque sous-objectif les budgets déployés ni les pays, car les cadres de rapportage ne donnent pas ce niveau de détail.

Les composantes opérationnelles sont spécifiques aux quatre Agences, mais menées en collaboration entre les Agences : chaque Agence des Nations Unies est responsable de la mise en œuvre des actions prévues par les conventions de financement, répondant aux « métiers » spécifiques des différentes Agences. La collaboration opérationnelle avec les autres Agences est prévue : « Toute activité sera mise en œuvre en collaboration entre le siège, le bureau régional, les équipes inter-pays, et les bureaux pays de AFRO (de l'OMS), ainsi qu'avec l'UNICEF, l'UNFPA et des partenaires français ». A titre d'exemple, le FSP OMS 2012 prévoit :

- *« le plan des ressources humaines intégrant les activités des différentes composantes proposées par l'OMS, l'UNICEF, l'UNFPA qui participent à ce projet ;*
- *la formation de consultants internationaux et nationaux, ainsi que de staff des Nations Unies (OMS, UNFPA, UNICEF, UNAIDS) pour la mobilisation des ressources ;*
- *L'organisation d'1 ou 2 ateliers régionaux pour le renforcement des capacités des ASC à la prise en charge de la pneumonie, la diarrhée, et du paludisme (formation selon des matériels récemment mis à jour UNICEF/OMS) ;*
- *La planification de visites conjointes avec les partenaires OMS, UNICEF et UNFPA dans chaque pays avec les partenaires ministérielles, ONG, et autres pour élaborer le plan des activités ;*
- *La coordination avec le Bureau Régional AFRO et les bureaux pays pour l'analyse des besoins prioritaires et la formulation des plans d'interventions de l'OMS ;*
- *La participation aux visites conjointes avec les autres départements de l'OMS, l'UNICEF et UNFPA dans les pays pour la validation des plans ;*
- *Etc. »*

Les actions de communication sont mutualisées entre les Agences : « La communication sera commune aux trois FSP (UNICEF, UNFPA, OMS), sous la composante commune de gestion, suivi et évaluation. Toute communication sur le projet mentionnera clairement le MAEE » (FSP 2012).

³⁵ S. Aboubaker, C. Grimaldi, 2016 Le Fonds Français Muskoka : origine, objectifs et mise en œuvre. La coordination « ONE UN »

³⁶ 1) dans le FSP UNFPA- ONU Femmes 2015, les activités UNFPA et ONU Femmes ne sont distinguées que dans la composante 2. Pour les composantes 1 et 3, il n'est pas précisé qui fait quoi entre UNFPA et ONU Femmes ; 2) les formulations d'objectifs ont changé entre les FSP 2012-2014 et les FSP 2015 et 2017 ; il est clairement plus simple de remplir le tableau ci-dessus à partir des FSP 2017 ou 2015 des différentes organisations, puisqu'il existe à chaque fois un « Tableau synthétique des objectifs, indicateurs et hypothèses », reprenant la plupart du temps les mêmes formulations que celles des objectifs spécifiques ci-dessus ; 3) Les FSP 2013 et 2014 sont généralement très peu renseignés. Ils ne le sont que par pays, sans approche globale ; il est donc difficile de savoir si les objectifs ont été remplis pendant ces deux années. En 2012, 2013, 2014, les objectifs ne sont pas formulés de la même manière qu'en 2015 et qu'en 2017. Les FSP 2016 ne sont pas fournis par la base documentaire.

Le suivi-évaluation fait l'objet d'une attention particulière : « *le suivi et évaluation du projet se fera de manière continue grâce au 'monitorage' régulier de la mise en œuvre des activités identifiées au niveau de chaque pays. Ce suivi se fera de manière participative et sera assurée par le comité technique et le Comité de Pilotage grâce à la collecte des indicateurs déjà utilisés par les pays et les bureaux régionaux et pays OMS, en collaboration avec l'UNICEF et l'UNFPA* » (FSP 2012). **En particulier, le dispositif de suivi-évaluation s'appuie sur deux organes de niveau global** (comité de pilotage et comité technique³⁷) et, pour chaque pays, **le comité national** le plus approprié (HHA³⁸, H4+, UNCT- UN Country Team, comité inter-Agences, coordination des partenaires, etc.) qui suivent les progrès de la mise en œuvre des activités et de l'obtention des résultats. **La coordination et collecte des informations est réalisée par UNICEF.** Chaque année, UNICEF BRAOC fournit un rapport technique et financier sur les activités menées et sur l'utilisation de la contribution reçue.

Le suivi concerne deux types d'indicateurs au niveau des pays et au niveau régional: **des indicateurs de processus** (santé maternelle et néonatale, santé infanto-juvénile, planification familiale, ressources humaines, accès aux médicaments essentiels) ; et des **indicateurs/traceurs de mise en œuvre des interventions à haut impact** au niveau des pays ciblés par les FSP.

Le suivi commun des FSP est basé sur le cadre logique commun: tableau synthétique des objectifs, indicateurs et hypothèses, cadre de résultat centré sur les IHI et description du contenu du projet commun (volets d'activités et activités). Une revue documentaire a été réalisée au commencement du projet pour collecter les niveaux de base des indicateurs et servir de point de référence pour le suivi-évaluation tout au long du projet. Afin d'assister à la conception et à la mise en œuvre du volet inter-Agences de suivi-évaluation, un partenariat a été conclu en juillet 2013 avec un consortium composé d'un bureau de recherche du Burkina Faso et d'un bureau d'étude français (Muraz – CREDES).

Dans le cadre du suivi-évaluation des actions, le FFM a notamment financé, au-delà de l'accompagnement externe au suivi-évaluation de l'ensemble des interventions, **des travaux de recherche opérationnelle et un travail systématique de gestion des connaissances** via des communautés de pratiques (FBP, financement de la santé, planification et budgétisation, qualité des soins), une coopération Sud-Sud, **l'identification et diffusion des meilleures pratiques issues de l'expérience.**

Et enfin, le MEAE effectue un pilotage commun des FSP : « *Le Comité de Pilotage est sous la responsabilité du MAEE. Il se réunit deux fois par an. Ses membres sont les représentants désignés du MAEE (DGM/BPM/SDH et conseillers régionaux santé du MAEE des pays ciblés par le projet), les représentants désignés de UNFPA (Division Technique et Bureau Régional Afrique) et d'ONU Femmes, de l'UNICEF et de l'OMS, de l'Agence française de développement ainsi que des représentants des pays ciblés par le FSP. Sa présidence est assurée par le MAEE. Ces réunions seront l'occasion de faire le point sur l'état d'avancement du projet et de proposer, le cas échéant, des adaptations* »³⁹.

³⁷ La gouvernance du Fonds s'organise autour d'un comité de pilotage et d'un comité technique. Le comité de pilotage est une instance de gouvernance décisionnelle de suivi et d'orientation des programmes du FSP et est présidé par un représentant du MAEE. Il compte un maximum de 15 représentants dans le but de permettre une plus grande efficacité pour la prise de décision, et le cas échéant d'organiser un vote. Les représentants des Agences sont mandatés par leur organisation pour être à même de prendre des décisions stratégiques et opérationnelles : UNFPA, l'OMS et l'ONUFEMMES ont une double représentation (siège et bureau régional); UNICEF a une représentation au niveau régional ; le Comité français pour l'UNICEF a une représentation en tant que co-financeur. L'AFD et Expertise France ont une place d'observateurs.

Le comité technique rassemble les points focaux des Agences, des experts techniques des Agences et des représentants du MEAE, dont les conseillers santé régionaux en Afrique de l'Ouest et Centrale ; UNICEF BRAOC facilite le travail du comité technique en termes de secrétariat, facilitation, rédaction des rapports, suivi et évaluation. Ainsi le comité technique Trois sous-groupes techniques, représentant toutes les Agences, mettent en œuvre les priorités adoptées par le Cotech et assurent, par délégation, le suivi technique et opérationnel du travail lié au suivi-évaluation du FFM, communication externe/visibilité et recherche opérationnelle. Chaque sous-groupe est animé par un point focal (UNICEF BRAOC).

³⁸ Au niveau national, le mécanisme de coordination au niveau des pays ciblés par l'initiative s'inscrit dans le cadre du mécanisme d'Harmonisation pour la Santé en Afrique (HHA) et repose sur des points focaux de chacune des Agences et des ministères impliqués ; un point focal inter-Agences par pays (Agence coordinatrice).

³⁹ Source : rapport de présentation des FSP du FFM

3.1.2 Une mécanique de mise en œuvre innovant

Le FFM constitue une **innovation dans le paysage de l'aide multilatérale** au côté du partenariat H4 puis du GFF (voir Annexe D), plus **par le mécanisme de mise en œuvre et la mise en œuvre des interventions financées** que par leur nature. En effet, en termes d'approche et de ciblage des interventions SSRMNIA-N, le FFM s'est inscrit dans des dynamiques existantes, notamment en ce qui concerne les choix de s'aligner sur les politiques nationales et les cycles de planification des pays, et de se concentrer sur les interventions à Haut Impact⁴⁰ qui étaient déjà ciblées par les Agences des Nations Unies dans leur travail de terrain avant la mise en place du FFM (OMS, UNFPA)⁴¹.

A contrario, **la mise en place d'une concertation organisée au niveau des pays et au niveau régional entre Agences des Nations Unies constitue une véritable nouveauté**⁴². Alors que le FFM est né en 2010 d'une dynamique de collaboration déjà existante entre les Agences Régionales UNFPA et UNICEF en Afrique de l'Ouest, le dispositif français formalise cette collaboration.

Le FFM propose en particulier un financement dédié au travail de coordination et pilotage par pays, et au travail de gestion et suivi-évaluation des actions au niveau régional (mission interAgences) (cf 3.1.1.).

Les représentations régionales présentent par ailleurs une valeur ajoutée dans l'architecture du FFM, qui a notamment été soulignée dans l'évaluation de l'initiative H6. Elles permettent une meilleure proximité du terrain que via les sièges genevois et new-yorkais. Une autre source de valeur ajoutée sont les échanges entre professionnels des différents pays. En dehors des réunions de COTECH (2 physiques par an et TC mensuels), des réunions thématiques sont organisées entre experts des différentes thématiques (santé maternelle, qualité des soins, SSRAJ) autour d'activités régionales conjointes à mettre en œuvre.

Les efforts de collaboration et concertation sont soutenus par les actions conduites par le Secrétariat du FFM qui sert les 4 Agences Régionales et facilite les travaux de gestion et reporting.

3.1.3 Une facilitation du travail conjoint dans la mise en œuvre du FFM et au-delà

Ce mécanisme de concertation a commencé à porter ses fruits rapidement après le démarrage du FFM et a favorisé un travail commun entre les Agences des Nations unies. Selon l'évaluation à mi-parcours réalisée en 2014 de l'engagement français au Fonds Muskoka, « le rapprochement des acteurs français et des partenaires Muskoka **commen(çait déjà) à porter ses fruits en termes de travail conjoint autour de la SSRMNIA-N entre des Agences, notamment onusiennes, qui n'avaient pas l'habitude de travailler ensemble sur cette thématique particulière.** L'articulation est plus ou moins marquée sur le terrain en fonction des relations développées entre les différents acteurs et intervenants (AFD, Agences onusiennes, etc.) ».

Dans la continuité, le rapport annuel global du FFM de 2015⁴³ souligne les efforts qui ont été conduits au niveau national et régional: « *en ligne avec les stratégies Muskoka, les actions menées en 2015 ont poursuivi et approfondi la dynamique lancée en 2012 et poursuivie en 2014 de travail en synergie des Agences des Nations Unies (...) Cette synergie se place sur deux niveaux :*

- **Au niveau national, par un travail en commun significatif de plusieurs Agences.** D'une manière générale, il ressort qu'en 2015, la coordination des interventions de la santé de la mère et de l'enfant s'est encore améliorée, comme inscrit dans les rapports Côte d'Ivoire, Bénin et Guinée. Ce dernier pays souligne que : « *la poursuite d'une très bonne coordination observée en*

⁴⁰ Interventions dont les impacts sur la mortalité maternelle, néonatale et infanto-juvénile est scientifiquement prouvé.

⁴¹ Cette collaboration n'a pas été identifiée pour l'UNICEF et ONUFEMMES.

⁴² C'est un coopérant français détaché à UNFPA qui a plaidé pour la mise en place d'un mécanisme intégré sur la SRMNI qui s'appuie sur cette dynamique de collaboration

⁴³ Il n'existe pas de rapport annuel global postérieur.

2015 entre les différentes Agences impliquées dans cette initiative (OMS, UNICEF et UNFPA) a permis de faire avancer la mise en œuvre d'actions conjointes selon la fiche pays Muskoka 2015 et d'obtenir les résultats majeurs mentionnés dans le rapport pays, et ce, dans un contexte difficile lié à Ebola. (...) Dans les 8 pays, les résultats ont pu être obtenus grâce à une meilleure collaboration des Agences intervenant dans la mise en œuvre de l'initiative, aussi bien au moment de la planification des interventions qu'au cours de leur mise en œuvre. Cette collaboration a permis de renforcer une synergie entre plusieurs interventions ».

- **Au niveau régional, par les échanges inter-pays, générateurs d'amélioration de la qualité des actions dans chacun des pays du réseau Muskoka.** Des progrès au niveau de la Région ont été accomplis grâce à des réunions inter-pays organisées par les bureaux régionaux, des plaidoyers au niveau des institutions régionales afin de faciliter le travail dans les pays, l'appui technique et l'assurance qualité des activités menées dans les pays.

Les investigations conduites par les évaluateurs sur la période 2015-2018 ont confirmé le maintien de ce travail en commun au niveau national et régional. Les Agences nationales qui avaient initialement des difficultés avec les exercices conjoints ont progressé depuis. Au niveau régional, malgré les changements de personnes, la bonne entente et le travail en commun entre les 4 Agences ont perduré, reposant en partie sur le lien informel existant entre une équipe cœur de professionnels sur les postes clefs de Muskoka cofinancés par la France et les Agences. Il n'existe pas de réunions formelles prévues au niveau régional en dehors des COPIL et COTECH. En dehors des missions conjointes dans les pays de mise en œuvre, les Agences ont pris l'habitude de se concerter via emails.

Le croisement des entretiens conduits dans le cadre de la présente évaluation souligne l'influence du FFM sur les pratiques de travail en commun en dehors du FFM et à trois niveaux : i) au sein même des Agences ; ii) entre Agences nationales et les Ministères de la Santé nationaux ; et iii) entre Agences au niveau international :

- **Au sein même des Agences,** l'OMS signale des échanges plus fréquents entre les différents départements en charge de la SSRMNIA-N à Genève (par exemple santé maternelle, nutrition, médicaments, ressources en santé), dans le cadre du FFM et même au-delà, alors que les départements ont plutôt tendance à travailler en silos. Les investigations conduites n'ont néanmoins pas permis d'identifier des exemples précis en ce qui concerne la meilleure communication inter-départements hors activités FFM.
- **Avec les Ministères de la Santé nationaux et entres Agences,** les Agences dans le cadre de Muskoka interviennent de façon concertée. Au-delà du FFM, c'est le cadre de l'aide au développement des Nations unies (United Nations Development Assistance Framework, UNDAF) qui régit les relations entre les Agences et les partenaires nationaux, et qui impose une concertation entre Agences.

Un exemple est rapporté par l'UNICEF et l'UNFPA en Côte d'Ivoire, qui signalent que, dans le « cadre de la programmation unique » (UNDAF) les deux Agences travaillent actuellement à l'élaboration d'un Plan commun sous l'égide du Coordonnateur résident des Nations Unies en Côte d'Ivoire : elles s'appuient sur leur expérience de collaboration initiée dans le cadre du FFM pour réaliser cet exercice programmatique, et nous ont rapporté que cette expérience facilite grandement cette expertise (comparativement à d'autres Agences des NU intervenant sur d'autres secteurs). Un autre exemple a été cité au Sénégal. Le cluster des partenaires sur la Santé, qui a mis en place un plan d'action commun et un suivi trimestriel (SDNU, USAID, JICA, AFD) se serait constitué dans la mouvance de Muskoka.

- **Au niveau international,** au-delà des actions financées par le FFM, les investigations conduites ont permis d'identifier quelques cas d'essaimage de « l'esprit de concertation » Muskoka dans la mise en place d'initiatives multi-pays. Il convient néanmoins de noter que ces cas ne font pas tous consensus dans la communauté des acteurs intervenant sur la SSRMNIA-N ou plus largement la

santé. Il est en effet très difficile pour un interlocuteur d'identifier la contribution directe ou indirecte du FFM à une modification des mécanismes et habitudes de travail des Agences entre elles.

Avec précautions, on peut tout de même citer le **programme H4 devenu H6** (2014-2015). Le cadre du FFM a facilité, selon les Agences des Nations Unies (OMS, UNICEF, UNFPA), la mise en place de la programmation conjointe H4, puis H6, associant la Banque Mondiale, l'OMS, l'UNFPA, l'UNICEF, ONU Femmes, ONUSIDA, avec l'appui des financements canadiens et suédois. Le FFM aurait ainsi « *servi de base* », au programme H6, qui aurait adopté la même philosophie de travail que le FFM (programmation, mise en œuvre, reporting conjoints, le tout étant axé sur des interventions à haut impact, IHI), et en ciblant les interventions H6 sur d'autres districts sanitaires que ceux ciblés par le FFM (par exemple, en Côte d'Ivoire 3 régions sanitaires pour 8 districts contre 10 régions sanitaires pour 23 districts sanitaires sur 101 districts⁴⁴) (voir Encadré 2). Ce sont ces mêmes Agences onusiennes (point focaux des Agences Régionales mais aussi Directeurs Régionaux des Agences) qui sont impliquées dans le H4/H6 et le FFM qui ont porté les bonnes pratiques du fonctionnement du FFM au sein de H4/H6.

Encadré 2 Evaluation du dispositif H4+ (2011-2016)

L'évaluation du dispositif H4+ réalisé en 2017 souligne les atouts et faiblesses du dispositif de concertation entre partenaires:

- l'allocation des rôles et responsabilités sur la base d'une programmation, d'une mise en œuvre et d'un suivi-évaluation conjoints au niveau des pays, a permis une coordination et une collaboration renforcée, résultant en des engagements politiques plus cohérents et de meilleures réponses aux besoins et priorités ;
- la mise en œuvre de projets innovants a eu des résultats probants, mais le manque de documentation des démarches n'a pas permis la prise de décision politique et la mise à l'échelle ;
- la faiblesse du système de capitalisation des expériences ne permet pas la diffusion des savoirs acquis dans et entre les pays
- l'absence de la Banque mondiale de la programmation conjointe s'est fait sentir : il a manqué une réponse aux obstacles intersectoriels du renforcement des systèmes de santé

Un second exemple concerne **l'Initiative Spotlight (CE)** lancée en septembre 2017 par le Secrétaire général des Nations Unies ainsi que par la haute représentante et vice-présidente de l'Union européenne et le vice-président du Conseil. Les Agences régionales engagées à la fois dans le FFM et l'initiative Spotlight ont développé conjointement une proposition pour la mise en place d'une coordination inter-Agences régionales sur l'exemple des bonnes pratiques du Fonds français Muskoka dans la proposition Spotlight Initiative. Les Agences Régionales des Nations unies à Dakar ont ainsi plaidé conjointement pour la mise en place d'un niveau intermédiaire entre les sièges des Agences impliqués et les pays. Non seulement cette proposition a été retenue mais elle a été appliquée à l'ensemble des régions bénéficiaires de cette initiative.

Un dernier exemple est celui de **l'opérationnalisation de la plateforme nommée Scaling Up Nutrition**, mouvement mondial pour mettre fin à la malnutrition, qui se serait inspirée du FFM pour sa programmation multisectorielle et multi-acteurs.

⁴⁴ Depuis 2016, la Côte d'Ivoire ne bénéficie cependant plus de fonds H4/H6.

3.2 Au-delà de contribuer à la mise en œuvre des principes et finalités de la réforme One UN, le FFM est une des premières mises en pratique historique de cette réforme

3.2.1 La réforme One UN

Les Agences des Nations unies pour le développement font l'objet d'une réforme au long cours dite « Unis dans l'action » ou One UN afin d'améliorer leur fonctionnement, notamment leur efficacité et efficience (par exemple éviter les duplications entre Agences). Cette réforme a été lancée en 2006, et induit **progressivement des changements** dans la façon de penser la cohérence, l'efficience et l'efficacité au sein d'organisations actives dans l'aide au développement, particulièrement dans le secteur de la santé.

La réforme souhaite mettre en application **quatre principes clés**, avec l'objectif de permettre une meilleure appropriation des objectifs de développement national par les pays concernés (cf. Encadré 1).

Encadré 3 Les quatre principes clés de la réforme du système des Nations Unies pour le développement

- **Un responsable unique** : Le coordinateur qui supervise toutes les activités de développement de l'ONU dans un pays de programme se voit confier une plus grande autorité et davantage de ressources. Investi d'une fonction de pilotage stratégique, il peut faire le lien entre les autorités nationales, l'ONU et d'autres partenaires.
- **Un programme unique** : Le coordinateur a autorité pour négocier avec le gouvernement local un programme conjoint qui se fonde sur la stratégie nationale de développement définie par le pays concerné. Un tel « programme unique » tire parti de toute l'expertise de l'ONU et permet aux organismes des Nations Unies de mieux se concentrer sur les activités en fonction de leurs avantages comparatifs.
- **Un budget unique** : Les organismes de développement de l'ONU se doivent d'adopter un cadre budgétaire unique au niveau des pays. Grâce à une planification financière coordonnée, les gouvernements et les partenaires disposent d'une information transparente sur toutes les activités de l'ONU, ainsi que sur les sources et manques de financement.
- **Un bureau unique** : Il y a lieu d'harmoniser, de simplifier et d'uniformiser les procédures et politiques en vue d'améliorer l'efficience et de réduire les dépenses administratives. Le cas échéant, les organismes des Nations unies doivent partager locaux et services.

Source : One UN (2012)

Deux autres principes sont identifiés : « Fonds unique » et « Voix unique », bien qu'ils soient très peu définis ou explicites.

Des pilotes de la réforme ont été mis en œuvre à partir de 2006 (huit pays⁴⁵ la première année, progressivement étendue), et en 2007, les États membres ont appelé à mettre en place des évaluations indépendantes. Une évaluation externe conduite en 2012⁴⁶ souligne les progrès réalisés, notamment sur le principe « voix unique » (meilleure concertation et travail en commun) mais conclue qu'il faut aller plus loin dans la réforme et œuvrer pour une meilleure cohérence des interventions.

Une initiative « Unis dans l'action » de deuxième génération a ensuite été lancée en 2012 et des instructions émises afin de poursuivre les efforts de façon plus pratique et plus harmonisée, en exploitant de façon optimale les idées et les compétences, les expériences et les capacités institutionnelles de tous les membres du Groupe des Nations unies pour le développement (GNUD). Ces instructions standards adressées aux pays reprennent les éléments clés de la réforme : programme unique, cadre budgétaire commun, responsable unique et direction de l'équipe de pays des Nations unies, unité dans les opérations, unité dans la communication. Afin de mesurer les progrès, l'ONU a développé un cadre de suivi et d'évaluation commun pour chacun des piliers de la réforme One UN.

⁴⁵ Jean-Marc Châtaigner : « Réformer l'ONU : mission impossible ? » Revue Française d'Administration Publique, ENA (2008/2)

⁴⁶ Nations Unies, 2012 « Independent evaluation of Delivering as ONE » <http://www.un.org/en/ga/deliveringasone/pdf/summaryreportprint.pdf>

Depuis les débuts de la réforme One UN, la mise en œuvre de ses principes rencontre globalement des difficultés. Dans trois pays visités par les évaluateurs (Sénégal, Côte d'Ivoire et Niger), les interlocuteurs rencontrés dans les Agences des Nations Unies ont exposé les freins à l'effectivité de cette réforme : i) les Agences sont souvent en compétition pour l'obtention de financements ; ii) les systèmes de gestion des programmes sont très différents d'une Agence à l'autre ; iii) les responsables de programme à qui l'on demande de collaborer avec d'autres Agences sont évalués sur la base de l'atteinte d'indicateurs de performance propres à leur Agence.

3.2.2 *Le FFM, un dispositif qui contribue à la mise en œuvre des principes de la réforme One UN*

Les entretiens conduits auprès des Agences des Nations unies permettent de comprendre qu'avant la mise en place du FFM en 2010, la réforme des Nations unies n'avait pas pris forme de manière pratique et concrète. Dès lors, **le FFM peut être considéré par les Agences comme le premier Fonds ayant posé les jalons nécessaires à la mise en œuvre de la réforme des Nations Unies.**

Nos travaux nous ont permis d'élaborer les logiques d'intervention de la réforme One UN⁴⁷ et celle du FFM qui se concentre sur la troisième composante du cadre d'intervention du FFM, à savoir la gestion, le suivi-évaluation et l'apprentissage. Ces deux outils permettent d'identifier comment les résultats de la 3^{ème} composante d'intervention du FFM contribue à la réforme One UN ainsi que présentée en Figure 12 ci-après.

Le FFM contribue aux principes suivants de la réforme One UN (bien que ces principes n'aient jamais été mentionnés par le FFM) :

- **Fonds unique** : bien que le Fonds français Muskoka ne soit pas un Fonds en tant que tel, il est identifié comme tel, soutenu par des éléments de langage, des outils de rapportage et de communication.
- **Responsable unique** : pour chacune des activités, les rôles et responsabilités sont répartis entre Agences.
- **Voix unique** : le comité de pilotage est le lieu d'un dialogue concerté entre Agences et avec les pays bénéficiaires du FFM
- **Programme unique** : un cadre commun d'activités régit les interventions des Agences.

Le FFM ne contribue pas aux principes suivants :

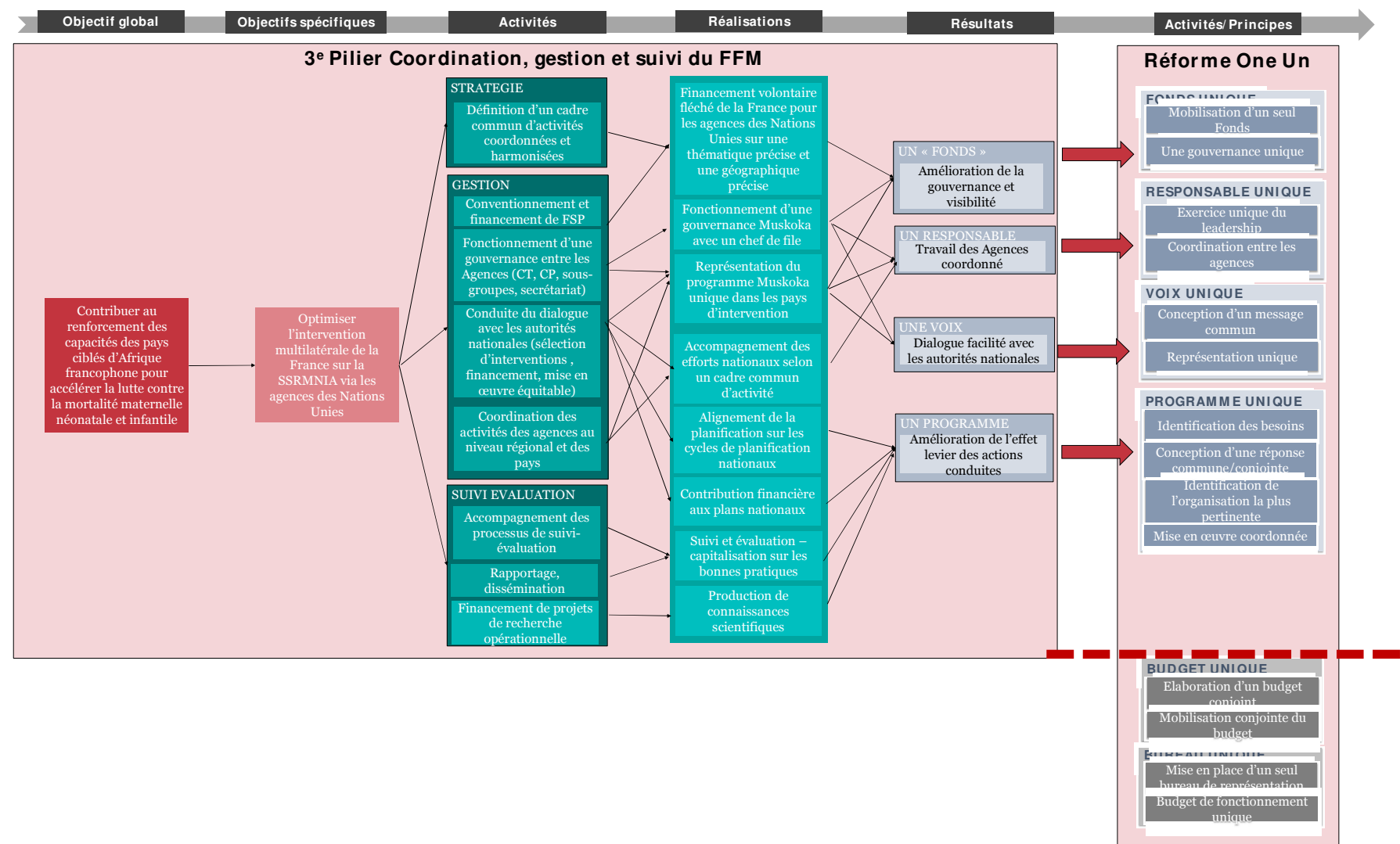
- **Budget unique** : si le budget est réputé élaboré conjointement entre Agences, chaque Agence a un budget propre (lié à un FSP) qu'elle décline dans chaque pays. Les financements sont dirigés vers les plans nationaux de santé (PNDS) de façon distincte. Le rapportage se fait au niveau des pays et par Agences au niveau global, puis est consolidé entre les 4 Agences.
- **Bureau unique** : chaque Agence a conservé son propre bureau, au niveau régional et au niveau des pays.

Pour les Agences des Nations unies, **le FFM a effectivement été une « mise en pratique, dans le secteur de la santé maternelle et infantile », de certains des principes de la réforme One UN.** Le FFM a de ce point de vue été un « catalyseur » de la mise en œuvre de la réforme. Préalablement au FFM, les Agences mentionnent des échanges sur la stratégie dans les pays, mais chaque Agence venait avec ses propres ressources, ses propres approches. Le FFM a changé la donne en intégrant la notion de programmation conjointe qui force les Agences à co-construire ensemble la réponse, les activités, en s'appuyant à la fois sur les ressources du FFM, et la mobilisation d'autres sources complémentaires de financement issues d'autres pays donateurs (Royaume Uni, le Canada, la Luxembourg la Belgique, le DanLuxembourg Luxembourg).

⁴⁷ Elle s'appuie sur la logique d'intervention proposée dans l'évaluation de la réforme conduite en 2012. Elle explicite les objectifs, étapes et attendus de la réforme à laquelle le FFM prend part. Voir Annexe G

Les Agences Régionales des Nations Unies ont d'ailleurs communiqué auprès du système des Nations unies (SDNU) sur le côté innovant du FFM dans le cadre de la réforme One UN. Elles voient dans le FFM l'opportunité de véritablement travailler en commun et de sécuriser des financements.

Figure 12 Notre compréhension de la contribution des effets du FFM à la Réforme One UN



3.2.3 Un contexte néanmoins changeant

Lors de l'Assemblée générale des Nations Unies en mai 2018, les États membres de l'ONU ont donné leur feu vert à **une réforme de troisième génération** proposée par le Secrétaire général afin que le système de développement des Nations Unies apporte des résultats plus tangibles pour les individus et soit plus rentables pour leurs contributeurs. Les grands changements apportés par la réforme sont les suivants :

- **Le rôle du système des coordonnateurs résidents est redynamisé**, en renforçant l'autorité du coordonnateur résident, et en dissociant les fonctions du coordinateur résident de celles du représentant résident du Programme des Nations Unies pour le développement (PNUD); le nouveau système des coordonnateurs résidents représente un coût additionnel de 80M\$ par rapport au système actuel;
- **Le système sera aligné plus rapidement sur le programme de développement durable à l'horizon 2030** ;
- Une **nouvelle génération d'équipes pays**, guidées dans leur approche par les besoins de chaque pays sera mis en place : *« les structures que nous avons aujourd'hui au niveau des pays reposent trop sur les personnalités et la bonne volonté dans un système qui ne récompense pas toujours la coopération »*.
- **Les équipes pays devront élaborer un cadre d'intervention commun (UNDAF)**.

Les documents présentant cette nouvelle étape de la réforme restent encore méconnus de beaucoup de nos interlocuteurs dans les Agences au niveau national et régional au moment de la conduite de la présente étude, et les dispositions prises avec effet au 1^{er} janvier 2019 ont peu encore été mises en œuvre⁴⁸.

Les représentations régionales en Afrique de l'Ouest pourraient être remises en question. Des débats ont cours actuellement à la fois dans le cadre de la nouvelle réforme du SDNU et de l'OMS sur le recentrage de la représentation africaine à Addis Abeba ou sur plusieurs régions. Globalement il y a un mouvement vers l'affaiblissement des représentations régionales de l'OMS et les autres Agences souhaitent conserver une représentation en Afrique de l'Ouest.

Il apparaît ainsi que la révision du cadre d'intervention et de gouvernance du FFM devra prendre en compte ces nouvelles dispositions.

3.3 Les enseignements utiles au suivi et pilotage de la contribution au FFM et plus largement des contributions volontaires françaises aux organisations internationales

Des leviers au bon fonctionnement du dispositif ont été identifiés et ont besoin d'être soutenus voir améliorés dans la prochaine phase du FFM :

- **Une logique d'intervention claire et ciblée et une gouvernance adaptée.** Depuis 2015, le positionnement du FFM (logique d'intervention) ainsi que sa gouvernance (fonctionnement du COPIL et COTECH) n'apparaissent pas optimaux. Le comité de pilotage du FFM de juin 2018 validait la révision des outils de l'initiative à savoir le cadre d'intervention, le cadre logique, le cadre de suivi évaluation et les termes de référence du comité technique et du comité de pilotage. Une évaluation est actuellement en cours sur ces points (évaluation de la gouvernance et des outils de programmation de la première phase du FFM 2011-2017, ACT for Performance).
- **Une fonction catalytique.** Le FFM initie et teste des initiatives, des activités innovantes, avec de nouvelles approches. Il investit des sujets à fort impact avérés (ex : revue des décès, intégration de la santé scolaire dans les actions de sensibilisation des jeunes) et permet la prise en charge de

⁴⁸ sinon le paiement d'une redevance de 1% pour le financement d'un coordinateur résident dans les pays sur l'ensemble des contributions volontaires aux Agences

thèmes orphelins : hygiène menstruelle, santé des adolescents, violences faites aux femmes. Puis, dans la foulée, certaines activités peuvent trouver un relais de financement vers d'autres bailleurs pour une mise à l'échelle. Un des exemples phare est, sur l'Afrique de l'Ouest, la reprise du financement de la Série C'est la Vie par la Fondation Gates et l'AFD. Le Réseau d'Action pour l'Education à la Santé (RAES) qui a mis en place la série télévisée C'est la Vie a pu monter progressivement en compétences avec le succès de la série, et former des jeunes gens sur des métiers qui n'existaient pas avant (la communication pour la prévention en santé). Par ailleurs, le FFM a permis d'attirer une contribution de 3M€ du Danemark.

- **Le leadership de l'Agence responsable.** L'effectivité de la concertation varie d'un pays à l'autre et dépend fortement de l'Agence responsable en charge de la programmation intégrée (l'Agence responsable varie d'un pays à l'autre, d'une année à l'autre) et de la personne en charge de la coordination au sein de l'Agence. Pour nuancer ce constat, il faut noter que le FFM a eu une longue phase de mise en œuvre : le cadre logique et les orientations ont beaucoup changé dans un premier temps pour se stabiliser depuis 3 ans.
- **La mise en œuvre d'un plan de communication conjoint.** Le rapport global 2011-2015 note que les quatre Agences se sont coordonnées pour définir et mettre en œuvre une stratégie de communication intégrée et harmonisée, avec un plan de communication contenant l'ensemble des outils et canaux de communication. Le rapport précise la mise en avant du programme dans les médias francophones (Le Monde Afrique, RFI/Priorité Santé, Luxembourg24, TV5Monde Afrique), mais aussi dans les conférences internationales (ICASA 2017, RH en santé 2017, Planification familiales 2016-2018, EU-AU) et les réseaux sociaux.

Les investigations de terrain n'ont toutefois pas permis d'identifier de communication commune forte reposant sur un plan de communication avec des objectifs nationaux et/ou régionaux, et des messages et cibles prédéfinies. Depuis fin 2017, la communication commune se limiterait plutôt à la mutualisation d'outils de communication (panneaux, brochures, etc.) mis à disposition des quatre Agences des Nations unies. Une stratégie de communication devait être développée par les Agences depuis 2017 mais tarde.

- **Le suivi-évaluation y compris la recherche opérationnelle et la documentation des bonnes pratiques.** Ces volets sont des atouts d'un dispositif comme le FFM, comme souligné dans l'évaluation de H4+. En 2017, le volet accompagnement externe au suivi-évaluation et recherche opérationnelle ont été suspendus⁴⁹. Par ailleurs, les évaluateurs ont noté que les résultats de l'exercice d'identification des meilleures pratiques issues de l'expérience ne sont pas satisfaisants : en effet, bien qu'il existe une définition partagée de ce que sont ces meilleures pratiques, les Agences nationales ne la suivent pas systématiquement. Il en résulte que les pratiques identifiées ne sont pas toujours « de bonnes pratiques » per se (voir 4.5).
- **Le reporting commun.** Chaque année un rapport annuel par pays est rédigé conjointement par les quatre Agences, ainsi qu'un rapport annuel global (pour tous les pays, toutes les Agences). Selon les Agences et de fait, les exigences de reporting sont au global élevées au regard des sommes investies par la France et portent trop sur les actions entreprises plutôt que sur les résultats obtenus. Les Agences font face aux difficultés de collecte et de fiabilité des données portant sur les résultats et impacts sur la santé de la mère et de l'enfant. Par ailleurs, le reportage sur les thématiques SSAJ, RSS, SMI, nutrition apparaissent comme arbitraires pour les Agences. Le reporting demandé aux Agences n'apparaît donc pas optimal et ne permet pas une triangulation aisée des données. Par exemple, les rapports revus par les évaluateurs montrent que par exemple le tableau des réalisations en section III contient des données qualitatives et quantitatives qui ne permettent pas systématiquement de mesurer, de manière efficace et efficiente, la performance des activités. Dans les rapports Pays du Tchad et du Bénin pour l'année

⁴⁹ En effet, le dispositif de suivi-évaluation n'a été jugé par les instances de gouvernance du FFM comme satisfaisant. Ce fut de même en ce qui concerne le dispositif de recherche opérationnelle.

5 on observe que dans les bonnes pratiques figure une description des activités réalisées sans analyse des méthodes et outils de travail utilisés ou texte expliquant pourquoi ces activités ont été/pourrait être un succès. Il convient donc de s'assurer que les Agences prennent toutes en compte la même définition de « bonne pratique »⁵⁰.

Le MEAE envisage le recrutement d'un chargé de suivi-évaluation sénior afin de mieux structurer et coordonner le reporting sur les résultats.

Enfin, un des leviers essentiels au bon fonctionnement du dispositif et de son « essaimage » est le portage politique du FFM :

- **Le portage politique par les Agences des Nations unies** est relativement bon au regard de leur participation aux instances de gouvernance de Muskoka et leur mobilisation aux moments clefs de la vie du FFM. Dans le format actuel du FFM, les Directeurs des Agences sont pourtant difficiles à mobiliser car les coûts de transaction (temps, RH) sont perçus comme trop élevés au regard des faibles montants alloués. Cette mobilisation des Directeurs Régionaux au COPIL apparaît néanmoins plus faible depuis l'inscription par le CICID de février 2018 du financement du FFM (cf. participation inscrite dans les compte-rendus des COPIL), qui avait été remis en question après la fin de l'engagement présidentiel du G8 de Muskoka en 2016. Par ailleurs, la mise en œuvre des événements Muskoka (cf. conférence d'avril 2019) n'est pas aisée.
- **Le portage politique par la France** présente quelques succès. Aujourd'hui le dispositif est bien connu des représentations françaises auprès des Nations unies et a pu être pris comme modèle devant l'Assemblée Générale des Nations unies, comme dans les conseils d'Administration des Agences des Nations unies. Le FFM a en effet été valorisé lors de la 3^{ème} Commission sociale, humanitaire et culturelle de l'Assemblée Générale par ONU Femmes sur la question de l'accès aux droits à la santé sexuelle et reproductive (accès à l'avortement et lutte contre les mutilations génitales). Selon les représentants de la France auprès des Nations unies à New York, sur des sujets aussi sensibles et qui génèrent des positionnements parfois très crispés de certains états conservateurs, le FFM est un outil très important pour faire valoir que les positionnements français s'accompagnent d'actes concrets et de financements. Le FFM est ainsi évoqué sans qu'il soit besoin de détailler son fonctionnement.

Au niveau programmatique, au Conseil d'Administration de UNFPA, le FFM a été présenté comme un fonds multipartenaire permettant la cohérence des interventions des Agences onusiennes sur une thématique donnée. Ainsi, au-delà de ses effets sur les terrain d'intervention, un mécanisme tel que le FFM a été jusqu'à présent un outil utile à la France pour ses négociations auprès des Nations unies afin de faire valoir ses positions.

Cependant le FFM semble aujourd'hui moins connu par la représentation française auprès de l'Union Européenne et les personnes en charges de la SRMNI à la Commission Européenne. Dans le cas de l'initiative Spotlight, ce sont les Agences des Nations unies elles-mêmes qui se sont appuyées sur l'exemple du FFM pour définir l'architecture de mise en œuvre de l'initiative.

Il semble alors nécessaire que la France se donne les moyens d'aller au-delà des succès identifiés et de conduire des actions de plaidoyer dans les pays Muskoka mais aussi auprès d'autres pays du G7/OCDE pour un engagement renouvelé sur les thématiques portées par la France (voir pour une contribution financière au FFM sur le modèle du Danemark), ainsi que de faire circuler l'information sur les résultats du FFM dans son réseau diplomatique et auprès de la Commission Européenne.

Deux contraintes importantes au fonctionnement actuel du FFM tiennent au format annuel des FSP puis FSPI ainsi qu'aux procédures administratives d'allocation aux Agences. Concernant la

⁵⁰ A noter, le MEAE a récemment (2019, au cours de la présente évaluation) demandé aux Agences de mettre davantage en avant les résultats et impacts des interventions, et d'avoir une analyse critique de la valeur ajoutée du FFM au niveau institutionnel, programmatique, thématique, sur son effet de levier. Le MEAE a également souhaité une meilleure capitalisation des leçons apprises, et des opportunités identifiées en intégrant une section spécifique dans les rapports de suivi-évaluation.

programmation annuelle, elle est peu adéquate car le temps des interventions nécessaires à l'amélioration des indicateurs de la SSRMNIA-N dépasse largement une année calendaire. Par ailleurs, le délai de versement des fonds par le MEAE aux Agences est contraint par des procédures internes, spécifiques à chaque Agence, de signature des différents documents contractuels, qui, pour certaines Agences, créent de longues négociations avec le MEAE. Malgré le décaissement de la contribution précédente⁵¹, les financements ne parviennent pas aux Agences nationales avant le mois de mai de l'année en cours, et doivent être dépensés avant le mois de novembre, ce qui ne laisse que 4 à 7 mois pour la mise en œuvre des activités^{52,53}.

D'autres contributions volontaires françaises aux organisations internationales pourraient s'inspirer du mécanisme du FFM notamment des leviers identifiés ci-dessus.

La transposabilité du mécanisme n'est néanmoins possible que pour le soutien à des thématiques transversales à plusieurs Agences des Nations unies. Si les évaluateurs ont interrogé leurs interlocuteurs sur d'autres thématiques qui pourraient bénéficier d'un dispositif de concertation sur le mode FFM, aucune n'a émergé.

⁵¹ L'attribution des nouveaux financements est conditionnée au décaissement de la contribution précédente (50% de décaissement dans les 9 premiers mois – cf. convention cadre).

⁵² Conformément aux articles des conventions cadres, le MEAE accorde effectivement un délai d'un an pour le décaissement total (100%) des fonds.

⁵³ Le MEAE a versé les fonds en avril 2019 pour l'UNFPA et l'OMS, en juin 2019 pour ONU FEMMES et en juillet 2019 pour l'UNICEF, alors que la procédure a été initiée au même moment pour les 4 Agences

4 Les progrès réalisés dans la mise en œuvre des recommandations de la précédente évaluation

Ce chapitre s'attache au **2^{ème} volet de l'évaluation formative** sur les progrès réalisés depuis 2015 par la France sur le champ de la SSRMNIA-N au regard des recommandations formulées par l'évaluation conduite fin 2014. Cette évaluation avait permis de mettre en avant la pertinence de l'engagement français ainsi que certaines limites dans sa mise en œuvre pour la période 2010-2015. Les principales conclusions de cette évaluation sont présentées en Encadre 2.

Encadre 2 Synthèse des conclusions de l'évaluation de l'engagement Muskoka de la France (2015)

1. L'évaluation souligne l'importance de sanctuariser une enveloppe en faveur de la santé maternelle et infantile au-delà de 2015 afin de consolider et de confirmer les efforts initiés, difficiles à mettre en œuvre de manière optimale en seulement quatre années (R1).
2. L'évaluation a jugé que l'engagement de la France en faveur de la SSRMNIA est pertinent compte tenu des besoins existants, et que le périmètre géographique est globalement aligné avec les priorités françaises, bien que l'allocation des crédits soit dispersée et ne reflète pas assez la hiérarchie des besoins. L'aide en faveur de la SRMNI doit s'inscrire dans un effort de rationalisation des instruments et des modes d'intervention ainsi que de concentration des crédits pour espérer un impact réellement mesurable. La France doit mettre en œuvre une doctrine d'intervention en faveur des OMD 4 et 5 (R2).
3. Un manque de vision stratégique limite la cohérence interne et la lisibilité du dispositif. Des progrès sont nécessaires en matière de coordination et de suivi au sein du dispositif institutionnel français (notamment entre acteurs du terrain) (R2 bis, R4) et en matière de communication sur le positionnement stratégique de la France (R5).
4. La pérennité des interventions françaises Muskoka, tant dans sa dimension bilatérale que multilatérale, est fragilisée par les différents aspects structurels observés dans les pays visités (i.e. une appropriation nationale insuffisante des stratégies fondées sur la connaissance des situations en temps réel et des dynamiques épidémiques et associées aux maladies chroniques anticipées, et une prise en compte insuffisante du respect des droits des femmes et leur protection contre toutes formes de violences) (R3).

Source : Évaluation à mi-parcours des engagements français Muskoka (2014)⁵⁴ (R) : des recommandations ont été émises sur la base des constats faits. Elles sont mises en regard ici pour faciliter la lecture.

La présente évaluation formative s'intéresse donc à la mise en place éventuelle de mesures sur la période 2015-2018 en réponse aux limites observées en 2014 et aux questions évaluatives listées ci-après.

⁵⁴ Synthèse de l'Évaluation conjointe des interventions du MAEDI et de l'AFD en matière de santé maternelle et infantile pour mettre en œuvre les engagements pris par la France à Muskoka (2015)
https://www.diplomatie.gouv.fr/IMG/pdf/Synthese_Eval_Muskoka_FR_cle868b51.pdf

Principales questions évaluatives:

- Quels sont les enjeux posés par la fin de l'engagement Muskoka pour la sécurisation des soutiens français à la SSRMNIA-N ? La SSRMNIA-N est-elle intégrée dans les cadres stratégiques français ? Quelles sont les ressources mobilisées ? Sont-elles suffisantes au regard des besoins de pérennisation des efforts déjà réalisés ? Quelles sont les difficultés rencontrées par le MEAE et l'AFD afin de sécuriser des financements pour la SSRMNIA-N ? (R1)
- Existe-t-il une doctrine en faveur des nouveaux ODD ? Quels progrès ont été réalisés sur le plan stratégique depuis 2015 ? La France a-t-elle mieux défini ses priorités d'intervention ? Sont-elles adaptées aux moyens disponibles ? Les pays pauvres prioritaires, phares, et interventions à haut impact sont-ils à privilégier ? (R2a)
- Quels sont les progrès en matière de synergies internes (entre le FFM et le canal bilatéral, et d'autres financements français dans le domaine dont 'initiative I3S), et externes (complémentarités avec les autres bailleurs/ organisations financées par la France) ? Y-a-t-il des formes de complémentarités, d'échanges ou de capitalisation en interne entre les interventions financées ? (R2b)
- Quels sont les progrès enregistrés dans la prise en compte des facteurs jugés indispensables pour garantir une meilleure efficacité et durabilité des résultats escomptés des projets Muskoka ? Ces facteurs sont-ils prévus dans le cadre logique des projets, notamment depuis 2015 ? Les demandes de soins de qualité sont-elles bien prises en compte et comment ? La capacité des services de santé à faire face à la transition démographique et épidémiologique est-elle bien prise en compte ? Comment ? Quelles sont les démarches (nouvelles) lors de l'instruction des projets ? Quels sont les critères, outils et modalités d'examen ? Quelles sont les mesures prises lors de l'exécution des projets (sécurisation/pratiques de conditionnalité) ? Quelles sont les mesures prises pour le suivi et le pilotage des projets ? (R3)
- Les résultats des travaux de recherche (5 projets de recherche opérationnelle) sont-ils repris par les Agences dans la construction de leurs interventions financées par Muskoka (conception/mise en œuvre) ? L'AFD a-t-elle connaissance de ces travaux ? Sont-ils repris dans son propre travail de programmation ? Comment améliorer le suivi des interventions financées et la fertilisation croisée entre les différents projets/travaux ? (R4)
- En quoi peut-on dire que la visibilité de la France parmi les bailleurs en matière de santé et de SRMNI a progressé ? La France communique-t-elle mieux sur sa doctrine ? Comment cela se traduit-il auprès de la société civile, des bailleurs et des opérateurs ? Quels sont les signaux et les indices de cette visibilité accrue ? Quelles peuvent être les mesures à prendre pour renforcer la visibilité de la France ? (R5)

Principaux constats

- **Depuis 2015, la SSRMNIA-N est bien intégrée dans les cadres stratégiques français.** Cependant les financements engagés et versés ont fortement diminué au niveau global puisque pour le FFM ils sont passés d'une moyenne de 18M€ par an sur la période 2011-2014 à 10M€ par an sur la période 2015-2018, et les nouveaux engagements de l'AFD sont passés d'environ 44.3M€ par an à 10M€ par an. (R1)
- **Les ressources financières mobilisées par la France restent globalement insuffisantes depuis 2015 compte tenu de l'ampleur des défis à relever et de la volonté française de couvrir de nombreux domaines de la SSRMNIA-N.** La France cherche à mobiliser d'autres pays du G7/OCDE sur la SSRMNIA-N. L'engagement du Danemark est un premier succès, mais pour aller plus loin des efforts collectifs doivent être entrepris afin de mieux valoriser les succès du FFM et de l'AFD en faveur de la SSRMNIA-N (R1).
- **Depuis 2015, le FFM et l'AFD a bien pris en compte les nouveaux ODD. Si le FFM a par ailleurs opéré un recentrage de ses activités,** sa logique d'intervention est à revoir à l'aune des évolutions contextuelles et de la valeur ajoutée recherchée (ie. effet catalytique ou démonstrateur) et un effort de recentrage supplémentaire est à envisager. (R2a)
- **Les évaluateurs n'ont pas observé de progrès dans les synergies entre le FFM et le canal bilatéral depuis l'évaluation à mi-parcours de 2014.** Le dispositif français ne s'appuie pas sur une logique d'intervention transversale qui faciliterait grandement la mise en place de ces synergies. Les efforts de communication sont réels mais les résultats restent très limités. Toutefois, aucun cas de doublon n'a été observé lors des missions de terrain et dans le cadre de l'analyse documentaire, et certaines actions de l'I3S sont en complémentarité avec les interventions financées via le FFM. Il n'existe pas de cadre pour capitaliser et échanger sur les enseignements tirés des interventions du FFM et de l'AFD. Les évaluateurs considèrent qu'une meilleure coordination entre le FFM et l'AFD doit être envisagée à un niveau plus stratégique et politique dans le but de conduire des actions de plaidoyer autour des réalisations des

interventions françaises sur la SSRMNIA-N. (R2b)

- **Les complémentarités avec les autres bailleurs/ organisations financées par la France dépendent du cadre de concertation** existant dans le pays réunissant acteurs de l'aide au développement et ONG autour de thématiques particulières pour discuter des difficultés rencontrées qui entravent l'avancée des projets, notamment les difficultés règlementaires. Le FFM et l'AFD sont actifs dans ces cadres de concertation. (R2b)
- **Les évaluateurs n'ont pas observé de changements majeurs dans la sélection des interventions du FFM ou l'instruction des projets de l'AFD qui soient directement liés aux recommandations de l'évaluation à mi-parcours** sur la prise en compte des facteurs jugés indispensables pour garantir une meilleure efficacité et durabilité des résultats escomptés des projets Muskoka. **Cependant le dispositif développement durable est la principale évolution des pratiques de l'AFD ayant un impact positif sur la qualité du processus d'instruction des projets Muskoka, depuis l'évaluation de 2014.** Les évaluateurs n'ont cependant pas identifié de prise en compte des situations en temps réel ou des dynamiques épidémiques et associées aux maladies chroniques anticipées. Par ailleurs, il n'existe pas de nouvelles mesures depuis 2015 pour le suivi et le pilotage des projets à l'AFD, et le dispositif de suivi-évaluation du FFM n'a pas été renouvelé depuis 2016 compte tenu des faiblesses présentées par les prestataires en charge de ce volet. Ce dispositif apparaît cependant comme nécessaire. (R3).
- Les plans nationaux de développement sanitaire (PNDS) intègrent dans une certaine mesure la demande de soins de qualité mais n'évoquent pas en particulier la capacité des services de santé à faire face à la transition démographique et épidémiologique (R3).
- **Certains des résultats des travaux de recherche (5 projets de recherche opérationnelle) ont été repris par l'OMS** (ce n'est pas le cas des autres Agences), notamment pour l'élaboration de guides sur les ressources humaines en santé pour la SRMNI. Les évaluateurs n'ont pas identifié que les résultats aient été utilisés directement dans la construction des interventions financées par Muskoka (conception/mise en œuvre) que ce soit via le FFM ou l'AFD. (R4)
- **La fertilisation croisée entre les différents projets/travaux se fait peu.** Bien que les Agences conduisent un exercice d'identification des bonnes pratiques, l'exercice n'étant pas assez cadré, il ne permet pas d'identifier les pratiques qui puissent être véritablement considérées comme bonnes et transposables. L'amélioration du suivi des interventions financées et la fertilisation croisée entre les différents projets/travaux doit passer par un travail continu de capitalisation et diffusion des enseignements. (R4)
- **La visibilité de la France parmi les bailleurs en matière de santé et de SRMNI est plutôt globalement en recul auprès des autorités nationales dans les pays d'intervention.** Cette visibilité est portée avant tout par le rayonnement des financements via l'AFD, bien que l'AFD communique peu à ce sujet. La France n'a pas de plan de communication global en tant que tel. (R5)

4.1 La France maintient son engagement en faveur de la SSRMNIA-N depuis 2015 mais a réduit le montant de ses financements (R1 et R2)

4.1.1 Des priorités stratégiques centrées sur la SSRMNIA-N

La présente étude a identifié que sur la période post-2015, **la France a centré ses cadres d'intervention stratégiques dans le secteur de la santé sur la SSRMNIA-N.** Soutenir la santé sexuelle et reproductive, maternelle, néonatale, infantile et des adolescents constitue l'une des priorités phares de la France dans le cadre de la Stratégie de la France en santé mondiale pour 2017-2021.

Le MEAE s'est par ailleurs doté d'une stratégie spécifique dédiée à la SSRMNIA-N pour les droits de la santé sexuelle et reproductive (DSSR) : la stratégie dédiée aux enjeux de population, de santé et de droits sexuels et reproductifs 2016-2020 poursuit trois objectifs majeurs qui couvrent les droits sexuels et reproductifs, l'accès aux méthodes de contraception, et l'accès aux services de santé sexuelle. La France poursuit son engagement au sein des fonds multilatéraux (UNITAID, Alliance pour les Vaccins et l'Immunisation GAVI...) et à travers son opérateur de référence de la coopération bilatérale pour le développement, l'AFD. Le soutien à l'initiative Muskoka y est mentionné : *« cette initiative a été saluée comme une des avancées les plus originales, tant par son ancrage régional, principalement en Afrique francophone que son efficacité, plus particulièrement dans certains pays*

comme le Niger, le Tchad ou le Sénégal qui ont enregistré des réductions significatives de la mortalité maternelle et infantile sur la période ».

D'autres documents stratégiques du MEAE relatifs à la nutrition et à l'égalité entre les femmes et les hommes font également écho à la SSRMNIA-N :

- La « Stratégie 2017-2021 de la France en santé mondiale » ;
- La « *Stratégie genre et développement 2013-2017* » du MEAE (octobre 2013) contient des actions prioritaires pour les droits sexuels des femmes et de santé reproductive ;
- Le document d'orientation « *Action extérieure de la France pour la jeunesse* » (2015) fait de l'amélioration de la santé des jeunes, notamment la santé reproductive et sexuelle, un objectif phare ;
- La « *Feuille de route pour l'action de la France à l'international 2016-2020 - Améliorer la nutrition des populations vulnérables* » a notamment pour objectif de détecter, prévenir et traiter la malnutrition chez les femmes en âge de procréer et les enfants (20 % des financements multilatéraux Muskoka sont d'ailleurs consacrés à la nutrition) ;
- La « *Stratégie internationale de la France pour l'égalité entre les femmes et les hommes (2018-2022)* » souligne l'importance de garantir les droits et la santé sexuels et reproductifs des femmes et des jeunes filles.

Plusieurs autres documents stratégiques témoignent du soutien de la France dans le domaine de la SSRMNIA-N. La loi sur la politique de développement et de solidarité (LOP-DSI) de juillet 2014 réaffirme l'engagement de la France pour l'amélioration de la santé sexuelle, reproductive, maternelle, néonatale et infantile, en reconnaissant la SSRMNIA-N comme l'un des enjeux principaux du renforcement des systèmes de santé et de protection sociale. Le comité interministériel de la coopération internationale et du développement (CICID) a réaffirmé en février 2018 l'importance d'une action résolue au profit du renforcement des systèmes de santé et du soutien à l'égalité femmes/hommes, notamment à travers le Fonds Muskoka (cf. encadré ci-dessous) et à travers des projets bilatéraux portés par l'AFD.

Encadre 3 Conclusions du CICID de février 2018

Le CICID affiche cinq grandes priorités à l'issue de sa réunion en février 2018 : mieux concentrer l'action autour de la mise en œuvre des ODD et de l'Accord de Paris, avec une attention particulière sur la relation avec l'Afrique ; augmenter les moyens pour financer des priorités claires et ciblées ; rénover le pilotage politique, l'évaluation et la redevabilité de l'action en matière de développement ; créer des effets de levier en s'appuyant sur une expertise technique consolidée et des partenariats forts ; consolider et développer l'action multilatérale.

Le gouvernement a fixé une trajectoire ascendante des financements consacrés à l'aide publique au développement. La composante bilatérale de l'aide au développement retrouve une part plus importante du financement. En effet :

- Les deux-tiers de la hausse moyenne cumulée des autorisations d'engagement de la mission budgétaire APD d'ici à 2022 contribueront à la composante bilatérale de l'aide publique au développement ;
- Les moyens bilatéraux seront concentrés en priorité dans les secteurs où la France dispose d'un avantage comparatif clair, notamment en termes d'expertise, de savoir-faire ou de stratégie ;
- L'AFD bénéficiera de moyens accrus, y compris au moins un milliard d'autorisations d'engagements dès 2019, dans le cadre d'un effort qui sera soutenu sur l'ensemble du quinquennat.

Le CICID souhaite également défendre le rôle d'un multilatéralisme efficace et responsable, avec un soutien accru aux Nations unies. Le point 6.3 souligne que « *son action passera via le Fonds français Muskoka, en vue de réduire la mortalité maternelle, néonatale et infantile, conjointement avec quatre organismes des Nations unies, à hauteur de 10 M€, et des projets bilatéraux via l'AFD* ».

Sur le sujet précis de la SSRMNIA-N, il souligne que le gouvernement appuiera le renforcement des systèmes de santé et l'accès aux soins pour tous en mettant en œuvre la Stratégie de la France en santé mondiale 2017-2021 et annonce les mesures précises suivantes :

- Mettre fin à toutes formes de discriminations et de violences faites aux femmes et aux filles (autonomisation

des femmes, accompagnement des pays dans leur transition démographique en mettant l'accent sur les interventions dans les domaines de la santé sexuelle et reproductive, etc.) ;

- Soutenir l'autonomisation des femmes et les droits et santé sexuels et reproductifs, la France doublera sa contribution à ONU-Femmes et soutiendra le Fonds des Nations Unies pour la population;
- Contribuer de manière significative au Fonds mondial de lutte contre le VIH/SIDA, le paludisme et la tuberculose et renforcer la contribution à l'OMS. Elle contribuera à UNITAID à hauteur de 85 M€ par an en moyenne sur la période 2017-2019, et à l'Alliance pour le Vaccin GAVI, avec une contribution de 465 M€ sur la période 2016-2020.

En ce qui concerne le canal bilatéral, la réduction de la mortalité et de la morbidité maternelle et infantile-juvénile est l'un des **3 axes d'intervention des cadres d'intervention sectoriels santé et protection sociale de l'AFD** (2010-2012 et 2015-2019), tout comme la montée en puissance des maladies sexuellement transmissibles. Les contrats d'objectifs et de moyens pour les années 2011-2013 et 2014-2016 avec l'État soulignent également l'engagement de l'AFD pour mettre en œuvre les engagements pris lors du sommet Muskoka pour l'atteinte des OMD 4 et 5.

Le tableau 8 ci-après présente l'évolution des cadres stratégiques de l'AFD depuis la fin de l'engagement Muskoka. La SSRMNIA-N est intégrée dans le cadre stratégique de l'AFD pour 2015-2019 et constitue encore un axe d'intervention prioritaire. Le CIS Santé 2015-2019 souligne que l'AFD privilégie une approche intégrée des services de santé de la reproduction (dont la planification familiale), maternelle, néonatale et infantile (SRMNI), en apportant une attention particulière à la lutte contre la malnutrition (prévention et traitement) chez les enfants de moins de deux ans afin de diminuer la mortalité, mais aussi l'impact de cette pathologie, sur le développement cognitif. Cette stratégie oriente les efforts en matière de santé maternelle et infantile et de santé sexuelle et reproductive vers les pays pauvres prioritaires, en particulier ceux qui n'ont pas entamé leur transition démographique et notamment les pays du Sahel.

Tableau 9 Évolution des cadres stratégiques de l'AFD

Document stratégique	Enjeux identifiés	Axes d'intervention prioritaires
Le cadre d'intervention sectoriel (CIS) santé et protection sociale 2012-2014 « les femmes et les enfants d'abord »	• Maîtriser la fécondité en Afrique subsaharienne • Répondre à la montée en puissance des maladies non transmissibles et des maladies émergentes • Améliorer le financement de la santé et réduire les risques financiers liés à la maladie et à la vieillesse • Améliorer la gouvernance des systèmes de santé	• L'amélioration de la santé maternelle et infantile et des politiques de population dans les pays prioritaires d'Afrique subsaharienne, pour réduire la mortalité des femmes, des nouveau-nés et des enfants et pour accélérer la transition démographique • L'adaptation des systèmes de santé et de protection sociale à l'accroissement des maladies chroniques et des problèmes de santé découlant de l'élévation des niveaux de vie et du vieillissement, • Le renforcement de la surveillance épidémiologique et de la capacité des pays à agir sur les déterminants environnementaux de la santé
Le cadre d'intervention sectoriel (CIS) santé et protection sociale 2015-2019	• Appuyer les politiques de population et la SSRMNIA pour faire face à une croissance de la population mondiale non maîtrisée • Répondre aux enjeux du poids croissant des maladies chroniques et des épidémies auxquels doivent faire face des systèmes de santé fragiles • Faire face aux impacts sur la santé de l'urbanisation non contrôlée et des inégalités territoriales qui en découlent • Soutenir la couverture universelle en santé comme réponse aux nouveaux défis sanitaires et sociaux • Favoriser la résilience aux chocs extérieurs de la vie en soutenant la mise en place de systèmes de	• Poursuivre les efforts en matière de santé maternelle et infantile et de santé sexuelle et reproductive notamment dans les pays qui n'ont pas encore engagé leur transition démographique, en particulier au Sahel. • Promouvoir la couverture universelle en santé (CUS) selon l'approche inclusive défendue par la France et qui intègre deux composantes liées : une offre complète de services de santé essentiels, de bonne qualité et adaptés aux besoins, et une couverture du risque financier. • Renforcer les systèmes de protection sociale en construisant, à travers le

- protection sociale
Les dérèglements climatiques aggravent le risque sanitaire et imposent une adaptation des systèmes de santé et des dispositifs de protection sociale

dialogue avec les autres bailleurs, un portefeuille de projets compatibles avec le mandat de croissance verte et solidaire ciblant la résilience des populations faces aux risques (maladies, vieillesse, exclusion, chômage, catastrophes, etc).

4.1.2 Mais des engagements financiers très en recul ...

L'évaluation de 2014 a souligné l'importance de sanctuariser une enveloppe en faveur de la santé maternelle et infantile au-delà de 2015 afin de consolider et de confirmer les efforts initiés, difficiles à mettre en œuvre de manière optimale en seulement quatre années (Recommandation 1).

Si dans ses cadres stratégiques relatifs à la Santé la France a bien maintenu son engagement en faveur de la santé maternelle et infantile au-delà de 2015, **le montant des financements alloués à la SSRMNIA-N est en forte baisse.**

En ce qui concerne le canal multilatéral, les financements du FFM sont passés d'une moyenne de 18M€ par an sur la période 2011-2014 à 10M€ par an sur la période 2015-2018. Au niveau du canal bilatéral, la France via l'AFD a réduit fortement ses nouveaux engagements sur la SSRMNIA-N sur la période 2015-2018 : les nouveaux engagements de l'AFD sont passés d'environ 44.3M€ par an à 10M€ par an.

A noter cependant, la situation en Côte d'Ivoire est à rebours de ce cadre général. L'AFD y a augmenté le volume de ses interventions dans le secteur de la santé via le C2D. Les deux C2D Santé (2013-2015, 2015-2020) apportent des financements de l'ordre de 166M€ (en cumulé) centrés sur le renforcement des systèmes de santé à travers l'amélioration de la qualité et l'accès aux soins et services de santé maternelle et infantile (construction et réhabilitation de dispensaire et d'hôpitaux de 1^{ère} référence), en vue de réduire les disparités régionales notamment, l'amélioration de la disponibilité des médicaments essentiels, et l'appui à la planification familiale.

4.1.3 ...et des montants insuffisants pour maintenir les efforts amorcés sur la période 2011-2015

En ce qui concerne le canal multilatéral, si les financements engagés et versés ont diminué globalement, ils n'ont toutefois pas affecté les pays soutenus sur la période 2015-2018 car le recentrage géographique sur 8 pays (sur les 10 initialement ciblés, et 4 pays prioritaires parmi les 8) a permis une concentration des ressources disponibles, voir un accroissement des montants alloués par pays, donc une consolidation et confirmation des efforts initiés⁵⁵. Les interlocuteurs interrogés au Sénégal n'ont pas perçu la baisse sensible des financements Muskoka. Au Niger et en Côte d'Ivoire les financements FFM sont en augmentation depuis 2015.

Cependant, les Agences et les partenaires locaux n'ont pu planifier des interventions sur le moyen terme depuis 2015 : en effet **l'engagement de la France n'a été renouvelé qu'année par année** (avant qu'il ne soit confirmé par le CICID en février 2018)⁵⁶ et par ailleurs le cadre programmatique du FFM est contraint au niveau temporel par des FSPI annuels.

De plus, au niveau du Secrétariat Muskoka, **la diminution des financements a entraîné une baisse significative des financements sur des actions régionales** (voir 4.2) **et la suppression de la ligne dédiée au suivi-évaluation du FFM** (voir 3.1). Or les actions régionales sont des actions à forte valeur ajoutée pour un dispositif qui s'appuie justement sur une coordination régionale et le suivi-évaluation montre aujourd'hui des carences importantes, réduisant les possibilités de capitalisation, dissémination et plaidoyer sur la base de résultats probants.

⁵⁵ Le recentrage géographique a été réalisé mais en vue d'apporter une réponse intégrée des Agences sur l'ensemble du continuum de soins en matière de SRMNIA-N.

⁵⁶ Le CICID ne cite pas de période pour le financement du FFM mais l'on n'attend pas de nouveau CICID avant la fin du quinquennat, soit 2022.

En ce qui concerne le canal bilatéral, l'engagement Muskoka n'a pas généré de financements additionnels pour l'AFD de la part de l'Etat. Cela a eu comme effet de flécher un quart des financements annuels du programme 209 de la LF budgétés pour l'AFD en faveur de la santé maternelle et infantile. Au dire des acteurs rencontrés, le fléchage des financements de l'AFD sur des projets Muskoka a pu créer une logique d'exclusion à deux niveaux. Dans un contexte d'allocation des subventions globales internes à l'AFD à enveloppes contraintes, certains secteurs comme l'agriculture ont souffert d'une importante réduction de ressources financières sur la période 2011-2014. Concernant la santé, la ventilation interne a privilégié la santé maternelle et infantile sur les autres thématiques de santé. Cela caractérise un effet de fongibilité : le fléchage sur une thématique particulière n'a pas permis d'augmenter les financements totaux et seulement réallouer les fonds existants vers d'autres sous-secteurs.

Selon l'AFD, cette situation a généré un effet de rattrapage à la fin de l'engagement Muskoka. Depuis 2015, l'AFD, « libérée » de l'engagement Muskoka, peut aussi soutenir les autres thématiques de santé qui avaient été délaissées. Sans financements additionnels, l'AFD s'est trouvée dans la nécessité de diminuer significativement l'échelle de ses interventions dans ce secteur sur la période 2016-2018. Ainsi depuis 2016, seuls quatre nouveaux projets ont été engagés⁵⁷. L'AFD voit néanmoins une montée en puissance de sa stratégie « santé et nutrition » qui pourrait générer un financement additionnel sur des interventions connexes à SSRMNIA-N.

Globalement, post-2015, le niveau des ressources demeure donc globalement insuffisant compte tenu de l'ampleur des défis à relever et de la volonté française de couvrir de nombreux domaines de la SSRMNIA-N (voir 4.2).

4.1.4 *Un besoin renouvelé de sécuriser des financements sur la SSRMNIA-N*

En ce qui concerne le canal multilatéral, aujourd'hui les Agences des Nations unies comptent encore beaucoup sur le renouvellement des engagements français, tout en cherchant à attirer des financements sur la SSRMNIA-N dans les pays d'intervention du FFM. La France s'est de nouveau engagée sur 2019-2020 à hauteur de 10M€. Dans ce contexte, l'engagement récent du Danemark à contribuer au FFM à hauteur de 3M€ via une délégation de financement à la France est accueilli positivement⁵⁸.

Ainsi le regain d'intérêt de la présidence actuelle pour la SSRMNIA-N est accueilli positivement par les Agences et partenaires nationaux interrogés. **Le moment politique – la présidence du G7 par la France dès l'été 2019, est propice à une prise de position forte de la France sur la SSRMNIA-N.** En effet, la France a fait du renforcement des soins de santé primaires l'axe majeur de la ministérielle santé du G7, et la SSRMNIA-N en fait partie. Lors de la dernière rencontre du Directeur Général de l'OMS avec le Président Macron en décembre dernier, la question du renforcement des systèmes de santé pour favoriser l'accès aux soins de santé et à la couverture santé universelle a été abordée. Le récent accord (juin 2017) sur la mise en place d'une unité de formation des cadres de l'OMS à Lyon confirme l'appui de la France sur ce point. Le Fonds Français Muskoka propose une méthode de travail, une méthode de coordination qui permet de faire travailler ensemble Agences des Nations unies entre elles et avec les Ministères nationaux, de créer des synergies, d'être efficace et d'attirer de ce fait de nouveaux donateurs. Sur initiative de la France, le Fonds français Muskoka et notamment son cadre de coordination a été présenté et valorisé auprès des autres pays du G7 par l'OMS lors de la troisième réunion des experts santé (14 mai 2019).

Pour aller plus loin des efforts collectifs doivent être entrepris afin de mieux valoriser les succès du FFM et de l'AFD en faveur de la SSRMNIA-N et ainsi attirer d'autres financements sur cette thématique en Afrique de l'Ouest et au Sahel.

⁵⁷ Projets dits « RSIE3 », « CNE 1194. GPDN I.SAH », « CZZ2164. Démographie », et « CZZ2167. Nutrition Sahel ».

⁵⁸ Les fonds ont d'ores et déjà été versés par le Danemark à la France, qui les a ensuite reversés aux Agences concernés.

4.2 Des priorités d'intervention répondant aux enjeux de l'évolution des OMD vers les ODD (R2a)

L'évaluation de 2014 a souligné le besoin de mettre en oeuvre une doctrine d'intervention en faveur des OMD 4 et 5 et de concentrer les crédits pour espérer un impact réellement mesurable (Recommandation 2). Cependant le rapport ne précise pas ce qu'il entend par une doctrine d'intervention en faveur des OMD. Dans le cadre de la présente évaluation, les évaluateurs prennent le parti de considérer la prise en compte et la concentration des actions de la France sur les nouveaux ODD (voir Annexe D).

4.2.1 La prise en compte des nouveaux ODD et des avancées sur le plan programmatique...

Les documents stratégiques de la France soulignent le caractère toujours plus pluridisciplinaire de la SSRMNIA-N, en lien notamment avec l'évolution des OMD en ODD (voir 4.1.). Cela s'est traduit de façon effective dans les priorités d'intervention du FFM : de nouveaux sous-objectifs ont été mis en avant à partir de 2015 (voir en rose dans les tableaux sur les objectifs du FFM en Annexe J) en écho à l'ODD2 concernant la nutrition et l'ODD 5, cible 5.6 sur l'accès aux services de santé sexuelle et procréative (bien que depuis 2012 la nutrition ait été financée et la SSRAJ ait été une thématique prioritaire du FFM depuis 2011⁵⁹).

Dans un deuxième temps, afin de mieux correspondre aux autres enjeux stratégiques défendus par la France⁶⁰, il a été demandé aux Agences d'allouer 30% des fonds aux pays pour la santé reproductive, maternelle, infantile et des adolescents (soit 2,5M€), 25% pour la nutrition (soit 2,1M€) et 20% pour le renforcement transversal des systèmes de santé (soit 1,7 M€). Du dire des acteurs interrogés, la négociation avec les autorités sanitaires locales étant de longue haleine, il n'est pas aisé de changer de cap rapidement. Dans les rapports techniques il apparaît cependant que l'évolution de la part des dépenses allouées à chaque thématique va dans le bon sens, sans pour autant atteindre les objectifs: SSRAJ 24% en 2017 contre 16% en année 2016 ; Nutrition 19% en 2017 contre 17% en 2016 ; RSS 26 % en 2017 contre 31% en 2016 ; et SMNI 31% en 2017 contre 36% en 2016 (le copil de juin 2019 montre que les objectifs ont été atteints en 2018). L'unité nutrition de l'UNICEF a été progressivement intégrée dans le comité technique.

4.2.2 ... néanmoins, une logique d'intervention du FFM et de l'AFD à revoir

En ce qui concerne le volet programmatique, sur le volet multilatéral, le FFM a poursuivi ses efforts de concentration dans la continuité de ce qui avait été engagé avant l'évaluation de 2014 selon les acteurs interrogés (Agences des Nations Unies) et les relevés des réunions des COPIL et COTECH.

Ces efforts se sont traduits essentiellement par des recentrages géographiques. Les pays « phares » bénéficiant d'un programme conjoint de plusieurs Agences, concentrant à la fois les défis démographiques et une forte mortalité materno-infantile avaient été privilégiés avant 2014. Il s'agissait du Bénin, Burkina Faso, Côte d'Ivoire, Guinée, Mali, Niger, RDC, Sénégal, Tchad et Togo et Haïti. Le FFM est allé encore plus loin post-2015 en concentrant les interventions sur les pays pour lesquels la plus-value des programmes Muskoka est la plus significative (présence d'au moins trois Agences des Nations Unies dans le pays). A ce titre, l'appui à la RDC, et à Haïti (situé en dehors de la zone africaine) ont cessé, et le FFM s'est réorienté vers les pays du Sahel, qui concentrent à la fois des défis démographiques et une forte mortalité materno-infantile. Le FFM se concentre aujourd'hui sur 8 pays prioritaires⁶¹ (Bénin, Burkina Faso, Côte d'Ivoire, Guinée, Mali, Niger, Tchad et Togo) ; parmi ces

⁵⁹ c.f. Atelier de Cotonou avec Equilibre et Populations

⁶⁰ Notamment le souhait d'accompagner les pays à surmonter les défis démographiques et de garantir l'accès des femmes aux droits et à la santé sexuels et reproductifs

⁶¹ Historiquement, sur la période 2011-2016, le Fonds est intervenu aussi sur la RDC et Haïti

pays, 4 font l'objet d'un focus depuis l'année 6: le Niger (21%), Mali (21%), Tchad (19%), ainsi que la Guinée (21,5%). Les évaluateurs estiment que ce recentrage est pertinent.

Néanmoins le FFM doit **aller plus loin dans le recentrage de son périmètre géographique au sein même des pays**. Il s'agit d'établir des stratégies d'intervention favorisant l'atteinte des cibles fixées pour les ODD2, 3, 4 et 5 via une concentration sub-nationale. Les Agences ont intérêt à concentrer leurs efforts sur des activités à haut impact d'envergure nationale et sur **l'ensemble des districts de santé d'une ou deux régions** plutôt que de les disperser sur un petit nombre de districts par région sur l'ensemble du territoire. Il s'agit de travailler ensemble sur les mêmes districts mais aussi dans les mêmes centres de santé, écoles et milieux communautaires afin de maximiser les impacts. Cette approche a par exemple été testée au Sénégal, en Côte d'Ivoire et au Niger. Toujours à titre d'exemple, le Mali a récemment effectué une concentration sur la région de Sikasso dont les taux de mortalité néonatale, infantile et juvénile sont particulièrement élevés. Toutefois la région de Sikasso est composée de 10 districts sanitaires et selon le rapport annuel de 2016-2017 l'initiative Muskoka ne couvre que trois districts de la région, représentant 50% de la population. Pour s'assurer que les cibles fixées pour les ODD sont atteintes dans la région de Sikasso il faudrait que l'initiative Muskoka puisse couvrir l'ensemble des districts de la région à travers une coordination des actions du canal multilatéral et bilatéral et des actions des autres PTF.

Par ailleurs, les interventions régionales ont fait l'objet d'un arbitrage à la baisse. Le COPIL a en 2016 décidé de privilégier les interventions dans les pays bénéficiaires avec 85% des fonds (1^{ère} composante) devant les interventions régionales (2^e composante) et la coordination (3^e composante). L'augmentation de la part allouée aux pays s'est donc faite progressivement de 73% (année 3) à 76% (année 4), à 80% (année 5) et 85% (année 6). Du fait de la priorité donnée aux activités dans les pays, le volet régional du FFM -essentiellement l'assistance technique régionale et le financement de la Série C'est la Vie- a subi une coupe budgétaire importante. A noter, la part des fonds alloués à la composante 2 est de 16% en 2019 contre seulement 11% et 12% en 2011 et 2012.

Or le rapport annuel 2015 soulignait: *« il y a encore un potentiel à exploiter pour le futur, étant donné que cette dimension (régionale) fait véritablement partie des points forts et plus-value du FFM par rapport aux autres interventions appuyées par les PTF, qui sauf exception comme la KfW en matière de SR, demeurent surtout en bilatéral »*. Des points de vue controversés ont été recueillis quant aux impacts de la baisse des financements sur ce volet régional. Certains interlocuteurs ont mentionné des impacts faibles puisque les interventions nécessaires au niveau régional avaient déjà été financées et que la Série C'est La Vie, sera désormais financée par la Fondation Gates et l'AFD. Les Agences des Nations unies affirment avoir « fait avec » mais des négociations sont en cours afin d'allouer plus de financement à la dimension régionale qui n'est pas en mesure d'effectuer pleinement sa mission. **Les évaluateurs souhaitent souligner l'importance pour le FFM d'étudier rapidement de nouvelles pistes d'intervention au niveau régional dans le cadre de la révision du cadre d'intervention du FFM) dans une optique d'impacter rapidement les indicateurs de la SSRMNIA et d'adapter les financements en fonction.**

Concernant les domaines d'intervention du FFM, les arbitrages financiers en faveur de la nutrition ont eu pour effet de réduire la part des financements disponibles sur la SRMNI et la SRAJ, alors que la nutrition est par ailleurs financée par d'autres partenariats tels que Scaling Up nutrition. Concernant la prise en compte des droits à la santé sexuelle et reproductive, le FFM via ONU Femmes a bien financé des interventions spécifiques sur « l'empowerement » via l'accès au travail et la mise en place de maisons dédiées aux femmes; néanmoins les investigations conduites n'ont pas permis d'identifier de modification des pratiques quant à l'intégration systématique de cette question dans l'élaboration et le suivi des interventions financées par le FFM. **Les évaluateurs estiment nécessaire de revoir la place du financement de la nutrition et les DSSR dans le cadre de Muskoka à l'aune d'autres initiatives existantes.**

Enfin, concernant le type d'interventions financées, les actions à haut impact⁶² ont continué à être privilégiées⁶³. Cependant il existe actuellement une remise en question de certaines interventions à haut impact (enquête SONU, enquête qualité des soins...), étant donné les résultats mitigés sur les ratios de mortalité maternelle en stagnation voire en hausse dans certains pays (Côte d'Ivoire). Les évaluateurs considèrent qu'il est nécessaire de questionner ces IHI dans le cadre de la révision du cadre d'intervention Muskoka.

4.3 Des synergies internes et externes encore perfectibles (R2b)

Le constat de l'évaluation à mi-parcours portait sur la faiblesse de la coordination et du suivi au sein du dispositif institutionnel français (multilatéral et bilatéral). **Les évaluateurs n'ont pas observé d'évolutions notables dans les pratiques.**

Cette coordination se heurte à la nature de l'architecture de l'aide française, à savoir que l'AFD est un bailleur de fonds finançant des programmes et projets dont la maîtrise d'ouvrage est exercée par les gouvernements nationaux ou OSC alors que le FFM est un programme du MEAE pour lequel les Agences des Nations Unies sont théoriquement en position de maîtrise d'ouvrage, et la partie nationale et OSC en exécution des programmes et projets.

Dans les pays, notamment au Sénégal, Niger et en Côte d'Ivoire, les synergies entre les actions d'aide au développement sur la santé passent par des **réunions de concertation entre l'ensemble des PTF** intervenant dans la coopération au développement et les ONG. Par exemple, au Niger, ce cadre de concertation est piloté par l'Agence de la coopération Belge ENABEL. Au Sénégal, c'est le service du Ministère en charge de la SSRMNIA qui pilote. Ces plateformes permettent aux PTF de régler des difficultés communes telles que des entraves réglementaires qui bloquent l'avancée des projets. En s'alliant les PTF ont plus de poids pour négocier avec les autorités nationales. **En dehors de ces réunions, les Agences des Nations Unies et l'AFD n'ont que peu d'interactions.**

Par exemple, au Niger, la majorité des financements Muskoka en bilatéral est passée par le Fonds Commun Santé (cf. Encadre 4) et plus précisément par des contributions aux fonds fongibles du FCS (50% du budget du FCS).

Encadre 4 Le Fonds Commun Santé (FCS) au Niger

Le Fonds Commun Santé est un fond commun de donateurs, destiné à appuyer la mise en œuvre du Plan de Développement Sanitaire (PDS) du Niger. Il a été créé en 2005, afin de favoriser l'alignement des actions sur les priorités nationales, l'harmonisation des interventions des partenaires, ainsi que la prévisibilité et la stabilité de l'aide internationale disponible.

Le FCS, qui, de 2006 à 2009, a contribué à hauteur de 8% au financement du PDS, était alimenté par deux partenaires: l'AFD et la Banque Mondiale. Ils ont été rejoints par l'AECID (2010), l'UNICEF, GAVI (2011) et l'UNFPA (2014). Le FCS représente aujourd'hui 12% du budget de la santé au Niger.

Cet outil est considéré comme primordial par les PTF pour orienter les fonds et négocier avec les autorités. Lorsque l'ensemble des PTF mettent leur donation dans un fond commun et négocient ensemble avec les autorités, elles ont plus de poids dans les décisions. Le FCS a aussi été un instrument qui a fortement contribué au renforcement du Ministère de la Santé Publique (MSP) en tant qu'institution. L'AFD a financé de nombreuses activités de renforcement des capacités au MSP dans le cadre du FCS.

Pour le MSP, cet instrument est également capital car il garantit un financement pour le PDS, il permet une planification plus efficace des actions et une continuité dans les interventions. Il aide à établir une relation plus forte avec les PTF et favorise un consensus sur les priorités.

⁶² Développement d'un réseau de maternités dispensant des soins néonataux d'urgence, Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant, Lutte contre la malnutrition aigüe et chronique, Accès équitable à du personnel qualifié, Accès aux médicaments essentiels et produits de santé en SMNI, Surveillance des décès maternels et riposte, Prévention et prise en charge des violences faites aux femmes et aux filles, Planification familiale, Santé sexuelle et de la reproduction des adolescents et jeunes, Riposte à l'épidémie d'Ebola.

⁶³ Ce constat s'appuie sur les cadre d'intervention et rapports annuels. Le rapportage du FFM ne donne pas d'information sur les montants financiers alloués par IHI.

Grâce à une mise en commun des moyens, les fonds fongibles permettent de financer des actions importantes pour le MSP mais ils ont l'inconvénient de ne pas permettre une bonne traçabilité des financements par PTF. Ainsi, même l'UNICEF et l'UNFPA qui sont pourtant membres contributeurs au FCS ne peuvent pas précisément dire ce que l'AFD a financé en faveur de la SSRMNIA-N au Niger. En raison de la nature de l'intervention de l'AFD au Niger (via le FCS) il n'est pas possible de précisément citer une action spécifique à l'AFD. Les actions financées par l'AFD sont vues, par l'ensemble des PTF et par le MSP, comme des actions du FCS.

Cela ne facilite pas la mise en place de synergies entre interventions pertinentes ou complémentaires financées par la France. Toujours au Niger, l'AFD a récemment mis en place un nouveau programme qui ne passe pas par les fonds fongibles du FCS : le programme Genre et population. Les objectifs de ce programme sont similaires à ceux des « espaces sûrs » financés par le FFM. Il s'agit de freiner les mariages précoces et de retarder l'âge du premier enfant. Ces deux interventions restent complémentaires car elles ne ciblent pas les mêmes populations. L'AFD se positionne sur le maintien des filles à l'école alors que les « espaces sûrs » financés par le FFM cible les adolescentes déscolarisées. Cependant les Agences des Nations unies n'avaient pas connaissance de ce nouveau projet et l'AFD n'a pas été en mesure de nous citer une intervention du FFM au Niger. La visibilité des actions du FFM pose des difficultés similaires à celles du FCS. Pour l'AFD et pour le MSP, les Agences des Nations unies ont des interventions en faveur de la SSRMNIA-N mais il n'est pas possible de dire lesquelles sont financées par le FFM et lesquelles ont d'autres sources de financement.

En Côte d'Ivoire l'articulation entre volet multilatéral (FFM) et bilatéral (C2D Santé, prêt souverain AFD) apparaît meilleure, même si elle est perfectible, et bien que l'AFD ait indiqué ne pas maîtriser dans le détail toutes les activités réalisées par les Agences des Nations unies dans le cadre du FFM. Tout d'abord, l'ensemble des acteurs français sont mobilisés : CRSM, AFD, Expertise France. L'ensemble des instruments sont eux-aussi mobilisés : instruments multilatéraux y compris FFM et Initiative 5% ; bilatéraux : C2D Santé, Assistance technique (EF), dispositif Initiative OSC (I-OSC) de l'AFD⁶⁴, Prêt souverain AFD. Les zones d'intervention FFM et C2D Santé/AFD ne sont pas identiques. Sur la santé de la mère et de l'enfant, l'AFD s'est positionnée au cœur de l'initiation, l'accompagnement et l'alimentation d'un dialogue politique de haut niveau sur santé sexuelle et reproductive ayant permis un séminaire gouvernemental sur le sujet (même si non conclusif). L'AFD a mobilisé l'UNICEF et UNICEF France, par ailleurs contributeur au FFM. Par ailleurs, l'UNICEF, dans le cadre du FFM, a conduit les activités de formation des gynécologues pour l'ensemble des hôpitaux du pays (cf. infra), et a mobilisé les fonds du C2D pour acheter les équipements de réanimation dans le Nord du pays, et d'autres fonds de bailleurs pour les autres zones du pays.

Un dernier exemple vertueux, au Sénégal, est la bonne articulation entre le FFM et l'I3S financé par l'AFD. Une enveloppe de l'I3S a par ailleurs été confiée à l'UNICEF pour la mise en place d'un projet d'enregistrement des naissances.

Les évaluateurs considèrent que **les attachés de coopération à l'Ambassade de France dans les pays et des CRSM jouent un rôle clef dans l'effort de coordination** et de recherche de synergies entre actions financées par « l'équipe France » dans les pays. Ce travail se fait via la lecture des rapports de suivi et d'exécution, des séminaires et rencontres pour échanger avec les différents acteurs, des réunions de haut niveau avec les ministères et représentation des Agences. **A cet égard, il est regrettable que les attachés de coopération de l'Ambassade et l'AFD ne soient donc pas systématiquement invités aux réunions de programmation du FFM dans l'ensemble des pays de mise en œuvre du Fonds.**

⁶⁴ Médecins du Monde bénéficie de financement dans le cadre de l'I-OSC pour un projet régional, dont la Côte d'Ivoire, sur la SRR. MDM en Côte d'Ivoire intervient à ce titre dans l'Ouest du pays sur la prévention et la prise en charge des grossesses non désirées en milieu scolaire.

Au plan plus stratégique et politique, on peut regretter que dans l'ensemble des pays les échanges entre le FFM et l'AFD ne soient pas plus nourris et réguliers, systématiques **dans l'optique de conduire des actions de plaidoyer intégrées autour des réalisations des interventions françaises sur la SSRMNIA-N**.

4.4 Des conditions d'efficacité et de durabilité de l'aide plutôt prises en compte (R3)

L'évaluation de 2014 a souligné le besoin d'analyser et de prendre en compte les conditions d'efficacité et de durabilité des interventions des volets bilatéral et multilatéral - notamment les questions d'appropriation nationale des stratégies fondées sur la connaissance des situations en temps réel et des dynamiques épidémiques et associées aux maladies chroniques anticipées, et une prise en compte du respect des droits des femmes et leur protection contre toutes formes de violences (Recommandation 3). Le rapport souligne que la pérennité des actions est fragilisée par la difficulté à intégrer des facteurs externes et structurels propres aux pays d'intervention. Le rapport ne précise toutefois pas quels moyens doivent être mis en œuvre au niveau bilatéral et au niveau multilatéral pour assurer une meilleure efficacité et durabilité des interventions française Muskoka. Le rapport ne précise pas non plus les critères de durabilité pris en compte.

Les programmes d'aide au développement peuvent être confrontés à des externalités telles qu'un manque de volonté politique d'accompagner l'engagement des bailleurs, des barrières sociales ou culturelles non anticipées, ou encore des événements externes au programme mais pouvant l'affecter tels qu'une crise politique, une catastrophe naturelle, etc. L'enjeu est de pouvoir anticiper les difficultés et identifier des solutions pour gérer les risques.

La Déclaration de Paris (2005) et le Programme d'action d'Accra (2008) sur l'efficacité de l'aide au développement partagent ce constat et mettent en avant des principes fondamentaux permettant de rendre l'aide plus efficace et ses résultats durables. Ces principes sont présentés dans l'encadré ci-dessous et constitueront la grille de notre analyse sur la prise en compte des conditions d'efficacité et de pérennité dans les interventions françaises Muskoka. Nous considérons en effet que la prise en compte de ces 5 principes est un socle garantissant au mieux les résultats des interventions et leur pérennité.

Encadre 5 Principes fondamentaux de la Déclaration de Paris et du PAA sur l'efficacité de l'aide au développement

Principes fondamentaux sur l'efficacité de l'aide au développement issus de la Déclaration de Paris :

1. **Appropriation** – Les pays en développement définissent leurs propres stratégies de réduction de la pauvreté, améliorent leurs institutions et luttent contre la corruption.
2. **Alignement** – Les pays donateurs s'alignent sur ces objectifs et s'appuient sur les systèmes locaux.
3. **Harmonisation** – Les pays donateurs se concertent, simplifient les procédures et partagent l'information pour éviter les doublons.
4. **Résultats** – Les pays en développement se concentrent sur les résultats souhaités et leur évaluation.
5. **Redevabilité mutuelle** – Les donateurs et les partenaires sont responsables des résultats obtenus en matière de développement.

Prévu pour renforcer et approfondir la mise en œuvre de la Déclaration de Paris, le **Programme d'action d'Accra** (PAA, 2008) fait le bilan des progrès vers la réalisation des objectifs de Paris et propose les domaines d'amélioration suivants :

6. **Appropriation** – Les pays ont plus d'influence sur les processus de développement à travers une plus large participation à la formulation des politiques de développement, un plus fort leadership dans la coordination de l'aide et une plus grande utilisation des systèmes nationaux pour l'acheminement de l'aide.
7. **Partenariats inclusifs** – Tous les partenaires participent pleinement : les donateurs, les pays en développement, ainsi que les autres donateurs, fondations et la société civile.
8. **Obtention de résultats** – L'aide est axée sur un impact réel et mesurable du développement.
9. **Développement des capacités** – Construire la capacité des pays pour gérer leur propre future - repose aussi au cœur du PAA.

La Déclaration de Paris note également que l'égalité homme-femme, le respect des droits humains et la viabilité environnementale sont des facteurs qui conditionnent l'obtention d'effets durables sur les conditions de vie et les perspectives des populations bénéficiaires des interventions

Les investigations conduites nous semblent démontrer une prise en compte accrue par le FFM (cf. 4.4.1.) et de l'AFD (cf. 4.4.2.) des conditions d'efficacité de l'aide et plus particulièrement de durabilité dans la conception et la mise en œuvre des interventions sans que pour autant ce changement soit imputable à l'évaluation de 2014. **Cependant, nos investigations n'ont pas permis d'identifier la prise en compte des situations en temps réel ou des dynamiques épidémiques et associées aux maladies chroniques anticipées.**

4.4.1 Dans le cadre d'intervention du FFM

La prise en compte des conditions de d'efficacité et de durabilité des interventions par le FFM, s'est fait sur la période 2011-2015 via les modes d'intervention suivants :

- **L'appui technique des Agences des Nations unies à la définition des plans nationaux de santé** (PNDS) et feuilles de route/stratégies nationales pour la réduction de la mortalité maternelle, néonatale, infantile et des adolescents et de la santé sexuelle et reproductive. En effet, ces plans sont développés lors d'ateliers nationaux et ils sont revus de manière annuelle. Toute activité de mise en œuvre est sous la responsabilité du ministère de la Santé, et d'autres ministères associés tels que ceux de la Formation, de la Femme, ou du Développement communautaire, Education, Jeunesse.... Seules les activités spécifiques telles que le développement et la dissémination des outils sont menées par le bureau régional et le siège des Agences des NU. Cet appui favorise le transfert de compétences et le renforcements des capacités sur les questions SSRMNIA-N relevant des domaines couverts par le FFM et l'appropriation des projets par la partie nationale.
- **La contribution financière des Agences aux PNDS**, ce qui favorise le transfert de compétences et le renforcement des capacités des institutions pour la planification, la budgétisation et le suivi évaluation des politiques de santé.
- **Le travail coordonné et concerté entre Agences et parties prenantes** (pays, communauté internationale, partenaires), qui constitue une façon de pérenniser le mode de travail initié par le FFM. La capitalisation des bonnes pratiques grâce à des guides ou des modèles diffusés en interne dans les Agences et auprès des professionnels de santé en est une clef de voute. On note que ce travail est à améliorer (voir 4.4.).
- **Le caractère pluriannuel du mécanisme de financement du FFM** ainsi que souligné dans le rapport global FSP (Année 1 à 6)⁶⁵

A cela on peut ajouter le dispositif de suivi-évaluation du FFM qui permet la capitalisation sur les bonnes pratiques et de conduire des travaux de recherche opérationnelle (voir 4.5).

Depuis 2015, les mêmes mécanismes sont à l'œuvre. Les évaluateurs regrettent que le dispositifs de suivi-évaluation ait été suspendu. **Néanmoins, le travail sur le plaidoyer pour la mobilisation des pays récipiendaires du FFM sur la SSRMNIA-N semble avoir fait l'objet d'un effort accru.** Nos interlocuteurs (Agences NU, AFD et CRSM) ont tous souligné explicitement ou implicitement dans les pays de mission que les gouvernements s'étaient mobilisés sous l'effet du FFM. Par exemple au Sénégal, une présentation des enjeux de santé, de développement et du dividende démographique a été faite au CESSEE Sénégalais par les Agences, et la Présidence aurait par la suite augmenté ses engagements financiers de 10 à 13%. En Côte d'Ivoire, jusque récemment le gouvernement avait manqué de volonté politique et d'engagement politique au plus haut niveau pour relever les défis, particulièrement celui lié à la mortalité maternelle. Cependant, depuis fin 2017/début

⁶⁵ Extrait du rapport : Bref historique des orientations stratégiques de 2011 à 2016

2018, la situation semble s'être améliorée⁶⁶. On note une réelle prise de conscience de l'urgence de la situation, et marque un tournant important dans la politique gouvernementale⁶⁷, en mettant l'accent sur le développement de la santé communautaire et la meilleure répartition et qualité du personnel de santé, au-delà de la remise à niveau de l'offre d'équipements et de services et de l'accès aux intrants, qui demeurent primordiaux.

Le FFM et les Agences des Nations unies travaillent par ailleurs à un sommet des ministres de la Santé pour plaider dans ce sens⁶⁸, dans la lignée du Sommet d'Abuja⁶⁹.

4.4.2 Dans les projets de l'AFD

L'AFD s'inscrit dans une démarche d'amélioration continue de ses pratiques en vue de renforcer l'efficacité de ses interventions, de soutenir la production et l'échange de connaissances et de répondre à son obligation de redevabilité. Le dispositif développement durable est la principale évolution des pratiques de l'AFD ayant un impact sur l'efficacité et la durabilité des projets Muskoka, depuis l'évaluation de 2014.

Ce dispositif a été conçu en 2014 et publié avant les résultats de l'évaluation. Nous avons donc analysé, dans le cadre des projets Muskoka étudiés (Tableau 10), les forces et faiblesses des processus et méthodologies en place à l'AFD permettant d'intégrer les principes fondamentaux de la déclaration de Paris. Cette analyse s'appuie sur i) la documentation disponible sur les processus d'instruction des projets de l'AFD ; ii) la revue d'un portefeuille de projets Muskoka de l'AFD (cf. Tableau 5) ; iii) des entretiens conduits avec les chefs des projets sélectionnés.

La modification des processus et pratiques de l'AFD en faveur de la performance de ses projets n'est pas imputable aux recommandations de l'évaluation de 2014. La recommandation 3 n'était pas suffisamment explicite pour générer un plan d'action associé. Le dispositif a été conçu et publié avant l'évaluation.

Tableau 10 Projets Muskoka de l'AFD retenus pour analyse

Pays	Numéro du projet	Nom du projet
MALI -NP	CML1311	PADSS Mopti Phase II
MALI-SD	CML1357	TIC SANTE SUD
NIGER-SD	CNE1164	Fonds Commun santé 3
SENEGAL-NP	CSN1411	SMI Casamance
SENEGAL-SD	CSN1459	FISONG AMREF
TOGO-NP	CTG1182	Initiat.Muskoka Togo
AFGHANISTAN-SD	CAF1067	AKDN Stratégie Santé
HAITI-NP	CHT1081	Projet Muskoka MDM

⁶⁶ changement de ministre (juillet 2018), engagement présidentiel et du vice président, organisation du dialogue national sur le financement de la santé (avril 2019), publication le 12 avril 2019 du « Dossier d'Investissement 2020-2023 » du MSHP dans le cadre de l'accès de la Côte d'Ivoire à la Facilité de Financement Mondial pour les femmes, les enfants et les adolescents (GFF)

⁶⁷ L'accent mis notamment sur la santé communautaire correspond au message porté par les Agences, la France (Ambassade de France et AFD) et les OSC dans le cadre des actions FFM. De la même façon, le FFM, a aussi servi de plateforme de plaidoyer (parmi d'autres initiatives et instances de dialogue) sur l'avant projet de loi Santé reproduction et Planification familiale (SRFP), bloqué depuis 2017 au Parlement et au niveau gouvernemental.

⁶⁸ Le Sommet devait se tenir en avril mai dernier mais a été repoussé sans nouvelle date connue à ce jour

⁶⁹ Engagement des pays africains de consacrer 15% des budgets nationaux à la santé

4.4.2.1 Description du processus d'instruction des projets AFD sur la SSRMINIA-N

Les projets Muskoka de l'AFD suivent le cycle de projet classique de l'AFD. Avant qu'une subvention Muskoka ne soit accordée, les projets passent par les trois phases décrites ci-après. Cette procédure peut prendre de 8 à 12 mois entre la phase d'identification et l'octroi des financements.

- **La phase d'identification des besoins :** Dans les pays d'intervention l'AFD rencontre le Ministère de la Santé localement afin de présenter les objectifs de l'engagement Muskoka, d'identifier les priorités nationales en matière de SSRMINIA et de discuter des possibilités d'appuyer le pays sur des sujets qui recoupent les priorités de l'intervention française et les stratégies nationales. Une rencontre est ensuite organisée entre l'AFD et les partenaires techniques nationaux du domaine prioritaire retenu suite aux échanges avec le Ministère de la santé. Cette rencontre permet de préciser les besoins en matière de renforcement des capacités, d'équipements, de produits de santé, etc. Des chefs de projets du siège de l'AFD se déplacent dans le pays afin d'appuyer cet exercice d'identification des besoins.
- **La phase de définition du projet :** Un aide-mémoire synthétisant le travail d'identification des besoins est ensuite rédigé par l'AFD et partagé avec le Ministère de la Santé. Une fois le cadre de travail arrêté, un cadre logique sont généralement développés et une étude de faisabilité du projet, généralement avec l'appui de consultants externes. Ces livrables sont aussi partagés avec le Ministère de la Santé pour discussion et validation.
- **La phase de validation du projet à l'AFD :** Le projet est présenté au Comité de crédit de l'AFD par le chef de projet d'une des divisions techniques du siège dont relève le projet. Lors de la réunion du Comité de crédits, des "donneurs d'avis" vont questionner le projet sur différentes problématiques telles que l'intégration des questions de genre, des questions environnementales, des questions de développement durable, des facteurs de durabilité des résultats, la conformité du plan de financement à la maîtrise des risques de détournement, la conformité aux modes de passation des marchés publics du pays bénéficiaire, le cadre logique, les indicateurs d'évaluation et les valeurs de références définies. Les "donneurs d'avis" sont des acteurs internes à l'AFD, experts environnementaux et sociaux, juristes, etc. qui travaillent au siège de l'AFD. Ces experts peuvent également être mobilisés en amont lors de la phase de définition du projet. Il arrive même qu'ils se déplacent dans le pays, lorsqu'il est nécessaire de discuter certains points techniques avec les correspondants nationaux. Ces avis sont exprimés dans le cadre de différents dispositifs : le dispositif avis de développement durable, le dispositif avis AES qui estime les éventuels risques et impacts environnementaux et sociaux du projet (AES) et la « seconde opinion » qui challenge le projet sur les risques fiduciaires. Depuis courant 2018 l'AES ne formule plus d'avis⁷⁰ qui sont exclusivement donnés par avis DD, mais continue à donner des appuis.

Le projet est également soumis à des avis externes à l'AFD : l'avis du MEAE s'agissant d'un projet multi-pays, consolidé par le pôle en charge de la tutelle de l'AFD et fondé sur les directions géographiques et sectorielles qui interrogent la conformité stratégique du projet mais aussi son efficacité et la durabilité de ses résultats, et deux avis de l'Ambassadeur s'agissant d'un pays en particulier, qui apporte sa connaissance des enjeux de terrain au stade de l'identification du projet et en amont de son passage devant les instances. A l'issue de la réunion du Comité des crédits, un avis favorable, réservé ou négatif est émis. Si l'avis est réservé, des recommandations sont transmises par les membres du Comité de crédits en vue d'affiner le cadre logique et/ou le mode opératoire et de limiter les risques liés au projet. Dans ce cas, le projet révisé doit être rediscuté avec les représentants des pays bénéficiaires.

La version finale du projet est soumise au Conseil d'administration de l'AFD, avec l'avis du MEAE/de l'Ambassadeur, pour validation. Une convention est signée avec les États bénéficiaires après l'octroi des financements.

⁷⁰ La cellule Seconde Opinion (SOP) n'intervient plus sur les subventions.

4.4.2.2 Le nouveau dispositif visant à renforcer l'efficacité et la durabilité des interventions de l'AFD

En 2014, l'AFD s'est engagée à mettre en place un nouveau dispositif d'évaluation ex ante de l'efficacité et de la durabilité de ses interventions. Il s'agit de l'avis développement durable, dont le guide méthodologique a été publié en décembre 2014 (cf. Encadre 6 Le dispositif "Avis de développement durable").

Ce dispositif est partie intégrante du processus d'instruction des projets de l'AFD et permet de renforcer la durabilité des résultats des projets en les interrogeant sur leurs contributions au développement durable.

Encadre 6 Le dispositif "Avis de développement durable"

• Le dispositif « Avis développement durable » et son articulation avec les projets Muskoka

Depuis 2014, date à laquelle le dispositif a été rendu systématique, les projets Muskoka font l'objet d'une notation et d'un avis de développement durable, au sein de l'AFD. Comme le souligne la note méthodologique en date de 2014, l'objectif de cet avis est « *d'assurer un regard indépendant de celui des équipes opérationnelles sur la contribution des projets au développement durable* ». Il se traduit par la mise en place d'un cadre de discussion et d'évaluation destiné à estimer les impacts du projet sur le long terme.

L'avis est formulé sur la base d'informations fournies par l'AFD et par le chef de projet au cours des différentes étapes de constitution du projet. L'avis évalue les points forts et les points faibles du projet en termes de durabilité sur 6 dimensions opérationnelles :

- Développement économique ;
 - Bien-être social et réduction des déséquilibres sociaux ;
 - Égalité hommes-femmes ;
 - Préservation de la biodiversité, gestion des milieux et des ressources naturelles ;
 - Lutte contre le changement climatique et ses effets ;
 - Pérennité des effets du projet et cadre de gouvernance.
- Le département GPS (gestion de portefeuille et suivi qualité) qui a remplacé le Département des Appuis Transversaux (DAT) peut être mobilisé jusqu'à l'émission de l'avis. La Division du Pilotage stratégique et de la redevabilité, au sein de la Direction de la Stratégie, des Partenariats et de la Communication (SPC/PIL) émet l'avis développement durable final au terme du Comité de Crédit (CCR).
 - Les projets Muskoka sont concernés au même titre que tous les projets financés par l'AFD. Seuls les projets inférieurs à 5M€ en prêt et à 1,5M€ en subvention échappent à cette procédure d'avis développement durable (en plus des Aides Budgétaires Globales, des fonds d'études et des délégations de fonds non liées à l'AFD). A ce titre, les projets Muskoka Nutrizaza à Madagascar et AKF Nutridev au Mali (inférieurs à 1,5M€) n'ont pas fait l'objet d'un avis développement durable

Une harmonisation avec les marqueurs du Comité d'aide au développement (CAD) de l'OCDE a été mise en place pour une plus grande cohérence.

4.4.2.3 La prise en compte des conditions d'efficacité et durabilité des résultats des interventions

Le dispositif « avis développement durable » a l'avantage d'interroger les chef(fe)s de projets sur la prise en compte d'un certain nombre de facteurs favorisant l'efficacité et la durabilité des résultats de l'intervention. Il est apprécié des chefs de projets qui le trouvent utile et enrichissant. Certains chef(fe)s de projets regrettent que ce processus soit limité par les contraintes de temps liées à l'instruction du projet et ne permettent pas un approfondissement de ces questions complexes.

Les documents présentant les projets AFD Muskoka ayant bénéficié d'un avis DD n'indiquent pas systématiquement quelles réponses ont été apportées aux éventuelles recommandations de l'avis développement durable. Il en est de même pour l'appui./ AES et l'avis du MEAE. Ceci est regrettable compte-tenu du fort turn-over dans le suivi des projets à l'AFD.

Certains cadres logiques identifient dès la phase d'instruction les risques liés au contexte du pays qui pourraient impacter l'attente des cibles des indicateurs de performance définis. Cette pratique n'est

pas commune à l'ensemble des projets analysés, elle permettrait pourtant de garder en tête ces risques lors de l'exécution du projet.

De manière générale le processus de définition et d'instruction des projets Muskoka de l'AFD permet de répondre aux principes fondamentaux de la Déclaration de Paris, mais des marges de progrès existent.

- Sur la question de **l'appropriation des enjeux et des objectifs du projet par les pays bénéficiaires**, l'AFD a un certain nombre de pratiques exemplaires qu'il convient de souligner. L'AFD se base sur sa connaissance du terrain, une analyse du contexte pays et de la qualité des documents stratégiques nationaux pour évaluer la capacité des autorités nationales à porter le projet en tant que maître d'ouvrage.
- Lorsque cela est possible le Ministère de la santé du pays bénéficiaire va donc être l'entité porteuse du besoin, en charge du pilotage et du suivi du projet avec une assistance à maîtrise d'ouvrage pour l'appuyer. Les objectifs et la logique d'intervention du projet sont alors co-construits à travers un dialogue entre l'AFD et le Ministère de la santé. Cette implication des autorités nationales dans la définition du besoin et la conception du projet est essentielle pour garantir son adhésion aux objectifs du projet et son implication dans l'atteinte des résultats attendus.
- Lorsque le projet ne peut pas être porté par les autorités nationales, l'AFD lance un appel d'offre ciblant des ONG en capacité de gérer le projet. L'implication des autorités nationales n'est alors pas toujours assurée dès la phase d'initiation du projet. C'est le cas par exemple du projet Muskoka MDM Haïti (CHT1081) porté par un consortium d'ONG qui a dû redéfinir son approche méthodologique en phase de cadrage du projet car les autorités nationales ont estimé que le projet ne répondait pas suffisamment aux besoins nationaux. Obtenir l'adhésion des autorités nationales a été un long et difficile processus, qui a dû passer par une redéfinition de la logique d'intervention du projet. Ce risque pourrait être limité en associant systématiquement les autorités nationales à la définition du besoin lors de la rédaction du cahier des charges et en les associant à la sélection des réponses à l'appel d'offre. Parfois, lorsque le projet est piloté par une ONG, un rôle important est réservé aux autorités du pays pour assurer leur adhésion, comme ce fut le cas du projet TIC Santé Sud au Mali pour lequel le Ministère de la Santé préside le comité de pilotage du projet. Enfin pour l'ensemble des projets Muskoka de l'AFD, l'implication des autorités du pays bénéficiaire est systématiquement formalisée à travers la signature d'une convention avec l'AFD qui définit le rôle et les attentes de chaque partie prenante.
- Les documents de présentation des projets comportent, pour l'ensemble des projets étudiés dans le cadre de la présente évaluation, une analyse des stratégies nationales et de **l'alignement des objectifs du projet aux objectifs stratégiques nationaux**⁷¹. Par ailleurs les projets de l'AFD s'appuient fortement sur les systèmes locaux. A titre d'exemple les projets portant sur la nutrition s'appuient sur les systèmes locaux pour une production de compléments alimentaires locale qui contribue au développement économique du pays et réduit la dépendance vis à vis de l'aide extérieur.
- La pertinence des interventions de l'AFD a été soulignée par les autorités nationales rencontrées lors des visites de terrain. Nos échanges avec les MSP ont également démontré cette forte appropriation des objectifs et enjeux de la SSRMNIA-N.
- Comme cela a été observé lors de l'atelier de capitalisation sur la prise en compte des recommandations de 2014, l'appropriation des objectifs et des enjeux par les autorités nationales ne s'est toutefois pas traduit par une augmentation des engagements financiers en faveur de la SSRMNIA-N. Dans les pays soutenus par l'engagement Muskoka, les budgets de la santé restent

⁷¹ Dans le projet TIC Santé SUD (CML1357) par exemple, la proposition de projet comprend une analyse de la politique du gouvernement sur l'ensemble des problématiques liées au projet : 1/ le nouveau Plan Décennal de Développement Sanitaire et Social (PDDSS) (2014-2023) et ses priorités stratégiques dont la santé maternelle et infantile et le « passage à l'échelle de la « Cyber santé » ; 2/ la politique Nationale TIC (2005) et ses objectifs spécifiques en matière de santé ; 3/ la Politique Nationale E-Santé (2009) ; 4/ le futur plan stratégique de développement de la cyber santé au Mali.

très faibles, supplantés par les questions sécuritaires. Les MSP qui ont conscience du besoin d'investir dans la SSRMNIA-N n'ont pas nécessairement les moyens d'influencer l'allocation des financements nationaux.

- La question de **l'harmonisation de l'aide extérieure présente de nombreux défis** : des pratiques et des logiques d'intervention différentes entre les acteurs du multilatéral et du bilatéral qui rendent difficiles les recherches de complémentarités et de synergies à l'échelle des projets, un manque de capacités et un turn-over important des personnels présents sur le terrain qui n'aide pas à établir des relations de long-terme mais aussi le besoin de s'appuyer sur les autorités nationales qui ont la légitimité de rassembler et d'orchestrer un dialogue entre bailleurs. Dans la plupart des projets analysés ce dialogue ne semble pas toujours structuré et la question de la cohérence de l'aide s'appuie sur la capacité des réseaux de l'AFD sur le terrain ou des autorités nationales à faire remonter les informations portant sur les activités des autres bailleurs.
- A titre d'exemple, le projet PADSS Mopti Phase II au Mali (CML1311) a mis en lumière la question de la cohérence des interventions de l'AFD avec celle d'une ONG américaine qui avait prévu d'établir une gratuité des soins dans l'un des districts de Mopti, ce qui ne pouvait coexister avec l'objectif *d'amélioration de l'accessibilité financière aux soins* du projet de l'AFD. Les autorités régionales ont manqué d'identifier cette incohérence lorsqu'elles ont proposé à l'AFD d'intervenir dans ce district. L'AFD a pu identifier ce risque via ses réseaux dans le pays et a pu intervenir, avant la mise en œuvre des activités du projet, pour demander une intervention dans un autre district.
- Une initiative intéressante a été mise en place au Niger avec un Fonds Commun de donateurs (CNE1164 cf. Encadre 4) qui permet d'appuyer la mise en œuvre du Plan de Développement Sanitaire afin de favoriser l'alignement des actions sur les priorités nationales, l'harmonisation des interventions des partenaires, ainsi que la prévisibilité et la stabilité de l'aide internationale disponible. Cet outil est considéré comme primordial par les PTF pour orienter les fonds et négocier avec les autorités.
- En théorie les interventions de l'AFD sont construites sur la base d'une **logique d'intervention formalisée** par la production d'un cadre logique et d'indicateurs de résultats et d'impacts définissant les résultats attendus et les sources de vérification de ses résultats. Les résultats souhaités et leur évaluation font partie de la proposition de projets et sont validés par les autorités nationales qui partagent la responsabilité des résultats obtenus et du renseignement des indicateurs de performance. Les cadres logiques peuvent varier en qualité mais ils comprennent pour la majorité des projets analysés des indicateurs, des cibles à atteindre et des sources de vérification spécifiées. Les risques et hypothèses associés à la logique d'intervention y sont parfois spécifiés. Les rapports d'exécutions consultés⁷² par les évaluateurs montrent que les indicateurs de réalisation sont bien renseignés mais le cadre de mesure des résultats rencontre des difficultés :
 - les valeurs de référence (en amont de l'intervention) ne sont pas systématiquement proposées et renseignées (ceci varie selon les projets). L'absence de valeurs de référence limite la possibilité de mesurer les progrès réalisés.
 - les échéances des cibles à atteindre ne sont pas précisées. Si certaines cibles sont à atteindre en fin de projet d'autres sont peut-être des jalons à valider avant de pouvoir poursuivre certaines étapes du projet.
 - les acteurs rencontrés lors des missions de terrains ont souligné que les indicateurs de résultats (impacts et effets sur les indicateurs sanitaires clés) dépendent de la qualité et de la fréquence des données statistiques nationales. Dans certains pays comme le Niger la fiabilité de certains indicateurs est questionnée.
 - les statistiques nationales ne capturent pas l'ensemble de la population présente sur le territoire. Nos interlocuteurs lors des missions de terrain (ONG, ambassades et Agences des

⁷² Les évaluateurs ont eu accès à 5 rapports d'exécutions pour 3 des 9 projets analysés.

Nations Unis) ont rappelé que les population déplacées (migrations internes et externes) n'enregistrent pas les nouvelles naissances et ont rarement accès à des soins de santé de la mère et de l'enfant permettant d'alimenter les statistiques nationales (causes de décès, etc.). Dans certains pays comme au Niger l'enregistrement des naissances n'est pas systématique et il est fréquent que dans une même famille seule une partie des enfants soient enregistrée.

- les résultats obtenus (positifs ou négatifs) ne peuvent pas être imputés à 100% à l'intervention en question. Les interventions mises en œuvre par les acteurs internes et externes à Muskoka intervenant en faveur de la SSRMNIA-N sont multiples et susceptibles d'impacter les indicateurs sanitaires clés.
- **Analyse des risques liés au pays d'intervention :** les propositions de projet comprennent toutes une analyse détaillée du contexte du secteur santé avec des indicateurs sanitaires prenant en compte la situation en matière de SRMNIA et son évolution envisagée en tenant compte des évolutions démographiques anticipées. Par ailleurs, les risques pays sont évalués selon un système de notation propre à l'AFD tenant compte du risque de dégradation de la situation politique et sécuritaire dans le pays et des risques épidémiologiques. Ces analyses restent cependant à un niveau très macroéconomique et les liens avec le projet ne sont pas toujours explicites. Certains risques liés au pays d'intervention sont connus mais pas suffisamment mitigés : le Projet Muskoka MDM CHT1081 a été impacté par un cyclone qui a affecté la mise en œuvre d'une partie des activités. Le projet a été suspendu durant plusieurs mois mais les équipes partenaires locales ont continué à percevoir leur paiement. Une partie des ressources a été donc consommée sans que les activités ne soient mises en place. Dans certains pays comme Haïti, le risque de catastrophe naturelle sur la période du projet, généralement de 3-4 ans, est élevé et ses impacts sur le projet pourraient être mieux anticipés notamment dans les contrats signés avec les partenaires assurant le volet assistance technique ou la maîtrise d'ouvrage.
- Dans le cadre des entretiens conduits à l'AFD les évaluateurs ont constatés un fort turnover des chefs de projets qui ne facilite pas la capitalisation des enseignements tirés lors de la phase d'instruction et lors de la phase d'exécution des projets.
- Les projets Muskoka analysés ont tous **un volet de renforcement des capacités du pays bénéficiaire**. Ce volet peut porter sur le renforcement des capacités des autorités centrales et/ou décentralisées dans leurs missions de planification et supervision. Il peut aussi comprendre des formations visant les personnels de santé ou les personnels technique de maintenance des équipements. Le renforcement des capacités est pensé en termes de durabilité des résultats du projet et de renforcement de la capacité des pays à gérer leur propre futur, il rencontre néanmoins des difficultés sur le terrain. Les investigations de terrain montrent que **le renforcement des capacités rencontre des obstacles majeurs liés aux pays d'intervention, en premier lieu le turnover des personnels de santé et des personnels au sein des MSP**. Certaines ONG comme Pathfinder international au Niger affirment avoir mis en place des conventions avec les autorités nationales exigeant le maintien en poste des personnels formés pour une période minimale de 2 ans. Mais nos entretiens de terrain ont également établi que tout changement au sein des postes clés du MSP s'accompagne d'un changement des équipes et qu'il est peu probable que les pratiques clientélistes soient freinées par les conventions. Les succès dépendent fortement de la volonté des partenaires locaux et des moyens à leur disposition. Ainsi le Fond Commun Santé au Niger est considéré comme un succès en matière de renforcement des capacités en gestion administrative et financière du Fond par le MSP. Les PTF rencontrés ont souligné les difficultés du Ministère les premières années et les résultats positifs aujourd'hui liés aux efforts de l'AFD sur le volet renforcement des capacités. Le FCS a été piloté par le Secrétaire Général du MSP une personne qui a également été très engagée dans la mise en place d'un environnement favorable au succès du FCS au sein du MSP.

Un autre exemple illustrant les difficultés liées à l'efficacité du renforcement des capacités est le projet d'appui à la santé de la mère et du nouveau-né en Casamance (CSN1411). Le projet a été confronté au turn-over des personnels formés et à la difficulté à mettre en place un système de renforcement des capacités qui aurait un impact sur la gestion des carrières, enfin les autorités

nationales n'ont pas été en mesure de financer les personnels des nouvelles structures de santé établies dans le cadre du projet. Le financement d'infrastructures de santé n'a aucune utilité si les salaires des personnels de santé formés pour y travailler ne sont pas assurés par les autorités nationales après l'intervention de l'AFD. Les évaluateurs considèrent que l'AFD gagnerait à **renforcer le dialogue et les négociations liées au volet renforcement des capacités avec les autorités nationales avant leur mise en place**, ceci afin d'obtenir des garanties sur la durabilité des résultats dès la phase d'instruction.

Les responsables de projets affirment s'engager en fin de projet dans une réflexion pour une **transition post-projet** visant à optimiser la pérennisation des résultats des projets. Celle-ci peut se caractériser par la tenue d'ateliers de capitalisation avec les partenaires et autorités nationales (projet CHT1081) et/ou la rédaction de recommandations adressées aux autorités nationales (dans le cadre des comités de pilotage des projets et des rapports d'exécution). L'AFD fait également un point sur ce qu'il faut poursuivre ou non dans le cadre de futures actions de coopération dans le pays. Selon les responsables de projets, le succès de cette phase de transition reste tributaire de la volonté et/ou de la capacité des autorités nationales à s'inscrire dans une logique de pérennisation des résultats des projets en planifiant et sécurisant des financements nécessaires au maintien des infrastructures et équipements, à la rémunération des personnels formés, à l'achat des intrants de santé, etc. Au Niger le FCS est un instrument qui renforce la durabilité des interventions car il s'inscrit dans un dialogue de long-terme avec les autorités nationales qui permet d'échanger sur ce qui fonctionne ou pas. Les PTF ont plus de poids dans les décisions de part la mise en commun de leurs contributions financières qui représentent 12% du Budget de la santé au Niger. Par ailleurs, en mettant en commun leurs ressources au sein du FCS, les interventions des PTF permettent d'atteindre une masse critique. Sur la question de **la maintenance des équipements** par exemple, le FCS investit dans 100 échographes alors qu'un bailleur seul ne pourrait en financer que 10. Le Niger aura alors 100 échographes identiques et pourra former des techniciens à la maintenance d'une même machine au lieu d'avoir 10 machines différentes avec chacune leurs spécificités techniques.

4.5 Des travaux de recherche peu repris au sein du dispositif FFM et de l'AFD (R4)

L'évaluation de 2014 avait identifié des faiblesses dans le suivi des interventions financées et la fertilisation croisée entre les différents projets/travaux (R4). **La présente étude s'est attachée à observer en particulier la fertilisation croisée des travaux de recherche opérationnelle et note qu'elle n'est pas optimale.**

Pour rappel, cinq projets de recherche opérationnelle ont été financés via le FFM :

- COSA, porté par l'Institut Royal des Tropiques (KIT), sur le rôle d'interface des comités de santé en Afrique de l'Ouest et du Centre (Bénin, Guinée, République Démocratique du Congo). Un policy paper conjoint devait être produit.
- FIDELI-SANTE, porté par le Centre de recherche et de promotion de la Santé mère-enfant du Québec, sur les stratégies de fidélisation du personnel de santé reproductive/mère-enfant en zones rurales (Niger, RDC et Sénégal). Aucune dissémination a proprement parlé n'avait été envisagé dans le cadre du projet et n'a donc été faite.
- ENSPEDIA, porté par UMI du CNRS et UNICEF WCARO, sur les soins professionnels et familiaux des nouveau-nés en Afrique de l'Ouest. Les travaux ont reçu le prix d'excellence de l'UNICEF. Un livre est en cours de publication. Un N° spécial de santé publique doit paraître dans une revue internationale. 4 étudiants de thèse en anthropologie de la santé ont travaillé sur cette thématique (EHESS Marseille). 2 films d'une heure ont été produits. Un réseau de pédiatres francophones sur la prise en charge de la douleur chez les enfants a été créé.
- INFODOS, porté par l'IRD, sur la revue systématique des données de santé et les enquêtes communautaires pour évaluer l'impact des interventions SMNI dans les pays en développement. 6 étudiants en thèse ont participé ainsi que deux post-doctorants et deux étudiantes en master. 15 publications ont été faites notamment dans des journaux à haut impact tel que le journal

international de gynécologie et d'Obstétrique. 16 communications (e-posters, participations à des congrès ou à des journées scientifiques) ont eu lieu. Les résultats du projet ont été présentés au colloque international CESARIA de décembre 2017.

- Un projet Ebola aurait été financé par ailleurs mais l'information n'a pas été localisée par l'UNICEF.

Bien que pour certains des travaux la dissémination ait été de qualité dans les milieux scientifiques (publications dans des journaux à haut impact, congrès et conférences internationales ainsi que mentionné ci-dessus), les Agences semblent ne montrer que peu d'intérêt du fait du non alignement de la plupart de ces travaux avec les axes du FFM. En effet, l'UNICEF mentionne un problème de sélection initiale de ces travaux qui ne sont pas tout à fait en ligne avec les axes validés par Muskoka, ce qui en réduit la portée. Concernant l'ensemble de ces projets, les évaluateurs souhaitent souligner que la documentation les concernant n'est pas aisément localisable (documents de sélection initiale, cadres logiques d'intervention, document de subventionnement, rapports intermédiaires et finaux, publications). Quant à l'AFD, elle n'a pas connaissance de ces travaux.

Seule l'OMS se serait appuyée sur les travaux publiés, notamment pour l'élaboration de guides sur les ressources humaines en santé pour la SRMNI^{73,74}. **Par ailleurs les évaluateurs n'ont pas identifié que les résultats aient été utilisés directement dans la construction des interventions financées par Muskoka (conception/mise en œuvre)** que ce soit via le FFM ou l'AFD. Le FFM ne finance plus la recherche opérationnelle depuis 2016.

Au-delà des travaux de recherche opérationnelle, le FFM a financé l'identification de bonnes pratiques (voir 3.1) et des échanges de pratiques via les Communautés de Pratiques (CoP). Bien que les Agences conduisent annuellement un exercice d'identification des bonnes pratiques, l'exercice n'étant pas correctement mis en œuvre, il ne permet pas d'identifier les pratiques qui puissent être véritablement considérées comme bonnes et transposables. Concernant les CoP, ces dernières n'ont pas été financées après 2016, suite à des défaillances dans leur pilotage et leur fonctionnement. **La fertilisation croisée entre les différents projets/travaux se fait donc toujours peu.**

L'amélioration du suivi des interventions financées et la fertilisation croisée entre les différents projets/travaux doit passer par un travail continu de capitalisation et diffusion des enseignements.

La recherche opérationnelle (RO) en est une clef de voute. Elle est indispensable au regard du manque de données nécessaires à l'adaptation des priorités et des pratiques. Il apparaît important de poursuivre le soutien à des projets de RO, de diffuser les résultats dans les journaux internationaux mais aussi dans les journaux locaux, et surtout de veiller à une architecture de sélection des projets RO et de suivi adéquate en amont⁷⁵, puis de veiller à la reprise des résultats par les Agences et l'AFD. **Un poste pourrait être dédié au suivi des travaux de RO et de capitalisation, combiné à la fonction de suivi-évaluation.**

4.6 La France identifiée comme un bailleur important mais un manque de visibilité au niveau national sur les interventions financées et leurs résultats (R5)

Le rapport d'évaluation de 2014 avait noté que des progrès étaient nécessaires en matière de visibilité (R5).

⁷³ Mentionné lors de l'atelier de capitalisation à Dakar en juin 2019

⁷⁴ Un entretien était prévu avec l'OMS à ce sujet afin de détailler les effets des travaux publiés sur l'approche des RH en SSRMNI de l'OMS, mais il n'a pu avoir lieu à l'heure de l'écriture de ce rapport.

⁷⁵ Les récentes réflexions conduites au sein d'Expertise France sur la question de la sélection et du suivi des travaux de recherche opérationnelle dans le cadre de l'Initiative 5% pourraient être une base intéressante de réflexion et d'échange de bonnes pratiques.

La France s'est dotée d'outils et d'actions de communication sur son intervention au niveau national, régional et international :

- **Concernant la communication internationale et régionale**, les rapports annuels du FFM font le constat suivant : *« L'année 2015 a aussi été marquée par de nombreuses actions de communication externes destinées à donner une excellente visibilité à la France en tant que partenaire mondial essentiel en Santé maternelle, néonatale et infantile ainsi qu'en santé des adolescents. Au cours de l'année 2015, les quatre agences onusiennes ont poursuivi la mise en œuvre d'une stratégie de communication à la fois pour accroître la visibilité de la France et de son engagement dans le domaine de la santé maternelle, néonatale et infantile en Afrique et pour faire émerger cette thématique quelque peu négligée dans une région régulièrement mouvementée entre crises et conflits (...) Ce beau succès de la France et de ses partenaires des 4 agences est mis en valeur par une grande campagne de communication externe qui donne une large visibilité au dispositif et à ses résultats. 2016, dernière année de financement des FSP Muskoka, sera une année de consolidation des acquis, d'amplification de la communication mais aussi de recherche de nouveaux financements car ce magnifique dispositif doit perdurer »*. Depuis 2015, le FFM a été présenté sur RFI, Le Monde Afrique (logo sur le site-web, co-organisation des débats du Monde Afrique, tribune), le Monde (publication de 2 pages dans l'édition papier en novembre 2018), France 24, TV Monde.
- **Au niveau national**, les Agences des Nations unies communiquent principalement pour leurs propres organisations, se limitant à des actions ponctuelles ou à l'utilisation du logo dans les brochures et panneaux des Agences des Nations unies au niveau national. Par exemple au Niger, l'Ambassade qui a observé que le FFM n'était pas identifiable leur a demandé de fournir des efforts de communication plus importants. Aujourd'hui l'UNICEF a produit des panneaux FFM qui sont utilisés par les 4 Agences des NU lors d'événements spécifiques où les FFM sont présentés. Les Agences s'assurent que le logo FFM figure sur les sites où des équipements ont été fournis et sur les brochures ou documents présentant des actions financées par les FFM. Ainsi le logo Fonds Français Muskoka a pu être identifié lors de la mission de terrain dans la salle de travaux pratiques des sages femmes de l'Ecole National de Santé Publique de Niamey soutenu l'UNFPA dans le cadre des FFM en complémentarité avec le projet SWEDD.

Au niveau des pays, il n'est pas possible de statuer sans nuance sur la visibilité de la France sur la SSRMNIA-N dans les pays de mission :

- Au Sénégal, au sein des Agences des Nations Unies, les Représentants pays ainsi que les équipes impliquées dans Muskoka reconnaissent l'implication de la France sur la SSRMNIA-N. Cependant en dehors des cercles avisés, notamment au niveau du Ministère de la Santé, de la Femme ou de la Population, et leurs agents de mise en œuvre des activités, l'implication financière de la France via le FFM n'est pas connue. Sans surprise, les interventions financées par l'AFD sont par contre bien identifiées.
- Au Niger, la France est identifiée comme l'un des principaux bailleurs sur les questions de SSRMNIA mais nos interlocuteurs n'étaient cependant pas en capacité de nous citer des actions entreprises avec des financements Muskoka (FFM et AFD).
- En Côte d'Ivoire, la France est bien visible dans le secteur de la santé, et de la SSRMNIA-N en particulier. En termes financiers, elle l'est davantage grâce aux interventions de l'AFD, que celles du FFM, étant donné les moyens mobilisés dans le cadre du C2D Santé. Les 4 agences, la CRSM, la JICA et l'AFD ont le sentiment que le FFM demeure relativement visible. L'AFD évoque le fait que l'on en parle régulièrement dans les réunions et séminaires organisés dans le secteur de la santé. La CRSM indique que dans le cadre du FFM la reconnaissance de l'appui français vis-à-vis des agences est un point de discussion (et d'attention) constant avec les Agences des NU. Le FFM permet aussi de construire un dialogue politique avec le gouvernement ivoirien, via les agences des nations unies, et d'atteindre les districts sanitaires sur place, via leurs agents sur place. Les Agences (UNICEF, UNFPA) témoignent également de

leurs efforts pour donner de la visibilité à la France sur le FFM (plaques commémoratives, utilisation des logos, y compris dans les spots à la télévision sur les clips de prévention). Ceci n'empêche cependant pas les ONG rencontrées (Médecins du Monde, AIBEF) de ne pas connaître ou peu connaître le financement français Muskoka, alors même qu'ils participent à des activités soutenues par le FFM. L'ambassade a souligné le besoin d'avoir une meilleure vision des activités à haut impact et de communiquer sur les succès du FFM. Cela apporterait plus de visibilité à la France et permettrait de lever plus de fonds pour la SSRMNIA-N localement.

Cependant les efforts de communication ne suffisent pas à rendre l'intervention de la France lisible dans le domaine de la SSRMNIA-N et ce pour les raisons suivantes:

- S'il existe post-2015 une stratégie de communication, **elle n'a pas encore été traduite dans un plan de communication** définissant des objectifs, des cibles, des messages, des canaux et des moyens. Dès lors les messages que la France souhaite communiquer n'atteignent pas leurs objectifs. A ce titre, les PTF interrogés dont la Commission Européenne n'ont pas identifié le positionnement stratégique de la France sur la SSRMNIA-N.
- **La communication sur le FFM est intermédiée via les agences des NU.** Celle-ci ont tendance à communiquer sur leurs propres organisations, les ambassades se voient obligées de leur rappeler leurs obligations en matière de communication. Un soutien de poids de l'Ambassadeur dans le pays est nécessaire pour transformer ces opérations de communication en opération à forte visibilité et rayonnement.
- **La communication sur les résultats des interventions financées par le FFM est limitée aux rapports d'activités des Agences des NU.** Par ailleurs, la méthodologie d'identification des bonnes pratiques comporte des lacunes (définition des bonnes pratiques, identification des conditions de transposabilité) qui ne permettent pas de véritablement s'appuyer sur ces travaux pour échanger ou communiquer auprès d'autres acteurs et bailleurs de la SSRMNIA-N.
- Enfin, la communication sur Muskoka, pour ce qui est du volet FFM, ne rend pas justice à la France, avec un **logo peu lisible** qui ne valorise pas la France. Comme souligné par certains de nos interlocuteurs le graphisme du logo du Fonds Français Muskoka (cf. Figure 13) pose des problèmes de compréhension, de mémorisation et d'attribution.

Figure 13 Logo Fonds Français Muskoka tel que présenté dans la brochure sur le projet Illimin d'UNFPA



Le mot le plus visible sur le logo du FFM est « MUSKOKA » ce qui n'évoque pas un message clair aux personnes externes. « MUSKOKA » pourrait être attribué à une action du Canada, voir à une action du Japon pour ceux qui ne savent pas où se trouve la municipalité de district de Muskoka. Enfin avoir un logo pour le FFM n'est pas nécessairement idéal. Les évaluateurs considèrent qu'il serait plus efficace d'avoir **un logo unique pour l'ensemble des actions de la coopération française**. Un logo avec un drapeau ou un symbole de la France qui serait facile à identifier et à mémoriser. Un logo unique donnerait plus de visibilité à la France.

5 La redevabilité et le suivi des engagements financiers

Ce chapitre s'attache au **3^{ème} et dernier volet de l'évaluation formative** sur la capacité de la France à rendre compte d'un engagement international.

Rappel des principales questions évaluatives:

- Quelles ont été les éventuelles difficultés rencontrées dans la conduite de l'exercice de redevabilité Muskoka?
- Quels ont été les effets (recherchés ou non) de l'inscription obligatoire de l'engagement Muskoka dans le contrat d'objectifs et de moyens de l'AFD ? Quel a été le niveau de reporting de l'AFD ? A-t-il été satisfaisant du point de vue du MEAE ?
- Quels enseignements peut-on tirer de l'exemple Muskoka pour renforcer la capacité du MEAE à rendre compte d'un engagement international ayant mobilisé des financements transitant par divers canaux (notamment pour rendre compte d'un engagement international mobilisant des ressources directes et déléguées à un opérateur) ?

Principaux constats

- La méthodologie de redevabilité Muskoka est une méthodologie qui présente des faiblesses (problèmes de compréhension de la méthodologie ; taux unique par projets pourtant souvent multithématiques ; ciblage des secteurs vs bénéficiaires ; décaissements vs engagements ce qui pose un problème de comptabilisation à un temps donné pour l'AFD). Par ailleurs, le processus et suivi et de redevabilité de l'engagement français Muskoka est morcelé.
- L'inscription obligatoire de l'engagement Muskoka dans le Contrat d'Objectifs et de Moyens (COM) de l'AFD sur la période 2011-2015 a conduit à la sanctuarisation des moyens sur la thématique sur cette même période mais pas au delà. En l'absence de financements supplémentaires pour l'AFD, ce fléchage a généré un effet de déplacement vers les financements alloués à la SSRMNIA-N au détriment des autres secteurs d'intervention de l'AFD. L'AFD a produit les informations sur les indicateurs Muskoka comme demandé dans le COM.
- Le renforcement de la capacité du MEAE à rendre compte d'un engagement international ayant mobilisé des financements transitant par divers canaux passe par une méthodologie de calcul partagée par tous pour chacun des exercices de redevabilité ; la formalisation de procédures posant les définitions et processus de remplissage des indicateurs ; et un partage des informations interinstitutions et interservices.

5.1 Muskoka, un engagement complexe à suivre compte tenu de la méthodologie et des processus de suivi et redevabilité internes de la France

5.1.1 Pour un engagement : deux exercices de redevabilité, une déclaration APD et un marqueur horizontal du CAD

La France, via le MEAE, rend compte de l'engagement Muskoka dans le cadre de **deux exercices de redevabilité**, à savoir l'exercice de redevabilité budgétaire sur l'affectation des crédits publics pour le développement et l'exercice de redevabilité mis en place par le G7 pour rendre compte des engagements pris en matière de développement.

- Dans le cadre de la redevabilité parlementaire, la redevabilité Muskoka prend la forme d'une publication annuelle du montant des financements alloués au titre du programme budgétaire 209 (mission APD). Il n'existe par ailleurs aucun indicateur spécifique à l'engagement Muskoka dans la LOP DSI 2014.
- Dans le cadre du G7 (G8 avant 2014), la France s'engage avec ses partenaires à rendre des comptes sur les engagements pris par les chefs d'Etat et des gouvernement lors des sommets G7 via des rapports annuels de redevabilité ; tous les trois ans, le G7 élabore un rapport de redevabilité complet sur l'ensemble des engagements financiers pris par le G7 dont l'engagement Muskoka : ce fut le cas en 2016 et 2019.

Par ailleurs, la contribution de la France au Fonds français Muskoka est **déclarée en APD auprès du CAD de l'OCDE**. La France notifie son aide publique au développement (APD) au Système de notification des pays créanciers (SNPC) du CAD de l'OCDE garant des statistiques financières de la coopération internationale qui repose sur des règles communes, agréées par les 30 membres.

La France rend également compte de l'engagement Muskoka à travers le **renseignement du marqueur horizontal du CAD « Santé Génésique Maternelle Néonatale et Infantile » (SGMNI)** adopté en 2015 par le CAD⁷⁶. Les marqueurs (genre, climat, etc.) permettent aux bailleurs d'effectuer un suivi de la prise en compte d'objectifs politiques dans leur APD. Dans le cadre de leurs notifications au CAD, les bailleurs indiquent pour chaque activité financée si celle-ci est ou non ciblée sur la santé maternelle, néonatale et infantile.

5.1.2 A la genèse, la définition d'indicateurs de suivi et l'existence de méthodologies de calcul

Si les indicateurs qui font l'objet de redevabilité ou de déclaration sont connus, les exercices de redevabilité et de déclaration de l'aide ne s'appuient pas toujours sur une méthodologie de calcul partagée. Cependant, une des spécificités de la redevabilité Muskoka G7 et du marqueur SGMNI, est que des méthodologies ont été développées pour les membres du G7 et de l'OCDE :

- La redevabilité G7 repose sur une méthodologie agréée par un groupe de travail G7 dédié (Accountability Working Group) permettant de mesurer le niveau d'atteinte d'un engagement (voir chapitre 2). La méthodologie Muskoka a été définie par le groupe de travail redevabilité G7/Muskoka en lien avec l'Université de Toronto et la Munk School of Global Affairs and Public Policy (cf 2.1).
- Le marqueur SGMNI, contrairement aux autres marqueurs, possède également sa propre méthodologie, définie par le groupe de travail sur les statistiques (GT STAT) du CAD de l'OCDE : les positions défendues par la France dans cette enceinte sont élaborées conjointement par la DG Trésor – qui représente la France lors de ces réunions – et le MEAE. Les données étant souvent peu disponibles, les indicateurs sont établis selon leur pertinence et leur disponibilité. Les instructions pour le GT STAT sont élaborées en interministériel (DGT/MEAE).

Encadre 7 L'exemple des indicateurs de la Stratégie pour l'action extérieure de la France sur les DSSR

Afin de nourrir une des pratiques de redevabilité des engagements de la France, nous avons par ailleurs eu l'opportunité d'étudier le cas de la revue à mi-parcours de (2018) de la Stratégie pour l'action extérieure de la France sur les enjeux de populations, de droits et santé sexuels et reproductifs 2016-2020 (P/DSSR) définie en 2016. **Cette revue, document interne mais publié sur le site du MEAE, constitue un exercice de redevabilité d'un genre nouveau.** Les indicateurs ont été définis via une démarche participative, conjointement avec trois grandes ONG françaises (Expertise France a été peu associée pour l'instant car elle est en remaniement institutionnel). La méthodologie développée propose deux niveaux de suivi et des indicateurs en cela intéressant car ils ne sont pas financiers :

- Des **indicateurs d'impact** présentés dans la stratégie, en lien avec ses objectifs. Exemples : i) Nombre d'engagements internationaux et régionaux qui reconnaissent les droits à la santé reproductive et l'éducation complète à la sexualité ; ii) Augmenter à l'horizon 2020 les taux de prévalence des méthodes modernes de contraception parmi les femmes en âge de procréer dans 8 pays prioritaires ; iii) Réduire d'ici 2020 la proportion de femmes mariées avant l'âge de 15 ans dans les 8 pays prioritaires.

Cependant ces indicateurs sont sans lien avec les actions françaises et les données sont peu fréquemment actualisées (données issues des recensements des pays surtout).

- **Des indicateurs de réalisations** : i) Actions de plaidoyer politique ; ii) Activités des ambassades/IF ; iii) Projets ONG ; iv) Projets AFD

⁷⁶ « Le système des marqueurs facilite le suivi et la coordination des activités dans le contexte des objectifs de la politique de l'aide du CAD et des éléments clefs des objectifs du développement. Les données sur les marqueurs sont de nature plus descriptive que quantitative. Le système a pour but d'identifier les activités orientées vers un objectif politique » (note CAD)

5.1.3 Différents acteurs impliqués pour le suivi de cette redevabilité Muskoka

Le suivi de la redevabilité Muskoka implique un nombre important d'acteurs.

Au sein du MEAE, le pôle DGM/DDD/DEV/APD, qui est en charge du suivi de l'APD française et internationale, assure le suivi des « indicateurs de performance » du programme budgétaire 209, dans le cadre de la redevabilité dite « budgétaire » auprès du Parlement. Il est également chargé de la consolidation des données relatives aux engagements internationaux pris en relation avec l'OCDE/CAD et les autres instances internationales (G7/G20 notamment). Dans le cadre de l'engagement Muskoka/SSRMNIA-N sur le canal multilatéral, le pôle « Politiques de santé mondiale » (DGM/DDD/HUMA) est en charge du suivi sectoriel et à ce titre le référent technique des opérateurs du canal bilatéral et multilatéral. Il assure donc le lien avec l'AFD et les autres opérateurs (Agences des Nations unies, GAVI, AKDN, FM). Il effectue le suivi de la mise en œuvre des projets par les opérateurs des FSP mais aussi le Fonds Mondial. Les opérateurs des projets FSP effectuent un reporting technique des projets à destination de HUMA. Pour HUMA, le reporting consiste à transmettre des éléments techniques, et non pas financiers.

Pour le canal bilatéral, c'est le pôle Tutelle des Agences de Développement DGM/DDD/DEV (pôle TAD) qui opère le pilotage stratégique de l'AFD⁷⁷ via la définition de différents documents de redevabilité du groupe (au premier rang desquels le Contrat d'Objectif et de Moyens, mais aussi la Convention cadre et le Cadre d'intervention stratégique). Il opère le suivi opérationnel, étant associé au processus d'instruction des projets et validation de ces derniers aux instances. Pour Muskoka, les données sont produites par l'AFD/SAN pour rendre compte⁷⁸ de ses activités à sa tutelle dans le cadre de bilans à mi-parcours ou finaux qui sont des documents internes au MEAE et à l'AFD (confidentiels). Les indicateurs restent avant tout d'ordre financier⁷⁹ (montant/part/hausse des financements sur un secteur, une géographie ou une modalité). Pour l'AFD, le reporting est globalement léger (un tableau de suivi annuel compilant les éléments des différents projets). La seule contrainte tient au fait qu'un traitement manuel doit être fait pour consolider les données produites par les outils de suivi AFD. Les évaluateurs regrettent le côté uniquement financier de ce reporting, le faible retour sur les données consolidées sur l'engagement français Muskoka et le morcellement du reporting entre les opérateurs Muskoka.

Le pôle DGM/DPO budget vérifie l'exécution des budgets des FSP du FFM, il assure le suivi des données budgétaires des actions soutenues par le MEAE (autorisations d'engagements, décaissements des fonds, etc.). Les opérateurs des projets effectuent un reporting financier global des projets à destination de ce pôle.

Encadre 8 L'exemple du processus de collecte des indicateurs de la Stratégie pour l'action extérieure de la

Dans le cadre spécifique de la revue à mi-parcours de (2018) de la Stratégie pour l'action extérieure de la France sur les enjeux de populations, de droits et santé sexuels et reproductifs 2016-2020 (P/DSSR), les indicateurs d'impact devaient être collectés via les postes, les RP à Genève et New York, l'AFD. HUMA devait agréger les résultats de toutes les enquêtes de démographie et santé à partir de la base de données *Statcompiler*. A ce jour, la collecte n'a pas été opérée car les données sont actualisées peu fréquemment, un travail de bilan est prévu pour 2020. Quant aux indicateurs de réalisation, les données sont collectées par DGM/DDD/HUMA, remontant des RP à Genève et New York, des postes et de l'AFD. Ils sont cependant peu renseignés (40 à 60% de retour des postes). **Néanmoins un dialogue intéressant s'est créé entre HUMA et les postes sur les enjeux P/DSSR, permettant une meilleure visibilité du MAE sur les actions entreprises par les postes et une plus grande connaissance de la stratégie P/DSSR par**

Dans le COM « les objectifs et indicateurs retenus (...) délimitent le cadre des priorités fixées par l'Etat à l'AFD, l'AFD s'engage à rendre compte à l'Etat de l'ensemble de son activité opérationnelle, à travers une grille d'indicateurs, ainsi que des moyens mis en œuvre et de sa contribution aux résultats de développement »

⁷⁹ bien qu'il y ait de rares indicateurs de réalisation dans le COM (nombre de réunions avec l'Observatoire de la politique du développement et de la solidarité internationale) ; au total il y a 25 indicateurs dans le COM, définis en partenariat avec le MEAE ; dans le COM 2017-2019, deux engagements concrets sont pris sur les indicateurs : la mise en cohérence, autour des ODD, d'un dispositif unique de mesure des résultats et de redevabilité ainsi qu'un chantier de revue de ses indicateurs projets afin de permettre une agrégation à l'échelle des grands secteurs et géographies d'intervention (capitalisation/redevabilité)

L'engagement français Muskoka avait fait l'objet d'une évaluation interne conduite en 2015 dans le cadre du programme d'évaluation annuel de la DGM. Cette évaluation faisait déjà état du morcellement du processus de suivi et de redevabilité de l'engagement français Muskoka et d'un manque de données de suivi de l'engagement. Elle a formulé une recommandation portant sur le renforcement du suivi-évaluation de l'engagement.

Les entretiens conduits dans le cadre de la présente étude ont mis en évidence que la lourdeur des exercices de redevabilité Muskoka persiste, notamment due :

- Aux **multiples services impliqués** au sein du MEAE (ainsi que décrits ci-dessus) et de multiples opérateurs ;
- Aux **difficultés de circulation de l'information** entre les différents acteurs internes (interservices, siège/postes, MEAE/AFD) impliqués dans la collecte des données et le suivi de la redevabilité
- Au **morcellement du reporting** selon les opérateurs et les outils.
- A l'importante **rotation du personnel** (rédacteurs notamment) ce qui limite la capitalisation des savoirs, et peut devenir couteux en temps en termes d'appropriation de la méthodologie.

S'il est difficile d'envisager une autre architecture de collecte de l'information, l'exemple de P/DSSR montre que la collecte des données et leur consolidation peut être l'occasion de l'ouverture d'un dialogue avec les différents acteurs impliqués dans la collecte.

5.1.4 Des périmètres bien définis mais des exercices sujets à erreurs et interprétations

La redevabilité de l'engagement Muskoka/SSRMNIA-N au G7 a des spécificités propres, qui ne se retrouvent pas forcément dans d'autres exercice de redevabilité. En effet l'exercice s'opère au G7 pour :

- une période de temps fixée (2011-2015),
- un engagement collectif chiffré (5 milliards de dollars supplémentaires alloués à la SSRMNIA-N),
- ventilé en engagements de chacun des Etats (500M€ pour la France).

Le suivi d'autres engagements du G7 est plus complexe. On peut citer l'exemple de l'engagement sur le renforcement des systèmes de santé dans les pays en développement qui est très qualitatif, sans cible ni période de mise en œuvre définis.

Malgré la volonté louable de la communauté internationale, accompagnée d'une équipe universitaire de définir une méthodologie harmonisée de calcul de la redevabilité Muskoka, plusieurs écueils sont à constater notamment :

- **la complexité globale de l'exercice** : l'analyse de la base de données OCDE/SNPC+ sur les projets français Muskoka fait apparaître des codes CAD différents selon les années pour un même projet (alors que les actions sont très similaires). Ces différences reflètent très certainement la difficulté de l'exercice. Ces erreurs désormais identifiées ont été corrigées lors de la déclaration définitive des données de l'APD 2018 du MEAE auprès de l'OCDE;
- **l'absence d'une situation de référence déclarée, notamment pour apprécier l'additionnalité des fonds** ; les indicateurs déclarés devaient être le montant de versements additionnels au secteur de la SSRMNIA-N néanmoins ils ont été pour tous les membres du G7 le montant des engagements.

- **l'interprétation faite de la base d'application des indicateurs.** La méthodologie prônée par le groupe de travail G7 devrait s'appliquer aux versements effectifs (décaissements). Or l'ensemble des Etats semblent déclarer les engagements (cf. sommet Ise Shima). Par ailleurs, dans le COM de l'AFD il est inscrit « *L'AFD participera à la réalisation des décisions annoncées lors des sommets de la FAO en 2008 du G8 de Muskoka en 2010: pour mettre en œuvre les engagements pris lors de ce dernier en matière de santé maternelle et Infantile (pour l'atteinte des OMD 4 et 5), l'AFD engagera 48 M€ de subvention par année dans les pays prioritaires jusqu'en 2013, montants inclus dans l'enveloppe d'autorisations d'engagements déléguée annuellement par le MAEE* ». Ainsi l'AFD/SAN s'est tenu à déclarer les engagements.
- **la déconnexion avec la réalité des dépenses effectives.** Tout d'abord on peut noter le décalage important entre engagements et versements d'opérateurs comme l'AFD (cf. supra) compte-tenu du cycle du projet, dont la méthodologie ne permet pas de rendre compte.
Par ailleurs, la méthodologie prévoit d'appliquer un taux unique par projet, alors que les projets comportent plusieurs composantes différentes. Une approche plus fine et plus fidèle à la réalité des projets – mais donc également plus fastidieuse - consisterait à appliquer les critères de pondération aux composantes des projets ; enfin la SSRMNIA-N veut être une démarche innovante, ciblée avant tout et de façon intégrée sur les bénéficiaires, alors que la méthodologie cible les secteurs et les activités. Des distorsions peuvent donc apparaître (cf. pondération du FSP GAVI présentée précédemment).

Des écueils apparaissent par ailleurs dans le cadre d'autres exercice de redevabilité ou de déclaration de l'aide :

- Dans le cadre de la redevabilité parlementaire, le périmètre de la redevabilité n'est pas constant d'une année à l'autre, ce qui rend difficile la comparabilité dans le temps des montants engagés annuellement.
- Concernant la déclaration de l'APD au CAD de l'OCDE, il s'agit de renseigner 54 colonnes d'informations codées pour chaque ligne-projet déclarée en APD auprès du CAD de l'OCDE. Ce procédé peut affecter la qualité de la collecte et la manière dont elle est renseignée. Pour le MEAE, les données d'APD sont collectées auprès de 24 services contributeurs. Afin d'obtenir l'information la plus précise au niveau des projets, cet exercice de déclaration est également effectué sur la base d'informations transmises par les ambassades (projets gérés au niveau local). Les déclarations d'APD sont basées sur deux logiciels comptables internes au Ministère (CHORUS pour les dépenses, PRISME pour les engagements), qui ne permettent pas de transmettre d'informations exhaustives sur les projets, et ne prennent pas en compte les marqueurs CAD à ce stade. Enfin, les données se présentent sous des formats hétérogènes, inhérents aux dispositifs internes de suivi des projets. Par ailleurs, il existe également une certaine hétérogénéité dans le niveau de compréhension des agents impliqués dans les exercices, leurs pratiques, le temps qu'ils sont en mesure de consacrer à cette transmission de données.
- Concernant précisément le renseignement du marqueur SGMNI, les entretiens conduits dans le cadre de la présente étude, révèlent qu'il est plus complexe que celui des autres marqueurs transversaux du CAD (5 niveaux de renseignement contre 3 pour les autres marqueurs). La France utilise moins le marqueur SGMNI que d'autres partenaires techniques et financiers⁸⁰, en raison notamment de la connaissance insuffisante des équipes des différents services et administrations contribuant à la déclaration d'APD, au-delà des services chefs de file. Enfin, un article paru dans The Lancet¹ met en lumière le fait que les efforts sur la SSRMNIA sont valorisés très différemment selon la méthodologie Muskoka (plus favorable) ou déclaration du CAD (plus restrictive).

⁸⁰ en 2017, pour la France, 11% de l'APD santé examinée SGMNI contre 68% examinée SSRMNIA en moyenne pour le G7 ; et 99/100% pour Canada, EU, US, 70% pour Japon, 57% pour Allemagne, 7% pour Italie et 0% pour UK

5.2 Sanctuarisation des moyens SSRMNIA sur la période couverte par le COM et un rapportage conformes au COM de l'AFD

L'engagement français Muskoka a été retranscrit dans le COM de l'AFD pour la période 2011-2013 en ces termes.

D'autres engagements internationaux de la France sont « répercutés » dans ce même COM, comme le sommet de la FAO de 2008, ce qui engage l'AFD en matière de soutien à l'agriculture dans les pays d'Afrique- subsaharienne (« *L'AFD engagera sous forme de prêt et de subventions 1 Md€ d'ici 2013, déduction faite des sommes déjà engagées entre 2008 et 2010* »).

Si des indicateurs sont définis dans le COM pour suivre les objectifs de l'AFD, il ne s'agit que d'indicateurs financiers (part de financement alloués aux PPP ou à tel secteur); il n'y a pas d'indicateurs spécifiques liés à l'engagement Muskoka. La « seule contrainte » est donc celle de l'engagement de projets à hauteur de 48M€ par an sur crédits délégués par le MEAE.

L'inscription dans le COM de cet engagement politique français a permis **une sanctuarisation des moyens dédiés à la SSRMNIA** sans introduire trop de contraintes. Le pôle santé a pu bénéficier de moyens conséquents (bien que les subventions effectivement allouées chaque année n'ont pas systématiquement atteint l'objectif fixé (cf. infra). Ces moyens nouveaux ont permis à l'AFD de mettre en œuvre le premier objectif de son Cadre d'Intervention Sectoriel Santé et Protection Sociale 2012-2014 (axe 1 : « amélioration de la santé maternelle et infantile et des politiques de population dans les pays prioritaires d'Afrique subsaharienne, pour réduire la mortalité des femmes, des nouveau-nés et des enfants et pour accélérer la transition démographique »). Par ailleurs la formulation du COM est assez souple pour permettre à l'AFD d'intervenir conformément à son CIS (défini avec le MEAE) et à ses modes d'intervention différenciés selon les pays (réponse aux demandes des autorités locales). Un engagement trop contraignant dans le COM sur des activités précises pourrait limiter la capacité d'action de l'AFD dans les pays, et donc sa capacité à décaisser les fonds.

Il est à noter que l'accroissement du portefeuille de projets SSRMNIA-N à suivre pour les Agences (et donc de la charge de travail pour les agents), a demandé des efforts importants. L'AFD a pris du retard dans l'engagement de projets et in fine n'a pas atteint les objectifs d'engagements de projets qui lui étaient fixés (voir chapitre 2).

Par ailleurs, en l'absence de financements supplémentaires pour l'AFD, cela a généré un effet de déplacement au global des financements alloués à la SSRMNIA-N au détriment des autres secteurs d'intervention de l'AFD (notamment agriculture, développement rural, eau et assainissement) (voir 4.1).

Le reportage au MEAE s'est fait selon les termes définis par le COM. Le pôle HUMA a bien reçu de l'AFD (Division Santé) de 2011 à 2015 la remontée d'informations sur les engagements relatifs à l'ensemble de l'AFD, c'est-à-dire pour les projets Santé. Néanmoins ces informations relevaient des engagements (conformément au COM) et non des décaissements (comme la méthodologie Muskoka le préconisait ; le choix d'inscrire les engagements est lié aux spécificités du fonctionnement de l'AFD et des décalages des décaissements dans le temps). Depuis 2015, ce reporting est arrêté.

5.3 Enseignements utiles pour renforcer la capacité du MEAE à rendre compte d'un engagement international

Pour le MEAE comme pour l'AFD, **les exercices de redevabilité sont complexes**. Malgré l'hétérogénéité des finalités des exercices de redevabilité, des processus de collecte et des indicateurs quelques enseignements utiles pour renforcer la capacité du MEAE à rendre compte d'un engagement international ont émergé :

- **L'existence d'une méthodologie de calcul partagée par tous** apparaît comme une bonne pratique, bien qu'elle comporte des limites. Le principe de la définition « scientifique » des

indicateurs Muskoka, de la définition « concertée » du CAD de l'OCDE, ainsi que la définition « participative » des indicateurs de la stratégie DSSR vont dans le même sens.

- **Cette méthodologie doit s'appuyer sur des indicateurs pertinents et disponibles.** Dans le cas de l'AFD, ces indicateurs doivent rendre compte de la spécificité du fonctionnement de l'Agence (cf. engagements versus décaissements). A noter, l'AFD est chaque année redevable de plus en plus d'indicateurs (55 à ce jour, redevabilité COM, CICID, CAD, thématique genre, SMNI, nutrition, She Decides, etc.)
- **La connaissance de la manière dont les autres bailleurs effectuent leur redevabilité internationale sur la SSRMNIA-N est faible,** et ne permet donc pas de s'en nourrir afin de mieux se positionner sur cette question.
- **La coordination entre les ministères pour harmoniser les maquettes de leurs indicateurs et la formalisation de procédures** posant les définitions et les processus de remplissage des indicateurs apparaît comme des étapes supplémentaires vers une amélioration du processus de suivi.
- Dans un contexte de morcellement du processus de suivi, **le partage de l'information est clef.** Concernant par exemple la déclaration de l'APD française auprès de l'OCDE, le processus de déclaration de l'APD pour l'année 2018 est très encourageant à ce titre, suite notamment à une **réunion de sensibilisation** qui a significativement amélioré la qualité des données reçues et la communication entre les services.

6 Recommandations

Le contexte international, caractérisé par une montée des extrémismes et positions conservatrices, complexifie les interventions sur certains sujets comme la SSR, l'éducation complète à la sexualité ou encore la planification familiale, notamment dans certains pays Muskoka. Globalement, alors que dans la plupart des pays Muskoka les Ministres de la santé peinent à porter les sujets SSRMNIA au sein des gouvernements et que les financements nationaux dédiés restent faibles, les financements de l'aide au développement sur ces sujets sont eux aussi limités et insuffisants pour atteindre les ODD 2, 3 et 5 de manière durable. Les financements français ne dérogent pas à ce constat.

L'implication de différents types d'acteurs issus de la société civile et des Agences des Nations Unies permet des approches complémentaires sur ces sujets sensibles⁸¹. Le FFM est un dispositif de concertation adéquat à la mise en œuvre et au suivi d'actions transversales à plusieurs Agences des NU. Les Agences des NU souhaitent une pérennité des fonds et du mécanisme.

Les investigations conduites dans le cadre de la présente étude appellent la France à accroître son portage politique de la thématique SSRMNIA dans un but de plaidoyer international sur la question, au moment opportun de la Présidence française du G7.

Au regard des réponses aux questions évaluatives formulées ci-dessus et des enseignements identifiés, les évaluateurs proposent de formuler les recommandations suivantes.

6.1 Recommandations stratégiques

Recommandation 1:	Renforcer le portage politique de la SSRMNIA
Constats	- Le portage politique de la thématique SSRMNIA dans les pays et au plan international, la visibilité des actions de la France au titre du FFM dans les pays ne sont pas à la hauteur des moyens investis. - Les ressources financières mobilisées par la France restent insuffisantes compte tenu de l'ampleur des défis à relever et de la volonté française de couvrir de nombreux domaines de la SSRMNIA-N. - Le rôle du FFM (« catalytique ») n'est pas compris par tous les pays, et les Agences des NU comme les Ministères de la Santé n'ont pas la même lecture du rôle du FFM. - Un nouveau volet de la réforme One UN a été annoncé fin 2018. Ce nouveau volet qui propose une réorganisation des ressources humaines et financières pour la coordination des Agences, devrait conduire à une meilleure coordination politique et programmatique, notamment dans le cadre de l'UNDAF. - L'existence de plateformes de coordination des PTF dans les pays d'intervention et du leadership des Ministères de la Santé sur la question de la SSRMNIA pose aujourd'hui la question de la valeur ajoutée du FFM dans la coordination des Agences entre elles.
Acteur de la mise en œuvre	MEAE/HUMA
Modalités de mise en œuvre	Créer un poste dédié au plaidoyer international qui travaillerait en concertation avec l'équipe France et les chercheurs français sur la santé mondiale, la SSRMNIA-N et les DSSR. Ce plaidoyer doit être porté au niveau régional et au niveau pays. Il doit être aussi porté au sein du MEAE, de l'AFD, auprès des ministères sectoriels (éducation, santé, égalité femmes-hommes) mais également auprès de parlementaires pour que les différentes occasions soient saisies de mieux faire connaître le FFM et les actions de la France dans ce domaine en général assez mal connu. Des éléments de langage pourraient être préparés par le FFM à destination de la Secrétaire d'état en charge de l'égalité entre les Femmes et les hommes et la lutte contre les discriminations, mais aussi le Ministère de la Santé et la Présidence. Le

⁸¹ Par exemple, UNFPA dans le cadre de Muskoka travaille avec l'ONG Equilibre et populations à la fois pour produire de la connaissance sur ces sujets et ainsi limiter les fausses croyances mais également à travers des approches innovantes et communautaires pour travailler sur les croyances, attitudes, comportements relatifs à ces thématiques.

	plaidoyer aurait d'autant plus de poids s'il incluait non seulement les interventions du FFM mais aussi de l'AFD. La France pourrait inscrire ses interventions dans une vision globale qui intègre la société civile dans le plaidoyer auprès des autorités nationales sur l'importance des questions liées à la SSRMNIA-N. En écho, le MEAE envisage déjà intégrer la société civile au niveau du comité de pilotage Muskoka (accord de principe du dernier COPIL de juin 2019). • Revoir la logique d'intervention du FFM en approfondissant le travail de priorisation des objectifs et des interventions et d'y valoriser le rôle catalytique du FFM (cf Evaluation en cours sur la gouvernance du FFM) en relation avec l'enveloppe budgétaire contrainte. Notamment, prendre en compte les défis les plus importants selon les pays et les niveaux sub nationaux et le contexte de baisse sensible des financements sur la SSRMNIA. La concentration sub-nationale doit être pensée stratégiquement de manière à impacter les indicateurs de santé de la mère et de l'enfant.
Acteurs à associer	• MEAE/NUOI, AFD et les 4 Agences des NU

Recommandation 2:	• Renforcer la visibilité de l'engagement de la France en faveur de la SSRMNIA-N au niveau international, régional et national
Constats	• La visibilité de la France parmi les bailleurs en matière de santé et de SRMNIA-N est plutôt globalement en recul auprès des autorités nationales dans les pays d'intervention. • Cette visibilité est portée avant tout par le rayonnement des financements via l'AFD, bien que l'AFD communique peu à ce sujet. Les interventions du FFM restent peu lisibles car, en dehors des cercles avisés, les acteurs connaissent les interventions des 4 Agences des NU sans savoir lesquelles sont financées par la France. • Les autres bailleurs et PTFs ont peu de visibilité sur les interventions et les succès des engagements Muskoka (FFM et AFD). Il est difficile d'attirer des financements complémentaires si les réalisations et engagements de la France sont méconnus des potentiels financeurs. • La France n'a pas de plan de communication pour ses actions en faveur de la SSRMNIA-N. • Les succès du FFM ne sont pas suffisamment capitalisés et diffusés. Les conseillers régionaux santé manquent parfois de temps pour s'engager dans cet exercice ; c'est aussi le cas des agents du MEAE et de l'AFD.
Acteur de la mise en oeuvre	• MEAE
Modalités de mise en oeuvre	• Renforcer la communication sur les succès du FFM auprès d'autres PTFs afin de recruter des bailleurs additionnels au FFM (cf. Danemark). La définition d'un plan de communication partagé (FFM, AFD, MEAE, Ambassades) valorisant l'engagement de la France en faveur de la SSRMNIA-N au niveau international, régional et national est une priorité. • Systématiquement inviter les attachés de coopération de l'Ambassade et l'AFD aux réunions de programmation du FFM dans l'ensemble des pays de mise en œuvre du Fonds afin qu'ils soient mieux informés des interventions en cours. • Organiser des événements de visibilité communs avec l'Ambassade mobilisant l'Ambassadeur et portant sur l'ensemble des actions de la France dans le pays en associant l'AFD et les 4 Agences des NU. Prévoir 1-2 événements annuels au niveau national et 1 événement annuel de portée régionale • Intégrer l'organisation de ses événements de visibilité dans les plans de communication de l'Ambassade et des Agences en début d'année
Acteurs à associer	• Ambassades, AFD et les 4 Agences des NU

6.2 Recommandations opérationnelles

Recommandation 3:	• Reprendre le financement de la recherche opérationnelle et accompagner l'intégration de ses résultats dans le cycle de programmation
Constats	• La France a cessé de financer les travaux de recherche opérationnelle (RO) via le FFM. • L'évaluation a montré une utilisation sous optimale des financements liés à la RO : – Les thématiques de recherche financées sur Muskoka ne sont pas toutes en ligne avec les objectifs du FFM – Les chercheurs n'effectuent pas systématiquement la mise à l'échelle des résultats de la recherche qui aiderait à la décision – Le FFM n'est pas cité dans les articles financés • La RO est pourtant un outil important qui permet : – d'améliorer la performance des programmes et des interventions mises en œuvre en apportant des preuves scientifiques sur leur pertinence et leur efficacité ; – d'identifier et de résoudre en temps voulu les problèmes liés aux programmes ; – d'appuyer la conception de nouveaux programmes et d'évaluer la faisabilité de nouvelles stratégies ou approches en apportant des preuves scientifiques permettant de plaider en faveur de ces nouvelles approches (par exemple sur l'acceptabilité culturelle d'une intervention); – aider les décideurs et les gestionnaires de programmes à prendre des décisions programmatiques fondées sur des données probantes.
Acteur de la mise en oeuvre	• MEAE
Modalités de mise en oeuvre	• Ouvrir un poste pour le suivi de la RO (voir recommandation 4, la personne en charge du suivi-évaluation pourrait être aussi chargée du suivi de la RO) et ouvrir des nouvelles lignes de financements sur la RO. • Renforcer le processus de sélection des projets de RO pour ne financer que des projets susceptibles de renforcer les interventions de la France en faveur de la SSRMINIA-N. L'utilité de la RO pour les programmes et les interventions du FFM doit être démontrée en amont du financement. • S'assurer que les travaux de RO financés prévoient une mise à l'échelle des résultats en lien avec les programmes du FFM par exemple en répondant à des questions précises définies en amont de la recherche (dans les termes de référence). Cela facilitera l'utilisation des résultats et la prise de décision. • Rendre compte dans le cadre du suivi-évaluation des programmes/ projets du FFM de l'utilisation des résultats de la RO • Prévoir pendant la mise en œuvre du projet et à la fin du projet de recherche une dissémination des résultats (intermédiaires et finaux) de la recherche aux acteurs susceptibles d'utiliser les résultats (4 Agences des NU, AFD, autorités nationales partenaires) sous forme de Webinar, synthèse des messages clés, et/ou atelier de capitalisation
Acteurs à associer	• FFM, INSERM

6.3 Recommandations sur le suivi-évaluation

Recommandation 4:	• Renforcer la fonction de suivi évaluation des interventions de la France en faveur de la SSRMNIA-N au titre du FFM pour appuyer une prise de décision fondée sur des données
Constats	• Les investigations ont montré la nécessité de renforcer la qualité et l'utilisation des données de suivi-évaluation collectées dans le cadre des interventions du FFM. • La fertilisation croisée entre les différents projets/travaux se fait peu. Le travail sur l'identification des bonnes pratiques du FFM doit être amélioré. • Les Postes ont peu de visibilité sur les interventions de la France en faveur de la SSRMNIA-N qui ont eu des résultats et impacts intéressants et qu'il faut valoriser dans la communication
Acteur de mise en oeuvre	• Agences Régionales
Modalités de mise en oeuvre	• Créer un poste de suivi-évaluation et capitalisation et mieux anticiper le passage à l'échelle du FFM • Baser le poste de suivi évaluation et capitalisation au niveau du Secrétariat régional • Choisir un profil expérimenté en capacité de : – définir un cadre d'évaluation des actions de la France en faveur de la SSRMINIA-N; – réviser les outils de suivi-évaluation existants dans le but de standardiser et d'optimiser les données collectées ; – produire des indicateurs au niveau national et régional permettant un suivi des résultats et impacts des interventions de la France ; – identifier dans le portefeuille des interventions financées par la France les « initiatives phares » à valoriser ; – accompagner la meilleure utilisation des travaux de recherche opérationnelle financés par la France (cf. Recommandation 5 ci-après). • Favoriser l'utilisation des données de suivi-évaluation en introduisant une présentation des chiffres clés et de quelques « initiatives phares » à valoriser lors du COPIL afin de permettre une prise de décision éclairée, voire un passage à l'échelle des interventions qui fonctionnent bien. • Partager les « initiatives phares » à valoriser avec les parties prenantes du plan de communication.
Acteurs associés	• En concertation avec le MEAE , l'AFD, et le FF

Recommandation 5:	• Revoir le niveau de reporting ainsi que les indicateurs demandés aux Agences
Constats	• Le reporting demandé aux Agences n'est pas optimal et ne permet pas une triangulation aisée des données. Par ailleurs, les rapports revus par les évaluateurs montrent que par exemple le tableau des réalisations en section III contient des données qualitatives et quantitatives qui ne permettent pas systématiquement de mesurer, de manière efficace et efficiente, la performance des activités. • Dans les rapports Pays du Tchad et du Bénin pour l'année 5 on observe que dans les bonnes pratiques figure une description des activités réalisées sans analyse des méthodes et outils de travail utilisés ou texte expliquant pourquoi ces activités ont été/pourrait être un succès. Il convient donc de s'assurer que toutes les Agences prennent en compte la même définition de « bonne pratique » .
Acteur de mise en oeuvre	• MEAE
Modalités de mise en oeuvre	• Définir un nombre limité d'indicateurs clés de performance (résultats) en choisissant très clairement les informations qu'il faut connaître et suivre. Le mode de calcul, les sources d'information, la méthode et la fréquence de recueil des données de chaque indicateur doivent être prédéfinis en amont. Cela permettra de s'assurer que les indicateurs retenus sont mesurables et réalistes compte tenu des ressources disponibles pour le suivi-évaluation des interventions. Les évaluateurs considèrent que le recrutement d'un chargé de suivi-évaluation sénior aiderait à définir un cadre commun d'évaluation et des outils de reporting standardisés et efficaces. • Alléger le reporting actuel de manière à limiter le texte à saisir aux données qu'il faut connaître. Le tableau des réalisations en section III des rapports de suivi-évaluation par exemple doit présenter des indicateurs de performance avec les valeurs cibles à

	atteindre prédéfinies et les valeurs effectivement atteintes. Les valeurs atteintes sont-elles conformes aux objectifs ? Le nombre de personnes formées est-il précisé ? Le chiffre atteint est-il suffisant ? Les indicateurs permettent-ils de rendre compte de la prise en compte du genre de manière systématique ? De la même manière la section V portant sur les « Bonnes pratiques, Leçons apprises, Défis, Contraintes et Opportunités » doit définir plus clairement les informations à reporter.
Acteurs à associer	En concertation avec les 4 Agences des NU et les partenaires du FFM, mais aussi la société civile

6.4 Recommandations sur la redevabilité

Recommandation 6:	Assurer que chacun des exercices de redevabilité est mis en œuvre selon les bonnes pratiques identifiées
Constats	- La complexité des exercices de redevabilité, du fait de l'implication de nombreux acteurs, des différences de compréhension des exercices (indicateurs, méthodologie de calcul), de la difficile circulation des informations entre services peut conduire à des différences de compréhension et de codage. - Le dialogue entre services sur les indicateurs n'est pas systématique, car l'exercice de collecte est fastidieux et ne laisse pas le temps aux échanges qualitatifs
Acteur de la mise en oeuvre	MEAE
Modalités de la mise en oeuvre	Formaliser la méthodologie de calcul, les procédures de collectes et la partager dans les services techniques en interne et inter-services (sectoriels inclus) Favoriser le dialogue interinstitutions et interservices sur les exercices de redevabilité. Pour ce faire, la mise en place d'un nouvel exercice de redevabilité doit s'ouvrir sur la sensibilisation interne de l'ensemble des décideurs (politiques) à la question et aux objectifs de la redevabilité. Faire un retour aux services sur la conduite et les résultats des exercices de redevabilité
Avec qui?	MEAE (interservices), AFD, DG Trésor

Annexe A Entretiens

Nom	Prénom	Institution/organisme	Fonction	Conduite de l'entretien
PIERRE	Cyrille	MEAE/DGM/DDD	Directeur du Développement durable (DDD)	Effectué le 27/11/2018
SHOJAEI	Taraneh	MEAE/ DGM/DDD/HUMA	Cheffe du pôle Politique de santé mondiale (HUMA)	Effectué le 22/11/2018
GRIMALDI	Cécile	MEAE/ DGM/DDD/HUMA	Rédactrice Politique de santé mondiale (HUMA)	
PACTET	Jean-François	MEAE/ DGM/DDD/HUMA	Sous-directeur du Développement humain (HUMA)	
COULIBALY	Assetou	MEAE/DGM/DDD/DEV/APD	Rédactrice au pôle aide publique au développement (APD)	Effectué le 21/11/2018
CAIRET	Gérard	MEAE/NUOI/EB	Sous-direction des affaires économiques et budgétaires, Rédacteur Santé, Agriculture et sécurité alimentaire (NUOI EB)	Effectués le 27/11/2018
CHAPON	Etienne	MEAE/NUOI/EB	Adjoint à la Sous-directrice des affaires économiques et budgétaires (NUOI EB)	
WALFARD	Philippe	AFD/ SAN	Responsable adjoint de la Division Santé et Protection sociale	Effectué le 30/11/2018
PAQUET	Christophe	AFD/SAN	Responsable de la Division Santé et Protection sociale	Effectué le 29/11/2018
MARCHETTI	Franck	MEAE/DGP/DAOI/AFOC	Sous-directeur pour l'Afrique de l'Ouest et d'Océan Indien	Effectué le 29/11/2018

SERBIN	Terence	MEAE/DGP/DAOI/AFOC	-	Effectué le 29/11/2018
MORTELETTE	Marie-Anne	Mission permanente française auprès des NU à Genève – Conseiller en Santé (suivi OMS, et autres Agences)	Conseillère politique - santé	5/02
BUCAGU	Maurice	Département pour la santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent, Genève	Directeur	5/02
CAMPBELL	James	Département pour la santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent, Genève	Point focal Muskoka	5/02
CODJIA	Laurence	Département pour les ressources humaines en santé, Genève	Directeur	5/02
RERART	Christophe	Département pour les ressources humaines en santé, Genève	Point focal Muskoka	5/02
BRANCA	Francesco	Département pour les médicaments et produits essentiels de santé, Genève	Directeur	5/02
AINALI	Aikaterini	Département pour les médicaments et produits essentiels de santé, Genève	Point focal Muskoka	5/02
VERWILST	Eva	Direction régionale pour l'Afrique/ casquette interAgences	Coordinatrice FFM	30/01
ZEGGAR	Hayet	Mission de la France auprès des NU et l'UNICEF	Conseillère affaires sociales	30/01

SOULIÉ	Marie	Direction régionale pour l'Afrique	Point focal Muskoka	29/01
CHEVILLARD	Ophélie	MEAE/ DGM/DDD/DEV/ TAD	Rédactrice au pôle des opérateurs (TAD)	
ZANFINI	Linda	SPC	Direction des partenariats qui s'occupe de la redevabilité institutionnelle	
CONSTANT-PERRIER	Delphine	SPC	Direction des partenariats qui s'occupe de la redevabilité institutionnelle	
LAMBERT	Aurore	AFD SAN	Chef de projet Sénégal	05/02
BOURDENET	Sylvie	AFD SAN	Chef de projet Niger	05/02
GIRON	Claire	AFD SAN	Chargé des projets sélectionnés pour l'étude approfondies	05/02
ISAMBERT	Anne	AFD SAN	Chargé des projets sélectionnés pour l'étude approfondies	04/02
KEMPF	Pierre	AFD SAN	Chargé des projets sélectionnés pour l'étude approfondies	06/02
ZURN	Pascal	Département des Focus Pays (CCO)	Économiste de la santé	05/02

Annexe B Guides d'entretiens

Les guides présentés ci-dessous sont, au sens littéral du terme, des guides à l'usage des consultants pour conduire les entretiens. En d'autres termes, nous adaptons le questionnement posé à chaque organisation rencontrée, et aux responsabilités de chacune des personnes interrogées au sein de l'organisation, et dans le cadre des engagements français Muskoka. Les mêmes questions ne sont pas systématiquement posées avec tous nos interlocuteurs.

B.1 MEAE (siège/terrain)

- Présentation des objectifs de l'évaluation
- Présentation de l'interlocuteur, de ses fonctions et du rôle de sa structure dans l'engagement Muskoka

Questions relatives au volet 1

- Sur l'organisation du travail entre Agences des Nations Unies
 - Quels étaient les processus d'organisation du travail entre Agences avant la mise en place du FFM ?
 - La réforme ONE UN avait-elle déjà conduit à des changements dans l'organisation du travail entre Agences ? Lesquels ?
 - Quelle a été l'organisation mise en place par le FFM ? (Définition du rôle des Agences, cadre commun de mise en œuvre, planification et suivi-évaluation, méthodologie commune de travail (désignation d'un leader, mise en place d'un mécanisme de coordination, tenue de réunions régulières, comité technique), autre...)
 - Quels sont les effets de cette nouvelle organisation (sur le budget, sur la relation aux autorités nationales, au niveau des projets)
 - Quelle a été la démarche/le processus afin de définir cette organisation ? (Ex : concertation). A-t-elle été pensée dans le cadre de la réforme ONE UN ?
 - Cette organisation perdure-t-elle pour d'autres programmes hors FFM ? Observe-t-on des effets retours / des bénéfices pour les Agences concernées en dehors du FFM ?
 - Au-delà de ces changements mentionnés ci-dessus, d'autres changements sont-ils observés ?
- Sur la contribution à la réforme ONE UN
 - En quoi les résultats de la mise en œuvre du FFM contribuent-ils à la mise en œuvre de la réforme ONE UN ?
 - Quelles sont les conditions (Ex : financement), effets leviers ou obstacles ?
- Sur la répliquabilité du dispositif mis en place pour le FFM
 - Quels sont les enseignements/bonnes pratiques du fonctionnement du FFM ? quels sont les effets leviers ?
 - Quelles sont les limites des bonnes pratiques, les axes de progrès, conditions de consolidation, d'essaimage et de pérennisation des progrès générés par le FFM ?
 - Quelles seraient d'autres bonnes pratiques que vous auriez identifiées en termes de travail en commun entre Agences des Nations Unies ? (Donner un exemple : UNAIDS dans le domaine du SIDA)
 - Quels sont les éléments répliquables à d'autres contributions volontaires ?
 - Avez-vous des exemples de contributions volontaires qui pourraient bénéficier de la mise en place d'un fonctionnement similaire à celui du FFM ?

Questions relatives au volet 2

- Sur le positionnement stratégique des engagements français pour la santé sexuelle, reproductive, maternelle, néonatale, infantile, de l'enfant et de l'adolescent
 - Quel est le positionnement stratégique du MEAE sur la santé sexuelle, reproductive, maternelle, néonatale, infantile, de l'enfant et de l'adolescent ?
 - Comment s'est opéré le choix des priorités thématiques et géographiques (pays pauvres prioritaires, phares, interventions à haut impact) ?
 - Comment s'est opérée la prise en compte des nouveaux ODD (processus de transition des OMD vers les ODD) ?
 - Comment la France communique-t-elle sur sa doctrine (cibles, canaux, moyens) ?
- Sur les ressources financières mobilisées en faveur de la SSRMNIA-N
 - Les soutiens français en faveur de la SSRMNIA-N sur la période 201-2015 ont-ils été suffisants au regard des objectifs visés ?
 - Quelles ont été les difficultés rencontrées dans la mobilisation des ressources en faveur de l'engagement Muskoka ?
 - Quels sont les enjeux posés par la fin de l'engagement Muskoka pour la sécurisation des soutiens français à la SSRMNIA-N ?
- Sur les synergies internes et externes
 - Quels progrès avez-vous observé en matière de dialogue et de cohérence entre le FFM, le canal bilatéral et d'autre financement français dont l'initiative I3S ?
 - Quels progrès avez-vous observé en matière de dialogue et de cohérence avec les autres bailleurs et la France ?
- Sur les conditions d'efficacité et de durabilité des activités mises en œuvre via le FFM
 - Quelle perception avez-vous de l'efficacité et de la durabilité des résultats interventions du FFM ?
 - Avez-vous des exemples de pratiques remarquables contribuant à l'efficacité et à la durabilité des résultats des interventions du FFM ? (prise en compte des éléments de durabilité, prise en compte des questions de qualité de soins, prise en compte de l'évolution démographique et épidémiologique)
- Sur les processus d'instruction, de gestion et de suivi des projets et financements du canal bilatéral
 - Le MEAE est-il impliqué dans le processus d'instruction des projets de l'AFD ? Comment ?
 - Quelle est la perception du Ministère sur la qualité du processus d'instruction des projets de l'AFD ? Ce processus a-t-il évolué depuis 2014 ?
 - Les informations transmises au MEAE sur l'instruction, la gestion et le suivi des projets financés par l'AFD sont-elles satisfaisantes ?
 - Quelle perception avez-vous de l'efficacité et de la durabilité des résultats des projets du canal bilatéral ?
 - Avez-vous des exemples de pratiques remarquables contribuant à l'efficacité et à la durabilité des résultats des projets de l'AFD ?
- Sur la visibilité de l'engagement de la France en faveur de la SSRMNIA-N
 - Quelles mesures ont été prises pour renforcer la visibilité de la France en matière de santé et de SSRMNIA-N ?

Questions relatives au volet 3

- Sur le processus de redevabilité des engagements français Muskoka
 - Comment sont identifiés et fléchés les engagements financiers Muskoka par le MEAE ? Comment est collectée l'information ? Par qui ? Sur quelles sources ?
 - Comment est assurée la consolidation de l'information sur la santé et les autres secteurs (eau/sanitation par exemple) ?
 - Comment est assurée la transmission de l'information avec le MEAE (quelles demandes, quels canaux, quelle fréquence, etc.) ?
 - Quelle information a été transmise à ce sujet au MEAE ?
 - Quelles sont les conséquences observées sur le terrain ?
 - Quel a été le niveau de reporting ? A-t-il été satisfaisant du point de vue du MEAE ?
 - Quels enseignements peut-on tirer de cette pratique (bonnes pratiques à reconduire ou erreurs à éviter) ?
- Sur les engagements financiers français à Muskoka
 - Pour les projets que vous connaissez, comment expliquer les écarts éventuels entre montants programmés et montants versés ?
 - Quelles ont été les difficultés rencontrées dans la mise en œuvre de ces projets expliquant ces éventuels écarts ?

B.2 AFD (siège/terrain)

- Présentation des objectifs de l'évaluation
- Présentation de l'interlocuteur, de ses fonctions et du rôle de sa structure dans l'engagement Muskoka

Questions relatives au volet 1

- Au travers les quelques projets que vous mettez en œuvre via les Agences des Nations Unies, avez-vous perçu des changements dans l'organisation du travail entre Agences des Nations Unies après la mise en place de l'initiative Muskoka ?
- Si oui, quels sont les effets de cette nouvelle organisation (sur le budget, sur la relation aux autorités nationales, au niveau des projets) ?
- Quelles seraient d'autres bonnes pratiques que vous auriez identifiées en termes de travail en commun entre Agences des Nations Unies ? (Donner un exemple : UNAIDS dans le domaine du SIDA)

Questions relatives au volet 2

- Sur le positionnement stratégique des engagements français pour la santé sexuelle, reproductive, maternelle, néonatale, infantile, de l'enfant et de l'adolescent
 - Quel est le positionnement stratégique de l'AFD sur la santé sexuelle, reproductive, maternelle, néonatale, infantile, de l'enfant et de l'adolescent ?
 - Comment ce positionnement a-t-il évolué depuis la fin de l'engagement Muskoka en 2015 ?
 - Comment s'est opéré le choix des priorités thématiques et géographiques (8 pays prioritaire du FFM, thématiques prioritaires du FFM) ?
 - Comment s'est opérée la prise en compte des nouveaux ODD (processus de transition des OMD vers les ODD) ?

- Sur les ressources financières mobilisées en faveur de la SSRMNIA-N
 - Les soutiens français en faveur de la SSRMNIA-N sur la période 2010-2015 ont-ils été suffisants au regard des objectifs visés ?
 - Quelles ont été les difficultés rencontrées dans la mobilisation des ressources en faveur de l'engagement Muskoka ?
 - Quels sont les enjeux posés par la fin de l'engagement Muskoka pour la sécurisation des soutiens français à la SSRMNIA-N ?
- Sur les synergies internes et externes
 - Quels progrès avez-vous observé en matière de dialogue et de cohérence entre le FFM, le canal bilatéral et d'autre financement français dont l'initiative I3S ?
 - Quels progrès avez-vous observé en matière de dialogue et de cohérence avec les autres bailleurs et la France ?
 - Avez-vous des exemples d'initiatives exemplaires ?
 - Quels sont les freins au dialogue entre acteurs sur le terrain ?
 - Dans quelle mesure les autorités nationales sont-elles en capacité de favoriser ce dialogue sur le terrain ?
- Sur les conditions d'efficacité et de durabilité des activités mises en œuvre via le FFM
 - Au travers les quelques projets que vous mettez en œuvre via les Agences des Nations Unies, quelle perception avez-vous de l'efficacité et de la durabilité des résultats interventions du FFM ?
 - Avez-vous des exemples de pratiques remarquables contribuant à l'efficacité et à la durabilité des résultats des interventions du FFM ? (prise en compte des éléments de durabilité, prise en compte des questions de qualité de soins, prise en compte de l'évolution démographique et épidémiologique)
- Sur les processus d'instruction, de gestion et de suivi des projets et financements du canal bilatéral (R3)
 - Quelles sont les forces et les faiblesses du processus d'instruction des projets de l'AFD ? Quels acteurs participent à l'évaluation des projets soumis ?
 - Le processus d'instruction des projets de l'AFD en faveur de la SSRMNIA-N a-t-il évolué depuis 2014 ?
 - Dans quelle mesure ce processus permet-il d'anticiper les facteurs spécifiques aux pays d'interventions pouvant impacter l'efficacité et la durabilité des projets ?
 - Quelles sont les pratiques mises en place par l'AFD pour intégrer, dans l'exécution et le suivi des projets, les facteurs de risques propres aux pays d'intervention (pouvant impacter la pérennité des résultats) ?
 - Quelles sont les difficultés rencontrées dans l'anticipation, et la prise en compte des composantes spécifiques à la durabilité des projets ?
 - Avez-vous des exemples de pratiques remarquables contribuant à l'efficacité et à la durabilité des résultats des projets de l'AFD ?
- Sur les résultats des travaux de la recherche opérationnelle
 - Avez-vous connaissance des travaux de recherche opérationnelle du FFM ?
 - Comment utilisez-vous les résultats de ces travaux dans votre travail de programmation ?
- Sur la visibilité de l'engagement de la France en faveur de la SSRMNIA-N
 - Quelles actions de communication ont été mises en œuvre par l'AFD afin de garantir une meilleure visibilité de la France ?
 - Quels ont été les cibles et les moyens de communication ?

Questions relatives au volet 3

- Sur le processus de redevabilité des engagements français Muskoka
 - Comment sont identifiés et fléchés les engagements financiers Muskoka au sein de l'AFD ? Comment est collectée l'information ? Par qui ? Sur quelles sources ?
 - Comment est assurée la consolidation de l'information sur la santé et les autres secteurs (eau/assainissement par exemple) ?
 - Comment est assurée la transmission de l'information entre l'AFD et le MEAE (quelles demandes, quels canaux, quelle fréquence, etc.) ?
 - Quelle information a été transmise à ce sujet au MEAE ?
 - Quelles sont les conséquences observées sur le terrain ?
 - Quel a été le niveau de reporting ? A-t-il été satisfaisant du point de vue du MEAE ?
 - Quels enseignements peut-on tirer de cette pratique (bonnes pratiques à reconduire ou erreurs à éviter) ?
- Sur les engagements financiers français à Muskoka
 - Pour les projets que vous connaissez, comment expliquer les écarts éventuels entre montants programmés et montants versés ?
 - Quelles ont été les difficultés rencontrées dans la mise en œuvre de ces projets expliquant ces éventuels écarts ?

B.3 Agences des Nations Unies (siège/terrain)

- Présentation des objectifs de l'évaluation
- Présentation de l'interlocuteur, de ses fonctions et du rôle de sa structure dans l'engagement Muskoka

Questions d'entretien relatives au volet 1

- Sur l'organisation du travail entre Agences des Nations Unies
 - Quels étaient les processus d'organisation du travail entre Agences avant la mise en place du FFM ?
 - La réforme ONE UN avait-elle déjà conduit à des changements dans l'organisation du travail entre Agences ? Lesquels ?
 - Quelle a été l'organisation mise en place par le FFM ? (Définition du rôle des Agences, cadre commun de mise en œuvre, planification et suivi-évaluation, méthodologie commune de travail (désignation d'un leader, mise en place d'un mécanisme de coordination, tenue de réunions régulières, comité technique), autre...)
 - Quels sont les effets de cette nouvelle organisation (sur le budget, sur la relation aux autorités nationales, au niveau des projets)
 - Quelle a été la démarche/le processus afin de définir cette organisation ? (Ex : concertation). A-t-elle été pensée dans le cadre de la réforme ONE UN ?
 - Cette organisation perdure-t-elle pour d'autres programmes hors FFM ? Observe-t-on des effets retours / des bénéfices pour les Agences concernées en dehors du FFM ?
 - Au-delà de ces changements mentionnés ci-dessus, d'autres changements sont-ils observés ?
- Sur la contribution à la réforme ONE UN

- En quoi les résultats de la mise en œuvre du FFM contribuent-ils à la mise en œuvre de la réforme ONE UN ?
- Quelles sont les conditions (Ex : financement), effets leviers ou obstacles ?
- Sur la répliquabilité du dispositif mis en place pour le FFM
 - Quels sont les enseignements/bonnes pratiques du fonctionnement du FFM ? Quels sont les effets levier ?
 - Quelles sont les limites des bonnes pratiques, les axes de progrès, conditions de consolidation, d'essaimage et de pérennisation des progrès générés par le FFM ?
 - Quelles seraient d'autres bonnes pratiques que vous auriez identifiées en termes de travail en commun entre Agences des Nations Unies ? (Donner un exemple : UNAIDS dans le domaine du SIDA)
 - Quels sont les éléments transposables à d'autres contributions volontaires de la France ou d'autres pays ?
 - Avez-vous des exemples de contributions volontaires qui pourraient bénéficier de la mise en place d'un fonctionnement similaire à celui du FFM ?

Questions relatives au volet 2

- Sur les synergies internes et externes
 - Quels progrès avez-vous observé en matière de dialogue et de cohérence entre le FFM, le canal bilatéral et d'autre financement français dont l'initiative I3S ?
 - Quels progrès avez-vous observé en matière de dialogue et de cohérence avec les autres bailleurs et la France ?
 - Avez-vous des exemples d'initiatives exemplaires ?
 - Quels sont les freins au dialogue entre acteurs sur le terrain ?
 - Dans quelle mesure les autorités nationales sont-elles en capacité de favoriser ce dialogue sur le terrain ?
- Sur les conditions d'efficacité et de durabilité des activités mises en œuvre via le FFM
 - Quelle perception avez-vous de l'efficacité et de la durabilité des résultats interventions du FFM ?
 - Dans quelle mesure le processus de financement des actions permet-il d'anticiper les facteurs spécifiques aux pays d'interventions pouvant impacter l'efficacité et la durabilité des interventions ?
 - Quelles sont les pratiques mises en place pour intégrer, dans l'exécution et le suivi des projets, les facteurs de risques propres aux pays d'intervention (pouvant impacter la pérennité des résultats) ?
 - Quelles sont les difficultés rencontrées dans l'anticipation, et la prise en compte des composantes spécifiques à la durabilité des interventions ?
 - Avez-vous des exemples de pratiques remarquables contribuant à l'efficacité et à la durabilité des résultats des interventions du FFM ? (prise en compte des éléments de durabilité, prise en compte des questions de qualité de soins, prise en compte de l'évolution démographique et épidémiologique)
- Sur les résultats des travaux de la recherche opérationnelle
 - Avez-vous connaissance des travaux de recherche opérationnelle du FFM ?
 - Comment utilisez-vous les résultats de ces travaux dans votre travail de programmation ?
- Sur la visibilité de l'engagement de la France en faveur de la SSRMNA-N

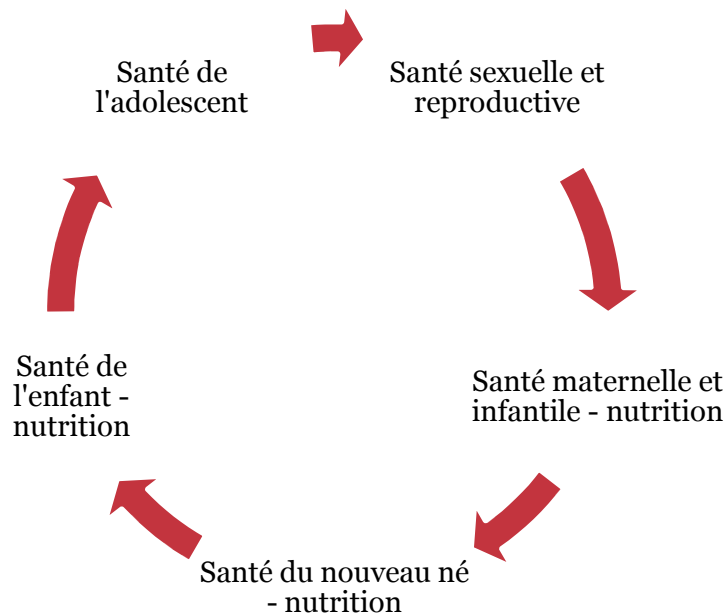
- Quelle visibilité avez-vous des actions de la France en faveur de la SSRMNIA-N ?
- Comment la France est-elle positionnée en matière de soutien à la SSRMNIA-N en comparaison à d'autres bailleurs internationaux ?

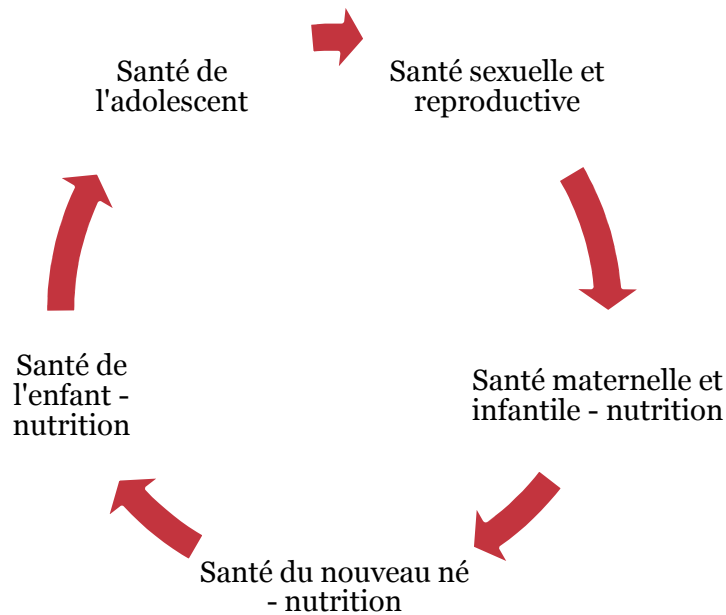
Annexe C Les enjeux de la SSRMNIA-N en Afrique subsaharienne et dans le monde

C.1 Qu'est-ce que la SSRMNIA-N ?

La santé sexuelle et reproductive, maternelle et infantile, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent et la nutrition (SSRMNIA-N) est un champ vaste qui regroupe de fait six champs d'intervention de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Dans les dernières décennies, il était plutôt question de santé maternelle et infantile (SMI). C'est donc un terme récent qui traduit la volonté de faire travailler ensemble les différentes parties prenantes du cycle de la santé des femmes et enfants, alors qu'ils travaillaient plus ou moins en silos auparavant.

Figure 14 Cycle de la santé des femmes (enfance, adolescence, vie adulte)





Les six champs d'intervention couvrent les problématiques suivantes :

- **Santé Sexuelle et reproductive** : les contraceptions d'urgence, les infections sexuellement transmissibles, la planification familiale, le virus de l'herpès, le virus du papillome humain (VPH, en anglais *human papillomavirus* – HPV) et le cancer du col de l'utérus, l'éducation des filles mais aussi les droits des femmes face aux violences ;
- **Santé Maternelle** : notamment la prise en charge intégrée de la grossesse et de l'accouchement, l'allaitement maternel, les soins obstétricaux d'urgence, la notification des décès maternels et la riposte ;
- **Santé du nouveau-né** : notamment les soins du nouveau-né, les soins postnataux pour les nouveaux nés, la prise en charge des maladies du nouveau-né et des éventuelles complications, la nutrition du nourrisson et du jeune enfant, l'alimentation complémentaire et dans les situations difficiles, les soins des nouveau-nés exposés au VIH/SIDA ou infectés par la maladie, et l'alimentation du nourrisson ; les soins néonataux d'urgence ; la notification des décès néonataux et la riposte ;
- **Santé de l'enfant** : notamment les droits de l'enfant, la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant, le développement de l'enfant, la malnutrition de l'enfant ;
- **Santé de l'adolescent** : notamment la santé sexuelle et génésique des adolescents, les services de santé adaptés aux adolescents, les adolescents et la santé mentale, les adolescents et le VIH/SIDA ;
- **Nutrition** : notamment l'alimentation et la nutrition du nourrisson et du jeune enfant ; l'allaitement maternel et l'alimentation de complément sont un aspect crucial des soins à donner aux nourrissons et aux jeunes enfants.

L'élargissement du champ de la SSRMNIA-N s'est fait de manière graduelle. Les objectifs du Millénaire pour le développement (OMD donnaient en 2000 une priorité à la santé maternelle et infantile (SMI). Le sommet de Muskoka en 2010, et le leadership pris par le Canada, marque la prise en compte additionnelle de la santé néonatale dans la santé maternelle, néonatale et infantile (SMNI). Le Canada aurait alors omis le « R » de reproductrice compte tenu des positions conservatrices d'un bon nombre de gouvernements sur le sujet⁸². Néanmoins il fut rajouté en 2014 ainsi que la santé

⁸² Richard Horton, The Lancet

adolescente et la santé sexuelle en 2015⁸³ notamment avec l'effet du passage des objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) vers les Objectifs de développement durable (ODD). D'après nos entretiens l'OMS utilisa le terme SSRMNIA-N pour la première fois en 2015 dans un rapport sur la prévention des décès maternels évitables⁸⁴.

C.2 Quels sont les enjeux ?

C.2.1 Accès à la planification familiale, suivi gynécologique et des grossesses des jeunes filles et femmes

Dans les régions en développement et notamment en Afrique subsaharienne, quelque 214 millions de jeunes filles et de femmes qui veulent éviter une grossesse n'utilisent pas de méthodes de planification familiale sûres et efficaces (manque d'accès à l'information ou aux services, manque de soutien de leurs partenaires ou des communautés...). En Afrique, 24,2 % des femmes en âge de procréer ont un besoin non satisfait de contraception moderne (2015⁸⁵). L'accès à la planification familiale volontaire et sûre est un droit essentiel pour prévenir la transmission des maladies sexuellement transmissibles, réduire le besoin d'avortement (en particulier non médicalisé), renforcer le droit des personnes à déterminer le nombre et l'espace des naissances, et prévenir les décès des mères et des enfants⁸⁶.

Les jeunes filles et les femmes en âge de procréer nécessitent un suivi gynécologique régulier (examen gynécologique, informations sur la contraception, dépistage, etc.). Sur ce point, la plupart des pays d'Afrique subsaharienne sont encore à la traîne. L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) recense que 222 millions de femmes n'ont pas accès aux contraceptifs aujourd'hui, dont une majorité basée en Afrique subsaharienne⁸⁷. Une récente étude des Nations Unies montre que seulement 59,3 % des pays en Afrique subsaharienne se sont engagés à intégrer l'éducation complète à la sexualité dans l'éducation formelle, et que seuls 49,3 % d'entre eux se sont engagés à fournir aux jeunes non scolarisés des informations et des services de santé sexuelle et reproductive⁸⁸. Dans de nombreux pays, le sujet de la santé sexuelle reste hautement politique notamment dans des pays conservateurs.

Il existe très peu de données sur le suivi gynécologie ainsi que sur le nombre de médecins gynécologues dans les pays couverts par le Fonds français Muskoka. Grâce à des rapports de l'ONG Gynécologie sans Frontières et de l'Organisation Mondiale de la Santé, on sait que les jeunes filles et les femmes en Afrique subsaharienne consultent peu ou pas du tout lors des moments clés qui ponctuent leur vie de femme : premières règles, contraception, grossesse, ménopause.... Il existe également peu de données sur le suivi des grossesses des femmes (premier bilan au cours du premier trimestre, consultation mensuelle, échographies, examens sanguins, rencontre avec la sage-femme...).

L'Organisation Mondiale de la Santé est un acteur majeur qui agit pour la sensibilisation des parties prenantes sur l'importance du suivi des grossesses dans le monde. Elle mène à ce titre plusieurs actions de communications (voir la figure ci-dessous) Elle recommande à partir de 2016 8 consultations prénatales durant la grossesse, contre 4 auparavant⁸⁹. Ce nouveau modèle fait augmenter le nombre d'examens de la mère et du fœtus afin de détecter des problèmes, améliore la communication entre les prestataires de soins et les femmes enceintes et accroît la probabilité que la grossesse connaisse une

⁸³ Women Deliver "Why not added the "S", OMS strategic meeting on SRMNIA in New Dehli

⁸⁴ Health in 2015 : from MDGs to SDGs (OMS) <https://www.who.int/gho/publications/mdgs-sdgs/en/>

⁸⁵ Trends in Contraception Worldwide 2015, UNDESA

⁸⁶ Site de l'Organisation Mondiale de la Santé <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/family-planning-contraception>

⁸⁷ https://www.ohchr.org/Documents/Issues/Women/WRGS/SexualHealth/INFO_Contra_FamPlan_WEB.pdf

⁸⁸ Site web des Nations Unies <https://www.unfpa.org/comprehensive-sexuality-education>

⁸⁹ Communiqué de presse de l'OMS « Les femmes enceintes doivent pouvoir bénéficier de soins adaptés au bon moment » (7 novembre 2016)

issue positive. Il préconise qu'une première consultation ait lieu au cours des 12 premières semaines de grossesse.

Les nouvelles lignes directrices de l'OMS comportent 49 recommandations qui précisent les soins et conseils dont les femmes enceintes devraient bénéficier à chaque consultation dans le système de santé, y compris en ce qui concerne l'alimentation saine et la nutrition optimale, l'exercice physique, la consommation de tabac et l'abus de substances psychoactives, la prévention du paludisme et de l'infection à VIH, les analyses de sang et la vaccination antitétanique, la mesure du fœtus, notamment à l'échographie, et la prise en charge des symptômes physiologiques courants tels que les nausées, les douleurs dorsales et la constipation.

Figure 15 Infographie de l'Organisation Mondiale pour la Santé (OMS) sur les soins prénataux



La Fédération africaine des obstétriciens et gynécologues (African Federation of Obstetricians and Gynaecologist) créée en 2012 a pour objectif de promouvoir et améliorer la pratique obstétrique et de la gynécologie afin de réduire la mortalité maternelle et infantile et de prévenir les maladies transmissibles notamment sur le continent africain. Il est encore difficile de mesurer les impacts de cette organisation pour augmenter le suivi gynécologique pour les femmes dans les pays d'Afrique subsaharienne.

C.2.2 Des taux de mortalité maternelle et néonatale en baisse mais encore élevés

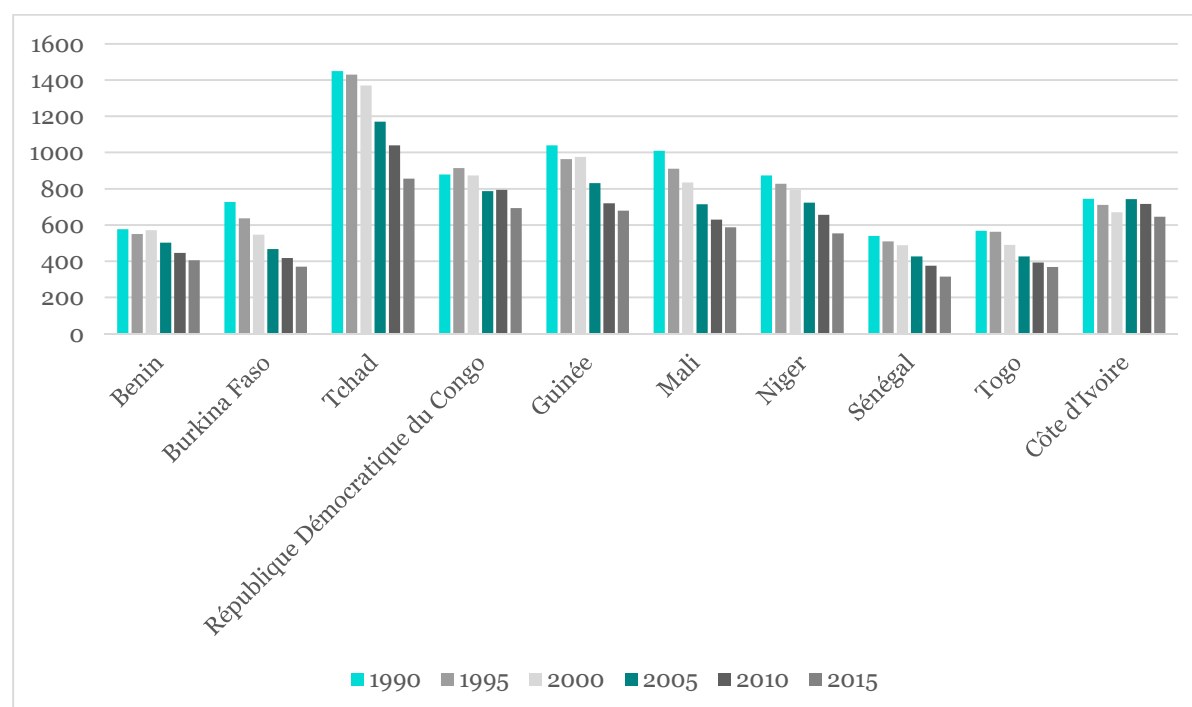
Avec le taux de croissance démographique le plus élevé, l'Afrique devrait représenter plus de la moitié de la croissance démographique mondiale entre 2015 et 2050. Or **l'Afrique subsaharienne concentre les problèmes liés à la SSRMNIA-N**. Elle enregistre 53 % des décès maternels (510 décès pour 100 000 naissances) et 50 % des décès des enfants de moins de 5 ans dans le monde. En deux décennies (1995-2015), la baisse du taux de mortalité infantile a été de 52 % et celui de la mortalité maternelle de 49 %.

Ces estimations d'ensemble cachent toutefois des variations importantes. En 2015, le taux de mortalité maternelle était de 856 pour 100 000 naissances vivantes au Tchad, mais de 315 pour 100 000 naissances vivantes au Sénégal. Au sein d'un même pays, des variations existent également, entre les zones urbaines et les zones où l'accès aux services de santé infanto-maternelle et à des

conditions de vie meilleures n'est pas assurée. C'est le cas par exemple du Nord et du Sud des pays comme le Mali et le Niger⁹⁰.

Pour l'ensemble des pays prioritaires du Fonds français Muskoka, le taux de mortalité maternelle a baissé entre 1990 et 2015. Les résultats les plus importants ont été obtenus au Tchad, qui est passé de 1450 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes à 856 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes. Seule la Côte d'Ivoire connaît une dynamique moins positive, avec 745 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes en 1990 et 645 décès maternels pour 100 000 naissances (voir figure ci-dessous).

Figure 16 Taux de mortalité maternelle (TMM ; mortalité maternelle pour 100 000 naissances vivantes) 1990-2015

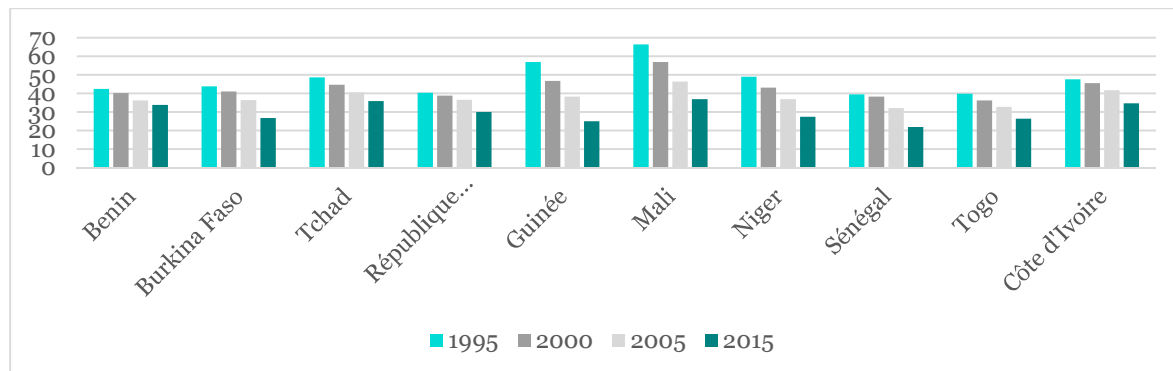


Source : UNICEF (2016)

On observe également une baisse du taux de mortalité néonatale dans la plupart des pays étudiés. Les résultats les plus importants ont été obtenus au Mali (66,3 décès néonataux en 1995 et 36,8 en 2015), au Niger (48,9 en 1995 à 27,4 en 2015) et en Guinée (56,9 en 1995 à 25 en 2015).

⁹⁰ Gilles Dussault et al., « Investir dans les ressources humaines pour la santé en Afrique francophone : les apports du projet Muskoka », Santé Publique 2018/HS (S1), p. 9-17. DOI 10.3917/spub.180.0009

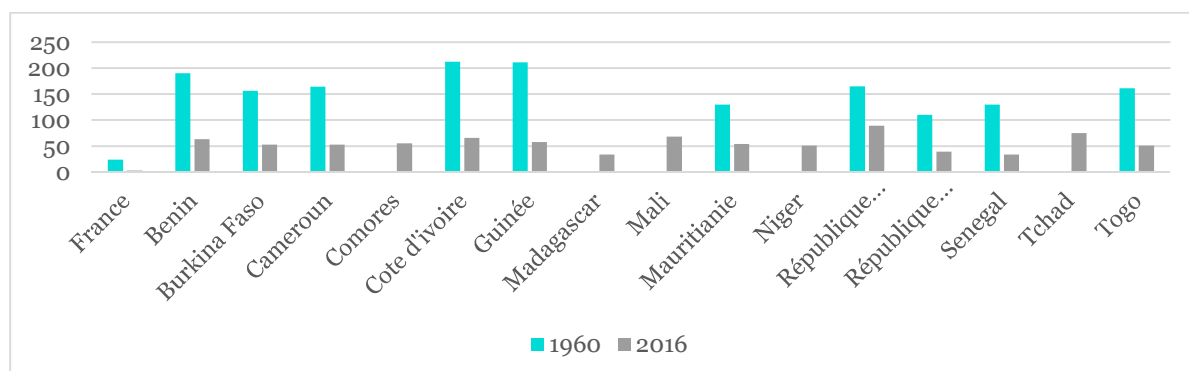
Figure 17 Taux de mortalité néonatale (nombre de décès pour 1000 naissances vivantes)



Source : UNICEF (2017)

Le taux de mortalité infantile a lui aussi été fortement réduit, de près de la moitié en 60 ans⁹¹. Là encore, les résultats sont hétérogènes, avec des taux toujours bien plus élevés que la moyenne dans les pays développés. La République Centrafricaine et le Tchad recensent respectivement des taux de 89 et de 75 décès pour 1000 naissances vivantes.

Figure 18 Taux de mortalité infantile (pour 1 000 naissances vivantes)



Source : Banque Mondiale⁹² (2016)

C.2.3 La santé et la nutrition des nourrissons et des enfants

En Afrique subsaharienne, la malnutrition est la cause sous-jacente de 45 % de tous les décès des moins de cinq ans. La pneumonie et la diarrhée sont les deux autres causes principales des décès. Selon les statistiques nationales publiées au Niger en 2011, plus de 12 enfants sur 100 souffrent de malnutrition. Les mauvaises pratiques d'allaitement et d'alimentation ainsi que l'apport alimentaire inadéquat sont les principales causes de malnutrition au Niger⁹³. Les niveaux de couverture vaccinale contre la diphtérie, le tétanos et d'autres maladies restent trop faibles dans bon nombre de pays en

⁹¹ OMS, tendances de la mortalité maternelle : 1990-2015, résumé d'orientation - http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/204113/WHO_RHR_15.23_fre.pdf;jsessionid=B67C9C356CE6062442B2DDA46D699A4E?sequence=1

⁹² Databank Banque Mondiale : taux de mortalité infantile pour 1000 naissances vivantes - <https://donnees.banquemondiale.org/indicateur/SP.DYN.IMRT.IN>

⁹³ Enfants, soins et pédiatrie en Afrique de l'Ouest (Enspedia) : recherche-action pour contribuer à l'amélioration de la qualité des soins dans les services de pédiatrie en Afrique de l'Ouest (Benin, Burkina-Faso, Guinée, Mali, Mauritanie, Niger, Sénégal, Togo). Med Sante Trop 2016 ; 26 : 365-366. doi : 10.1684/mst.2016.0621

développement : 60 % des enfants non vaccinés vivent dans 10 pays notamment en Afrique (République Démocratique du Congo, Tchad, Congo, Niger).

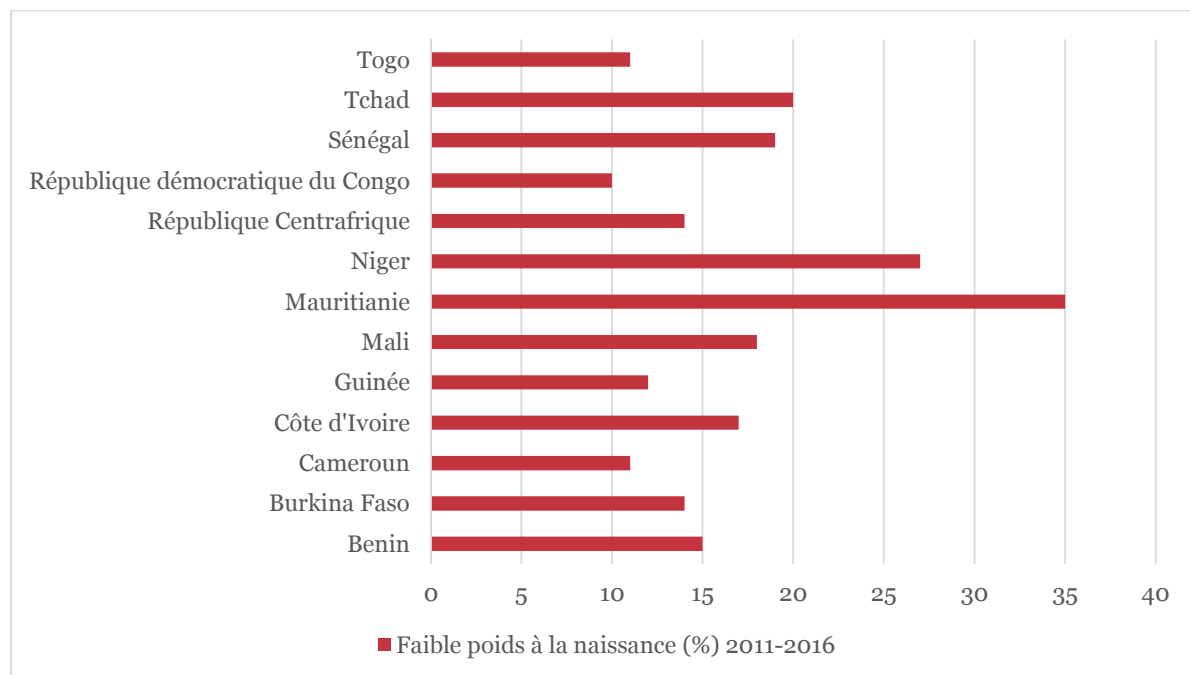
Selon le *Global Nutrition Report*⁹⁴ (2018), l'Afrique est de loin la région la plus durement touchée par les formes de malnutrition infantile. Sur les 41 pays qui luttent contre les trois formes de malnutrition, 30 se trouvent en Afrique⁹⁵.

Naissances de faible poids

Environ 65 % des nourrissons en Afrique ne sont pas pesés à la naissance. Toutefois, on estime qu'en Afrique subsaharienne, 14 % des bébés présentent une insuffisance pondérale (un poids à la naissance inférieur à 2500 g⁹⁶) à la naissance. Il ressort d'une analyse de données de l'UNICEF que l'incidence du faible poids de naissance est demeurée à peu près constante entre 2000 et 2010 dans la région.

Une enquête démographique et sanitaire de l'UNICEF a rapporté des taux particulièrement élevés en Mauritanie (30 %), au Niger (27 %) et au Tchad (20 %). En Afrique subsaharienne, l'insuffisance pondérale à la naissance est souvent due au paludisme et à la malnutrition pendant la grossesse qui entraîne un accouchement prématuré. Toutes ces conditions sont des facteurs de risque de décès néonatal et d'altération du développement cognitif. D'autres causes d'insuffisance pondérale à la naissance, comme l'infection, l'alcool et le tabac, sont beaucoup moins fréquentes dans les pays africains.

Figure 19 Faible poids à la naissance (%) entre 2011-2016 par rapport au nombre total de naissance dans plusieurs pays africains



Source : UNICEF (2016) Comme indiqué plus haut, ces chiffres sont à utiliser avec précaution puisque 65 % des nourrissons en Afrique ne sont pas pesés à la naissance.

⁹⁴ Global Nutrition Report (2018)

⁹⁵ Global Nutrition Report (2018)

⁹⁶ Définition de l'OMS https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/255726/WHO_NMH_NHD_14.5_fre.pdf?ua=1

Retard de croissance infanto-juvénile

Le retard de croissance chez les enfants en Afrique a diminué en pourcentage, passant de 38,3 % à 30,3 % au cours de la même période, mais en raison de la croissance démographique, le nombre réel d'enfants souffrant de retard de croissance a augmenté (50,6 millions en 2000 à 58,7 millions en 2017).

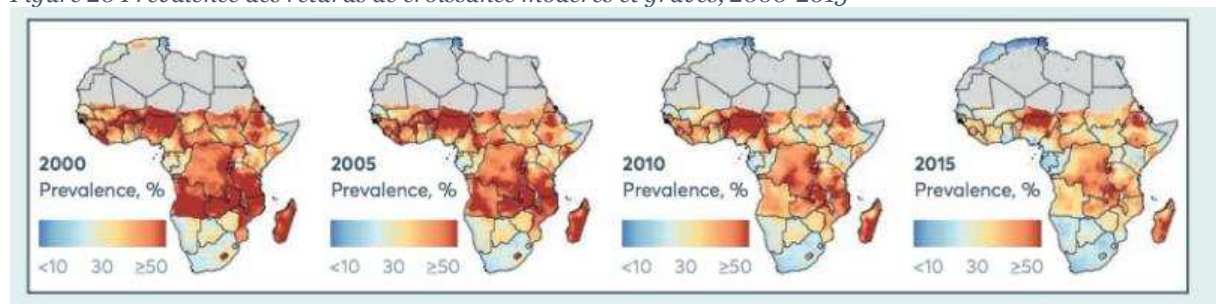
Encadré 4 Définition du retard de croissance infanto-juvénile

Le retard de croissance chez les enfants de moins de cinq ans se développe sur une longue période de temps, les enfants ayant un accès limité à la nourriture, à la santé et aux soins. Le retard de croissance est également connu sous le nom de "dénutrition chronique", bien que ce ne soit qu'une de ses causes. Chez les enfants, elle peut être mesurée à l'aide de l'indice nutritionnel taille pour âge. Le retard de croissance est souvent associé à des troubles cognitifs tels qu'un retard de développement moteur, des troubles cérébraux, etc. et un mauvais rendement scolaire, car il cause souvent ces effets négatifs.

Jusqu'en 2015, les améliorations les plus importantes ont été enregistrées en Afrique centrale côtière, en particulier dans certaines parties du Ghana, du Gabon et de la Guinée équatoriale. L'état d'Imo, au Nigeria, a connu des progrès spectaculaires, avec une prévalence moyenne du retard de croissance de près de la moitié en 10 ans, de 2005 à 2015. Inversement, les provinces du nord de la Zambie, du nord du Nigeria et du sud du Niger sont celles qui ont le moins progressé.

Dans l'ensemble, les résultats laissent entrevoir des perspectives sombres. Aucun pays d'Afrique n'atteindra probablement tous les objectifs nutritionnels mondiaux de l'OMS sur l'ensemble de son territoire si les tendances actuelles se poursuivent, soulignant la nécessité d'adopter des programmes de santé publique précis et fondés sur des preuves pour suivre et améliorer les progrès. Une mesure systématique et actualisée des retards de croissance de l'enfant est nécessaire pour informer ces programmes, et pour ce faire, nous devons continuer à combler les lacunes de l'information géographique et à améliorer la collecte de données.

Figure 20 Prévalence des retards de croissance modérés et graves, 2000-2015



Source : *Global Nutrition Report* (2018)

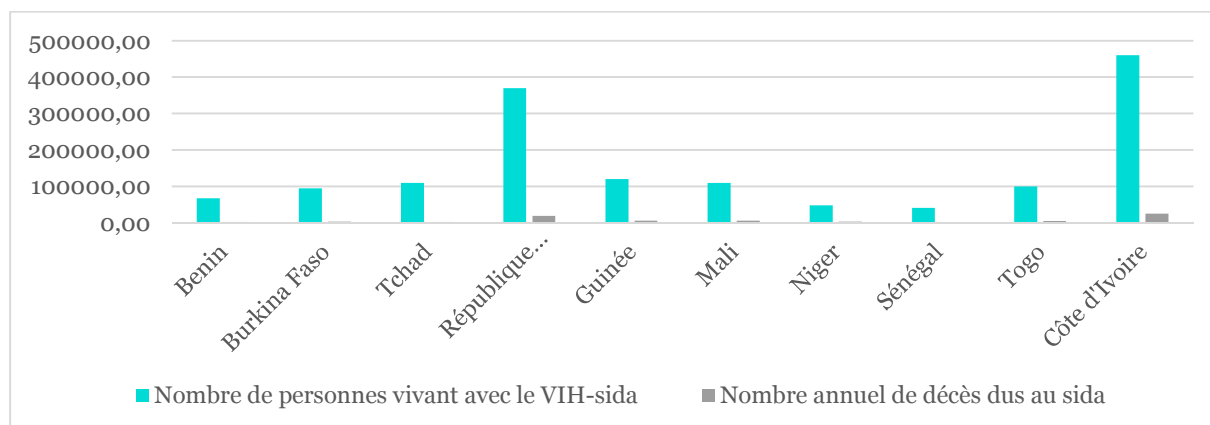
C.2.4 Un taux de contamination VIH-SIDA en baisse, mais qui touche toujours beaucoup les femmes
Malgré les progrès enregistrés, l'Afrique subsaharienne supporte 31 % des cas mondiaux de tuberculose, 69 % des nouvelles infections par le VIH/SIDA en 2009 et 91 % des décès liés au paludisme. Les pays les plus fortement touchés par le VIH-sida en 2016 sont la Côte d'Ivoire (460 000 personnes contaminées) et la République Démocratique du Congo (370 000 personnes contaminées),

Le VIH/SIDA est la deuxième cause de décès chez les adolescentes et les jeunes filles de 15 à 19 ans dans les pays à revenus bas et intermédiaires après les décès liés aux complications lors de la grossesse ou de l'accouchement⁹⁷. En Afrique subsaharienne, les adolescentes et les jeunes femmes

⁹⁷ Landrison G, Aboubaker S, Nkurunziza T, Habimana P, Grimaldi C. Post-Muskoka. *Med Sante Trop* 2016 ; 26 : 375-376. doi : 10.1684/mst.2016.0614

âgées de 15 à 24 ans sont touchées de manière disproportionnée par l'épidémie de VIH/SIDA. Bien qu'elles ne constituent qu'environ un dixième de la population, elles représentent une infection sur quatre, selon les données de l'ONUSIDA⁹⁸. Selon un rapport de cette même organisation, il apparaît de plus en plus clairement que le risque d'infection à VIH chez les femmes et les filles ainsi que leur vulnérabilité face à cette infection sont largement influencés par des inégalités entre les sexes omniprésentes et profondes, en particulier la violence à leur encontre. La violence et le VIH ont été reliés de façon directe ou indirecte.

Figure 21 Nombre de personnes vivant avec le VIH SIDA et nombre annuels de décès dus au sida par pays en 2016



Source : CIA World Factbook (2016)

Les États se sont fortement engagés pour mener des campagnes de lutte contre le VIH/SIDA. En Côte d'Ivoire, le Plan Stratégique National 2016-2020 de lutte contre le sida et les infections sexuellement transmissibles mobilise 556,327 milliards de FCFA, avec des mesures ciblant particulièrement les femmes étant donné que celles-ci sont bien plus touchées que les hommes. Une mesure importante est notamment la mise en œuvre de la Prévention de la Transmission Mère-Enfant. Le plan associe le Fonds mondial, des Agences du système des Nations Unies (ONUSIDA, OMS, UNICEF) et des pays à travers leurs Agences de coopération (France, Allemagne, États-Unis), entre autres⁹⁹.

C.2.5 Des systèmes de santé encore fragiles

Les données disponibles mettent à jour l'hétérogénéité des profils des pays de la région (cf. tableau ci-dessous). Il est intéressant de constater que des dépenses élevées en soin de santé ne sont pas systématiquement corrélées avec un taux de mortalité infantile ou maternelle bas, ce qui sous-entend un système de santé encore faible. À titre d'exemple, la Côte d'Ivoire qui présente des dépenses totales de santé par habitant parmi les plus élevées (172 \$ par personne) a l'un des taux de mortalité maternelle les plus importants (720 décès pour 100 000 naissances vivantes). Il existe un manque d'efficacité et d'efficience des dépenses de santé, que ce soit au niveau de l'exécution budgétaire, de la priorisation des soins de santé primaires, de la traçabilité.

Tableau 11 Indicateurs socio-économiques et de santé dans 7 pays d'Afrique Subsaharienne

Indicateurs	Burkina Faso	Tchad	Côte d'Ivoire	Mali	Mauritanie	Niger	Sénégal
-------------	--------------	-------	---------------	------	------------	-------	---------

⁹⁸ ONU SIDA, Rapport mondial d'avancement sur la lutte contre le sida 2018 <http://www.unaids.org/fr/resources/documents/2017/Global-AIDS-Monitoring>

⁹⁹ Plan Stratégique National 2016-2020 de lutte contre le sida et les infections sexuellement transmissibles (Côte d'Ivoire, 2016)

Population (en milliers)	16 935	12 825	20316	15302	3890	17831	14133
Revenu national par habitant (PPP\$)	1 550	2000	2900	1540	2850	910	2240
Espérance de vie	58	51	53	57	63	59	64
Taux de mortalité <5 ans (pour 1000 naissances vivantes)	98	148	100	123	90	104	55
Taux de mortalité maternelle (pour 100 000 naissances vivantes)	400	980	720	550	320	630	320
Taux de fécondité (par femme)	5,6	6,3	4,9	6,8	4,7	7,6	4,9
Accouchements assistés (%)	66	23	59	56	65	29	65
Dépenses totales de santé par habitant (PPP\$)	109	-	172	172	123	60	96

Source : Maria Paola Bertone, « Le défi de la fidélisation des personnels de santé dans les zones rurales : analyse des stratégies mises en œuvre dans sept pays d'Afrique francophone », Santé Publique 2018/HS (S1), p. 33-43. DOI 10.3917/spub.180.0033

La qualité des services de santé dans nombre de pays d'Afrique subsaharienne est préoccupante, en particulier en lien avec les services de santé maternels et infantiles¹⁰⁰. Plusieurs études financées dans le cadre du Fonds français Muskoka ont permis de cartographier les principaux problèmes que rencontrent les pays d'Afrique subsaharienne pour mettre en place des services de santé de base :

- Un manque de **ressources humaines disponibles en personnel de santé et notamment en matière de santé maternelle et infantile**. Au Niger, les infirmiers et les sages-femmes représentaient respectivement 11 % et 5 % des diplômés en santé, et on recense 1 sage-femme disponible pour 5 000 femmes en âge de procréer¹⁰¹ ;
- **L'insuffisante qualité et le niveau de la formation des personnels de santé** : les taux globaux de mortalité maternelle et néonatale sont parmi les plus élevés dans les pays faisant état de difficultés liées à la qualité du personnel enseignant et des équipements, ainsi qu'aux possibilités pour les étudiants d'acquérir de l'expérience pratique. Au Bénin et au Burkina Faso, des études révèlent des situations particulièrement préoccupantes quant à la mauvaise qualité de l'accueil fait aux femmes enceintes, des violences lors de l'accouchement (violences obstétricales), ainsi que des négligences envers les femmes les plus pauvres¹⁰² ;
- **L'inégale répartition géographique des personnels de santé et l'existence de « zones blanches »**. L'accès au soin est très inégalement réparti au sein d'un même territoire, et les zones rurales sont particulièrement mal desservies. Au Niger, 10 % de la population s'accapare 36 % des sages-femmes en 2015. La densité des infirmiers et des sages-femmes étaient 3 à 6 fois supérieures aux normes dans les régions urbaines de Niamey et d'Agadez, alors qu'elles étaient à peine atteintes dans les autres régions du pays. Au Burkina Faso, en 2014, plus de 60 % du personnel de santé travaillent en zone urbaine au détriment des zones rurales. Les deux plus grandes villes (Ouagadougou, Bobo-Dioulasso) concentrent la majorité du personnel alors que celles-ci ne représentent que 10 % de la population.

¹⁰⁰ AFD, Cadre d'intervention sectoriel santé et protection sociale 2012-2014.

¹⁰¹ Mahamam Mourtala Abdou Illou, Laurence Codjia « Dynamique du marché du travail en santé au Niger et perspective de couverture sanitaire universelle », Santé Publique 2018/HS (S1), p. 65-76. DOI 10.3917/spub.180.0065

¹⁰² Yannick Jaffré, « Ce que les sages-femmes disent de leurs vies, de leur métier et de leurs pratiques de soin. De la compréhension des logiques d'acteurs à « l'implémentation » des programmes et à l'amélioration des prises en charge obstétricales au Bénin et au Burkina Faso », Santé Publique 2018/HS (S1), p. 151-166. DOI 10.3917/spub.180.0151

Des plans de développement ont été lancés au cours des deux dernières décennies en faveur des ressources humaines de la santé maternelle et infantile dans la plupart des pays d'Afrique subsaharienne. Plusieurs d'entre eux ont notamment investi dans des plans nationaux pour la formation des sages-femmes. En République Démocratique du Congo, un pays où deux ministères étaient responsables de la formation des infirmiers et des sages-femmes, une politique nationale commune de la formation des infirmiers et sages-femmes a été mis en place, avec l'établissement des profils de l'infirmière et de la sage-femme requis ainsi que de leurs niveaux de formation. En Côte d'Ivoire, au Mali et au Tchad, un système d'accréditation des écoles de sages-femmes a été mis en place avec pour objectif le renforcement de la qualité des programmes d'enseignement et des institutions sur des critères préétablis.¹⁰³

Tableau 12 Densité des personnels de santé (médecins, infirmières et sages-femmes) pour 1000 habitants et distribution dans les zones rurales et urbaines (%) (année 2004)

Pays	Densité	An	Médecins		Infirmières		Sages-femmes		Assistants médicaux	
			Rural	Urbain	Rural	Urbain	Rural	Urbain	Rural	Urbain
Burkina Faso	0,612	2010	-	-	-	-	-	-	-	-
Côte d'Ivoire	0,627	2008	0 %	100 %	16 %	84 %	12 %	88 %	0 %	100 %
Tchad	0,225	2006	18 %	82 %	55 %	45 %	56 %	44 %	38 %	62 %
Mali	0,513	2010	7 %	93 %	20 %	80 %	40 %	60 %	0 %	100 %
Mauritanie	0,802	2009	37 %	63 %	-	-	75 %	25 %	-	-
Niger	0,156	2008	14 %	86 %	28 %	72 %	24 %	76 %	25 %	75 %
Sénégal	0,479	2008	-	-	-	-	-	-	-	-

Source : Maria Paola Bertone, « Le défi de la fidélisation des personnels de santé dans les zones rurales : analyse des stratégies mises en œuvre dans sept pays d'Afrique francophone », Santé Publique 2018/HS (S1), p. 33-43

¹⁰³ Luc de Bernis, « Mise en place de mécanismes d'accréditation des écoles de sages femmes en Côte d'Ivoire, au Mali et au Tchad », Santé Publique 2018/HS (S1), p. 57-63

Annexe D La mobilisation internationale et française pour la SSRMNIA-N

D.1 Un engagement politique international fort et renouvelé depuis 2010...

La lutte contre la mortalité maternelle et infantile fait l'objet d'une mobilisation des pays bailleurs et des organisations internationales depuis les années 80, mais c'est bien lors du sommet du G8 de **Muskoka en juin 2010**, que les pays du G8 se sont résolument engagés à augmenter leur contribution de 7 milliards d'euros d'ici 2015 en faveur de la lutte contre la mortalité maternelle et infantile dans le cadre des OMD 2000-2015: l'OMD 4 « Réduire la mortalité infantile¹⁰⁴ » et l'OMD 5 « Améliorer la santé maternelle ».

Dans la lignée de cet engagement, en septembre 2010, lors du Sommet des Nations Unies sur les OMD, le Secrétaire général de l'ONU Ban Ki-moon a lancé un mouvement sans précédent dit « **Every Woman, Every Child** » (EWEC), entraînant des engagements à hauteur de 40 milliards de dollars. Le mouvement met en œuvre la Stratégie mondiale pour la santé des femmes, des enfants et des adolescents 2010-2015 de l'Organisation Mondiale pour la Santé (OMS), qui présente une feuille de route pour mettre fin à tous les décès évitables de femmes, d'enfants et d'adolescents en une génération et assurer leur bien-être. L'écosystème EWEC s'articule autour d'un Haut-comité de pilotage, le partenariat H4 (puis H4+ et H6), la facilité de financement globale (GFF) annoncée en 2014, et plus récemment, l'alliance stratégique dite *EWEC innovation marketplace*, portée par la Fondation Bill et Melinda Gates, Grands Défis Canada, USAID, NORAD et la Fondation UBS Optimus.

¹⁰⁴ de deux tiers pour les moins de 5 ans

Le Global Financing Facility (GFF) ou Mécanisme de Financement Mondial, lancé en juillet 2015 au cours de la Conférence sur le Financement du Développement à Addis-Abeba dans le cadre d'un débat mondial sur le financement des ODD¹, soutient les plans nationaux en matière de SRMNEA en aidant les gouvernements à identifier des stratégies capables d'accroître les ressources nationales pour la santé et de réduire l'inefficacité locale des dépenses de santé.

Il vise à augmenter les moyens financiers au niveau national en s'axant sur les résultats et en identifiant les interventions 'les plus rentables' sur la base de données et d'éléments concrets permettant d'établir des **priorités nationales sous la forme d'un 'Dossier d'Investissement'**. En identifiant les goulots d'étranglement et en combinant financement national, appui extérieur et approches innovantes de mobilisation des ressources et de prestations de services, en s'appuyant sur les **avantages comparatifs des parties prenantes impliquées** (Banque Mondiale, Fonds Mondial de Lutte contre le SIDA, secteur privé...), il attire de nouveaux donateurs de fonds et améliore la coordination de l'aide existante. L'ensemble des partenaires financiers soutient la mise en œuvre de la stratégie conduite par le pays et participe à sa revue via une **coordination qui varie selon les pays**.

L'action du GFF se traduit nationalement par une plateforme nationale à multiples parties prenantes sous l'égide du Ministère local de la Santé. Celle-ci joue un rôle central dans l'élaboration, la mise en œuvre et le suivi des stratégies nationales de SRMNEA en **réunissant l'ensemble des parties prenantes** autour des points suivants : i) développement des Dossiers d'Investissement et des stratégies de financement de la santé ; ii) mobilisation de ressources ; iii) coordination de l'assistance technique, à la fois dans le développement et la mise en œuvre ; iv) coordination du suivi et de l'évaluation.

La participation de l'ensemble des parties prenantes au processus de décision ainsi que l'accès à l'information, la transparence et la redevabilité mutuelle entre celles-ci sont des principes directeurs du fonctionnement de cette plateforme.

Le GFF est un **mécanisme piloté nationalement par les pays**. En suivant son processus, les autorités nationales permettent la participation de multiples parties prenantes selon des modalités spécifiques à chaque pays.

Au niveau global, la gouvernance du GFF s'assure de la mobilisation d'un financement complémentaire pour les stratégies nationales ainsi que de l'utilisation des ressources de son Fonds Fiduciaire dans des dispositifs efficaces et conduisant à la pérennité. Pour cela, deux instances complémentaires participent au GFF : i) le Groupe des Investisseurs incluant des représentants des pays, de donateurs bilatéraux, de l'UNFPA, de l'UNICEF, de l'OMS, de la Banque Mondiale, de Gavi, du Fonds Mondial de Lutte contre le SIDA, la Tuberculose et le Paludisme, du Conseil d'Administration du PSMNE, d'ONG et du secteur privé, ii) le Comité du Fonds Fiduciaire du GFF

En Afrique francophone, une Conférence Régionale sur la Population, le Développement et la Planification Familiale tenue au Burkina Faso en février 2011 lance le **Partenariat de Ouagadougou** porté par les 9 gouvernements des pays francophones de l'Afrique de l'Ouest et leurs partenaires techniques et financiers pour accélérer les progrès dans l'utilisation des services de planification familiale au Bénin, Burkina Faso, Côte d'Ivoire, Guinée, Mali, Mauritanie, Niger, Sénégal et Togo. Le Partenariat de Ouagadougou est basé sur deux principes. Il mise sur une meilleure coordination entre les bailleurs de fonds pour optimiser leurs soutiens aux pays et également sur une collaboration et coopération aux niveaux national et régional pour remédier au taux élevé des besoins non satisfaits en matière de planification familiale. L'objectif principal du Partenariat est **d'atteindre au moins 2,2 millions d'utilisatrices additionnelles de méthodes de planification familiale dans les neuf pays concernés d'ici 2020**. Le groupe clé des partenaires est constitué de l'Agence Française de Développement (AFD), l'Agence Américaine pour le Développement International (USAID), la Fondation Bill & Melinda Gates et la Fondation William et Flora Hewlett, le Ministère français des Affaires étrangères, le Fonds des Nations Unies pour la Population (UNFPA) et de l'Organisation Ouest Africaine pour la Santé (OOAS).

En 2012, à l'occasion du **sommet de Londres sur la Planification Familiale (Family Planning)**, le gouvernement britannique et la Fondation Bill et Melinda Gates, en partenariat avec l'UNFPA et l'USAID ont appelé à la mobilisation de ressources supplémentaires pour s'attaquer aux obstacles politiques, financiers et socioculturels qui entravent l'accès des femmes à l'information, aux services et aux fournitures en matière de contraception. Les objectifs du Planning Familial 2020 (FP2020) sont alignés sur ceux de l'EWEC. Les bailleurs de fonds se sont engagés à consacrer **2,6 milliards de dollars** supplémentaires au financement de la planification familiale. Les partenaires sont passés de 20 en 2012 à plus de 90 en 2016.

Par la suite en 2015, avec l'achèvement du cycle de 15 ans des OMD, l'Assemblée générale des Nations Unies adopte un Programme de développement durable à l'horizon 2030 assorti de 17 Objectifs du Développement Durable (ODD) : les ODD 3 « Bonne santé et bien-être » et ODD 5 « Égalité entre les sexes » remplacent les OMD 3 « Promouvoir l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes », 4 « Réduire la mortalité infantile » et 5 « Améliorer la santé maternelle ». **Le passage des OMD aux ODD a entraîné une mobilisation de la part des Agences onusiennes dans la redéfinition des critères de résultats et d'impacts de certains projets.** Les ODD se veulent universels (l'ensemble des pays est concerné et non plus uniquement les pays ciblés par l'aide publique au développement), transversaux (de nouveaux secteurs sont concernés, comme la réduction des inégalités) et transformatifs (au-delà d'une simple lutte contre la pauvreté, les ODD visent un changement de modèle de société et une modification des comportements)¹⁰⁵.

Ces ODD précisent des cibles nouvelles et plus nombreuses :

- L'ODD 2 (Éliminer la faim, assurer la sécurité alimentaire, améliorer la nutrition et promouvoir l'agriculture durable) compte 5 cibles, dont la cible 2.2 qui a pour objectif d'ici 2030 de mettre fin à toutes les formes de malnutrition, y compris en réalisant d'ici à 2025 les objectifs arrêtés à l'échelle internationale relatifs aux retards de croissance et à l'émaciation parmi les enfants de moins de 5 ans, et répondre aux besoins nutritionnels des adolescentes, des femmes enceintes ou allaitantes et des personnes âgées ;
- L'ODD 3 compte 9 cibles, dont i) d'ici à 2030, faire passer le taux mondial de mortalité maternelle au-dessous de 70 pour 100 000 naissances vivantes ; ii) l'élimination des décès évitables de nouveaux nés et d'enfants de moins de 5 ans, iii) un taux de mortalité néo natale à 12 pour 1000 naissances vivantes au plus, iv) la mortalité des enfants de moins de 5 ans à 25 pour 1000 naissances vivantes au plus ;
- L'ODD 5 apporte de nouveaux objectifs pour l'égalité des sexes, qui n'existaient pas jusqu'en 2015 (Assurer l'accès de tous aux soins de santé sexuelle et procréative et faire en sorte que chacun puisse exercer ses droits en matière de procréation).

En 2015, lors du sommet du G7 à Elmau, les dirigeants réaffirment leur engagement pour la santé maternelle dans le monde. L'initiative « *Every Woman, Every Child* » se poursuit donc dans le cadre de la nouvelle **Stratégie mondiale pour la santé des femmes, des enfants et des adolescents 2016- 2030 de l'OMS**¹⁰⁶ qui intègre les ODD relatifs à la santé maternelle et infantile ainsi que l'ODD sur la nutrition. Dix-sept cibles des ODD concernant la santé sont couvertes par 3 objectifs généraux : 1) survivre, mettre fin aux décès évitables ; 2) s'épanouir, assurer la santé et le bien-être ; 3) transformer, agir sur l'environnement. La stratégie est conduite par les pays, elle est universelle, inscrite dans la durée, fondée sur les droits humains, axée sur l'équité, soucieuse de l'égalité des sexes, fondée sur des données factuelles, fondée sur des partenariats, centrée sur la personne, communautaire et responsable devant les femmes, les enfants et les adolescents. Les engagements se sont fortement accélérés entre la période 2015-2017 (augmentation de 77 % des engagements) et l'Afrique sub-saharienne en est la principale région bénéficiaire¹⁰⁷.

Il est à noter que cette stratégie se complète par la **Stratégie mondiale du secteur de la santé contre les infections sexuellement transmissibles 2016-2021** de l'OMS. Comme évoqué dans la précédente section traitant des enjeux, les complications dues aux infections sexuellement transmissibles ont de graves répercussions sur la santé sexuelle et reproductive. Ainsi, la stratégie a pour but de soutenir des mesures ayant pour objectif de renforcer les liens, la collaboration et l'intégration, notamment entre les programmes de lutte contre les infections sexuellement

¹⁰⁵ Nations Unies, 2015 <http://www.eval.fr/des-omd-aux-odd/>

¹⁰⁶ Organisation mondiale de la santé, 2016 http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/strategie-mondiale-femme-enfant-ado-2016-2030.pdf

¹⁰⁷ Partnership for Maternal Newborn and Child Health Report (2017) <https://www.everywomaneverychild.org/wp-content/uploads/2018/09/commitments-report-2015-2017.pdf>

transmissibles et les interventions liées au VIH, à la santé reproductive, aux maladies transmises de la mère à l'enfant, aux cancers et aux maladies non transmissibles, ainsi qu'à la santé des adolescents.

En 2016, l'élection de Donald Trump a marqué le début d'un retrait d'un nombre d'Etats contributeurs par le passé du financement de la SSRMNI-N, comme le Brésil, ou certains Etats d'Europe de l'Est. Les Etats-Unis réintroduisent et étendent en effet la politique de Mexico ("règle du bâillon") avec pour conséquence des coupes budgétaires sur les droits à la santé sexuelle et reproductive (DSSR) et la planification familiale (PF)¹⁰⁸. En réponse au retrait américain, **l'initiative *She Decides*** est initiée conjointement par les Pays-Bas, la Belgique, la Suède et le Danemark : 50 gouvernements annoncent mobiliser une enveloppe de 181 M€. La création de ce fonds international participatif a pour but « *d'offrir aux femmes dans les pays en voie de développement l'accès à de bonnes informations, à des moyens contraceptifs et à l'avortement* »¹⁰⁹.

D.2 Des engagements financiers globalement croissants sur 2010-2015

Entre 2011 et 2014, les États-Unis ont été le principal donateur mondial d'APD pour la SSRMNI et la planification familiale (PF) en termes d'engagements globaux. Au cours de cette période, la SRMNI et le PF ont représenté respectivement 15,9 % et 2,69 % de l'APD américaine, proportions les plus élevées de tous les pays donateurs. **Sur la même période, le Royaume-Uni a émergé comme un donateur de premier rang** : en 2014 ses engagements sur la SRMNI et la PF ont quadruplé en termes de proportion de l'APD britannique, dans la lignée de l'engagement Muskoka. Douze pays dont les pays du G7 concentrent les engagements financiers sur la SRMNI et la PF dans le monde (voir Figure 22 Engagements des Etats sur la SRMNI entre 2011 et 2014).

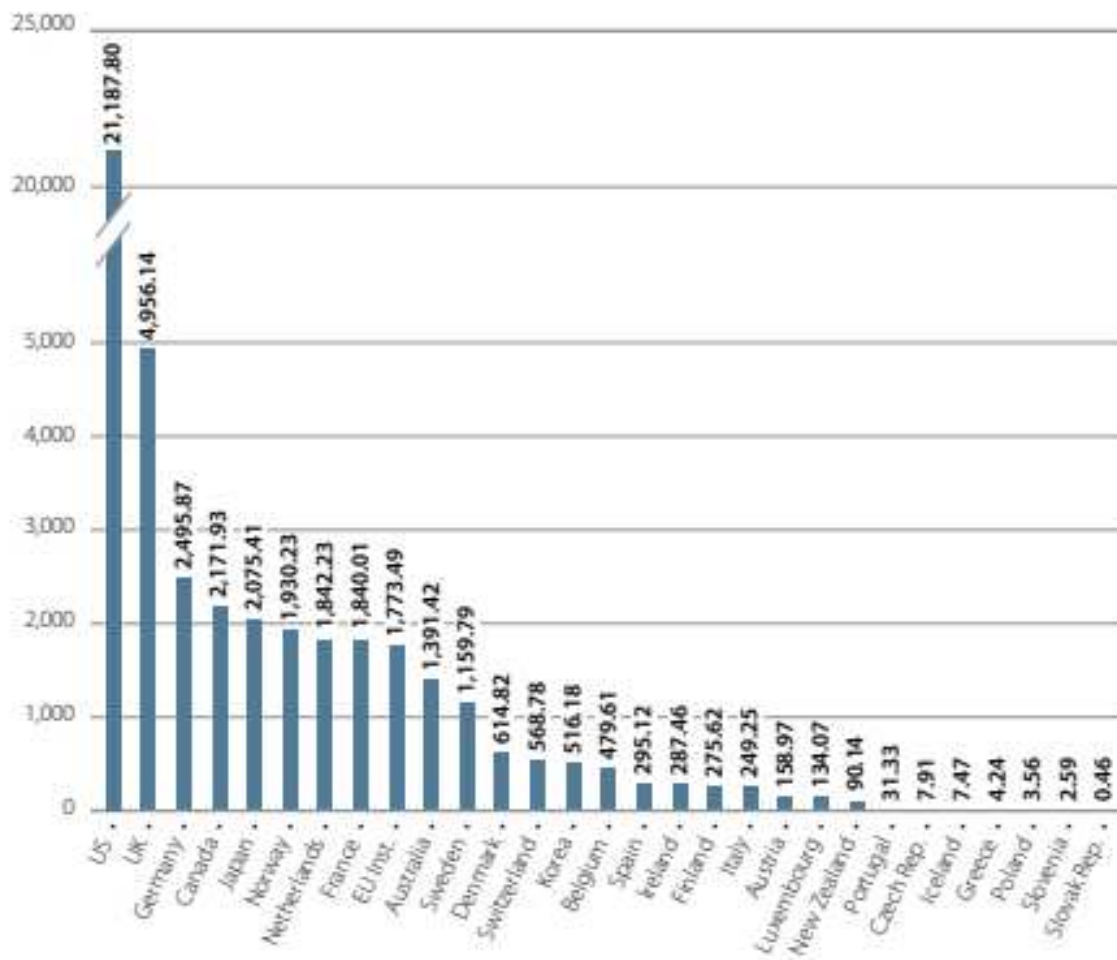
¹⁰⁸ Suivant le décret signé par Donald Trump « règle du Baillon » interdisant le financement d'ONG internationales soutenant l'avortement.

¹⁰⁹ Le Monde, 2017 https://www.lemonde.fr/international/article/2017/02/09/she-decides-la-conference-internationale-pour-financer-les-ong-soutenant-l-avortement_5077197_3210.html

Figure 22 Engagements des Etats sur la SRMNI entre 2011 et 2014¹¹⁰**AGGREGATE RMNCH COMMITMENTS
(2011-2014)**

Source: OECD DAC

(In million USD constant prices)

Source : Euromapping 2016, OECD/DAC¹¹¹

Néanmoins dès 2016, alors que cinq donateurs (les États-Unis, le Royaume-Uni, la Norvège, les Pays-Bas et les institutions de l'UE) représentaient plus de 75 % de l'ensemble des engagements et des décaissements en matière de santé reproductive, maternelle, néonatale et infantile (SSRMNI) et plus de 80 % de la planification familiale (PF), on note par ailleurs un recul relatif du Royaume-Uni (en montant des engagements)¹¹², bien que le pays reste un financeur de premier rang¹¹³.

Cinq donateurs (le Royaume-Uni, les institutions de l'UE, l'Allemagne, le Japon et la France) occupent un rang élevé dans le total des engagements et des décaissements au titre de l'APD, de la SSRMNI et de la PF, mais nettement inférieur lorsque ces montants sont calculés en pourcentage de leur APD. Le même constat était fait 5 ans plus tôt, à l'exception près du Royaume-Uni.

¹¹⁰ Euromapping ne présentent pas les décaissements pour cette période.

¹¹¹ Calculs basés sur la méthodologie Muskoka

¹¹² Il y a une limite liée à la notification des engagements en faveur de la SRMNI-N par le Royaume-Uni, qui notamment, ne renseigne pas le marqueur SGMNI de l'OCDE.

¹¹³ Euromapping 2016

Au contraire, les USA, la Norvège, les Pays-Bas et la Suède figurent dans le top 5 à la fois en termes de valeur absolue et de part relative dns leur APD de leurs engagements en faveur de la SRMNI.

Les institutions de l'UE et les Pays-Bas sont à l'origine de la plus forte augmentation des engagements en faveur de la SSRMNI et de la PF par rapport à 2015. **Le Canada affiche également une forte tendance positive** en termes d'engagements, tandis que les financements par la Grèce et la Hongrie a connu la plus forte baisse, malgré une augmentation de leurs dépenses totales en APD.

Par ailleurs, **en 2017, le retrait américain des financements du Fonds des Nations Unies pour la population (UNFPA)** a eu un impact conséquent sur l'accès des services SSRMNI/PF/VIH des groupes vulnérables.

D.3 ...qui se traduisent par la mise en place de dispositifs d'intervention coordonnés dans la continuité des premières initiatives entreprises en 2008

D.3.1 Les Agences des Nations Unies en première ligne

Dès 2008, le Fonds des Nations Unies pour la population (UNFPA) avait créé le **Fonds thématique d'affectation spéciale pour la santé maternelle (MHTF)** en vue de lancer des « programmes de maternité sans risque » dans certains des pays les moins avancés. Cette initiative répondait à l'enlisement des progrès dans des pays où le taux de mortalité maternelle dépassait 300 pour 100 000 naissances vivantes, et où beaucoup d'autres femmes souffraient de lésions durables suite à une grossesse.

Plus de \$100 M ont été investis en faveur de programmes de santé maternelle dans 49 pays. Fin 2013, le Fonds avait contribué à former 10 000 sages-femmes, qui assistent environ 1,75 millions de femmes par an. Des institutions financées par le Fonds forment actuellement entre 8 000 et 10 000 sages-femmes chaque année. Environ 47 000 femmes et filles souffrant de fistule obstétricale ont bénéficié d'un traitement, et près de 9 000 d'entre elles ont été accompagnées afin de reprendre une vie productive dans leur communauté. Les gouvernements qui financent ce Fonds comptent l'Allemagne, l'Australie, l'Autriche, le Canada, l'Espagne, l'Espagne (Catalogne), la Finlande, l'Irlande, l'Islande, le Luxembourg, la Norvège, la Nouvelle-Zélande, les Pays-Bas, la Pologne, la République de Corée, le Royaume-Uni et la Suède¹¹⁴. La France n'était et n'est toujours pas partenaire du Fonds.

Toujours en 2008, l'UNFPA, l'UNICEF, l'OMS et la Banque mondiale ont aussi lancé le **partenariat H4** en tant qu'initiative conjointe. Son but était de capitaliser les compétences fondamentales de chaque Agence onusienne afin d'assurer le continuum des soins maternels, des nouveau-nés, des enfants et des adolescents (SRMNEA), dans le cadre général de la mise en œuvre des OMD, et son action vient en appui au renforcement des systèmes de santé reproductive, maternelle, des nouveau-nés, des adolescents et des enfants. Certains des pays couverts par le dispositif sont ou étaient également couverts par le Fonds français Muskoka notamment la Côte d'Ivoire et la République démocratique du Congo (qui ne bénéficie plus en revanche de financements du FFM depuis 2016).

Le partenariat s'est élargi pour inclure ONUSIDA en 2010, puis ONU Femmes en 2012. Le H4+ est devenu le bras technique de la Stratégie mondiale de la mère et de l'enfant en 2010 et a assumé le rôle de soutien aux pays lourdement affectés, où surviennent plus de 85 % de tous les décès maternels et infantiles. En 2016, H4+ était rebaptisé « partenariat H6 ». Le Canada (en 2011-2015) et la Suède (en 2012-2015) ont fourni des fonds aux partenaires du H4+ et ont, par la suite, demandé que soit développé un cadre commun de résultats pour la mise en œuvre conjointe du programme. En 2015, les contributions totales au H6 étaient de \$62,4M.

¹¹⁴ Site web du FNUAP <https://www.FNUAP.org/fr/programmes-et-financements-communs>

Encadré 5 Objectifs et résultats du programme H4+ Suède-Canada

Le programme a 4 grands objectifs :

- Appuyer les efforts nationaux pour la mise en place et la reproduction à plus grande échelle des efforts intégrés de la SRMNEA, axée sur l'équité dans les pays où le programme est mis en œuvre.
- Appuyer le renforcement des interventions en SRMNEA des systèmes de santé nationaux avec la participation d'autres acteurs clés et guidé par les plans nationaux de santé.
- Identifier, appuyer et documenter les approches innovatrices pour les pays lourdement touchés.
- Appuyer le renforcement des systèmes d'information pour la santé et la capacité nationale d'utiliser l'information pour la planification et le suivi, en mettant l'accent sur l'équité et les droits humains.

Le programme a été conçu pour une mise en œuvre à trois niveaux :

- **Au niveau global et régional**, des membres des équipes techniques œuvrent au développement d'outils globaux de connaissance pour la santé maternelle et infantile.
- **Au niveau national**, des ressources du programme financent les équipes pays H4+ et leurs activités pour renforcer les systèmes de santé nationaux. Le programme a appuyé les huit piliers fondamentaux pour le renforcement des systèmes de santé reproductive, maternelle, des nouveau-nés, des adolescents et des enfants. De 2011 à 2015, le H4+ JPCS a investi \$62,4 M, dont la majeure partie a été investie dans l'amélioration de la prestation des services ainsi que des performances du secteur formel de la santé des dix pays partenaires.
- **Au niveau local**, le H4+ JPCS appuie la prestation intégrée des services de santé reproductive, maternelle, des nouveau-nés, des enfants et des adolescents. Le programme appuie aussi l'engagement au niveau communautaire pour accroître la demande des services de qualité.

Les dépenses les plus importantes du H4+ JPCS ont été concentrées au niveau national et local, avec de faibles dépenses pour les initiatives globales et régionales. Dix pays africains sont soutenus par le programme : Burkina Faso, Cameroun, Côte d'Ivoire, République démocratique du Congo (RDC), Éthiopie, Guinée-Bissau, Libéria, Sierra Leone, Zambie et Zimbabwe.

Le bilan général de l'évaluation du programme H4 relève que le H4+ JPCS a globalement bien contribué au renforcement des systèmes pour la prestation des services de santé reproductive, maternelle, des nouveau-nés, des enfants et des adolescents dans les dix pays où le programme était mis en œuvre. Les principales limites soulevées à la mise en œuvre efficace du programme sont les suivantes¹¹⁵ :

- Les investissements dans le domaine de l'engagement communautaire aux fins de questionner et remettre en cause les normes socioculturelles nuisibles, y compris celles liées au genre auraient pu être renforcés ;
- Le programme a été peu efficace pour l'intégration de la planification familiale dans les services en SRMNEA ;
- L'efficacité de la coordination du programme est variable en ce qu'elle dépend de la mesure dans laquelle les mécanismes de planification, de coordination et de revue se sont étendus du niveau national jusqu'au niveau local et comprenaient (ou non) tous les acteurs clés ;
- Les interventions spécifiques pour répondre aux besoins des jeunes et des adolescents étaient souvent fragmentées et d'une efficacité limitée pour atteindre les groupes-cibles. Le programme a manqué une opportunité de développer, tester, mettre en œuvre et promouvoir de nouvelles approches globales pour répondre aux besoins spécifiques des jeunes ;
- Les gains en matière de compétences et d'amélioration de la qualité des soins obtenus grâce au soutien du H4+ JPCS sont menacés. Les stratégies de sortie mises en place ne sont pas adéquates ou sont purement et simplement absentes, compromettant ainsi un accès continu aux supports techniques, financiers et matériels de la santé reproductive, maternelle, des nouveau-nés et des enfants, tout particulièrement au niveau local.

En outre, à la fin de l'année 2013, l'UNFPA est devenue l'agent fiduciaire du **Fonds dédié à la santé génésique, maternelle, des nouveau-nés et des enfants** (*Reproductive, Maternal, Newborn and Child Health Fund*), qui est un cadre d'investissement mondial et un dispositif de financement coordonné conçu pour répondre aux carences en termes de financements liés à la santé des femmes et des enfants¹¹⁶. Il est financé par la Norvège à hauteur de 26 M€. En dehors des deux programmes

¹¹⁵ Évaluation finale du H6+ programme conjoint Canada-Suède 2011-2016 (Bureau de l'évaluation, UNFPA, mai 2017)

¹¹⁶ Site web du FNUAP <https://www.FNUAP.org/fr/programmes-et-financements-communs>

mentionnés ci-dessus, on compte notamment les deux programmes suivants pour lesquels le UNFPA est l'agent d'administration :

- National Population Policy 2011-2014 - *Support for Implementing* (10 M€, financé par le Royaume-Uni) ;
- Abondement du *Female Genital Mutilation (FGM): Towards Social Convention Change* (9 M€, financé par l'Islande, l'Irlande, l'Italie, le Luxembourg, la Norvège et le Royaume-Uni) ;

La France ne compte pas parmi les pays bailleurs de ces dispositifs.

Enfin, les Nations Unies mettent également en œuvre des programmes conjoints sur la santé et la nutrition directement dans les pays. Au Cameroun, plusieurs Agences des Nations Unies (OMS, UNICEF, UNFPA, ONUSIDA, PAM) mettent en œuvre un programme conjoint sur la santé et la nutrition sur la période 2018-2022¹¹⁷.

D.3.2 Des membres du G8 privilégient en général le multilatéral pour la mise en œuvre des engagements pris à Muskoka ...

Les membres du G8 ont principalement choisi de faire transiter les fonds additionnels Muskoka via le Fonds mondial, le GAVI, mais aussi les Agences des Nations Unies.

Deux pays ont en particulier proposer aux Agences des Nations Unies des cadres d'intervention pour faciliter le travail de concert : la France - via le Fonds français Muskoka (voir chapitre 3) - et le Canada - via **l'initiative sur la santé des mères, des nouveau-nés et des enfants** (SMNE). L'initiative canadienne n'est pas un « programme » en soit, mais **s'appuie sur un cadre** qui est mis en œuvre au moyen de nombreuses stratégies de mise en œuvre de programme autonomes¹¹⁸. Pour la mise en œuvre de l'Initiative, le MAECD a, dans une grande mesure, suivi la logique des éléments constitutifs des systèmes de santé établis par l'OMS.

L'initiative canadienne n'a pas été renouvelée après 2015. En effet, l'évaluation de la SMNE souligne qu'en ce qui concerne la gouvernance, la mise en œuvre de l'Initiative a « **renforcé l'engagement du MAECD dans les initiatives visant à améliorer la gouvernance du secteur de la santé dans les pays cibles et, dans une certaine mesure, au niveau des organisations multilatérales, en intensifiant la coopération entre les Agences des Nations Unies sous l'égide du Groupe H4+**¹¹⁹ ». En revanche, le cumul des décaissements destinés au renforcement des systèmes à travers des interventions générales et ciblées a « *diminué la clarté du soutien canadien à la SMNE* », et le leadership technique et de coordination au niveau central s'est affaibli avec le temps.

De nouvelles formes de financement en commun sont apparues en 2015, notamment le Fonds Fiduciaire multi bailleurs de la Banque mondiale en Soutien à EWEC (GFF). Ce fonds a été lancé en juillet 2015 à Addis Abbaba au cours de la Conférence sur le Financement du Développement et cela, dans le cadre d'un débat mondial sur la façon de financer les ODD—impliquant le passage d'un raisonnement axé sur des milliards de dollars à la reconnaissance que des trillions sont nécessaires pour atteindre les objectifs ambitieux convenus. En deux ans les contributions initiales de \$525 M du gouvernement canadien, de la Norvège, de la Fondation Bill & Melinda Gates et « Merck for Mothers » ont été entièrement engagés. La conférence de reconstitution du GFF a eu lieu le 6 novembre 2018 à Oslo au cours de laquelle 1,02 MUSD d'engagements ont pu être récoltés. La France a souhaité ne pas s'engager dans le dispositif, à cause notamment de réserves sur la mise en œuvre opérationnelle.

¹¹⁷ <http://cm.one.un.org/content/unct/cameroon/fr/home/notre-action/nos-programmes/sante-et-nutrition.html>

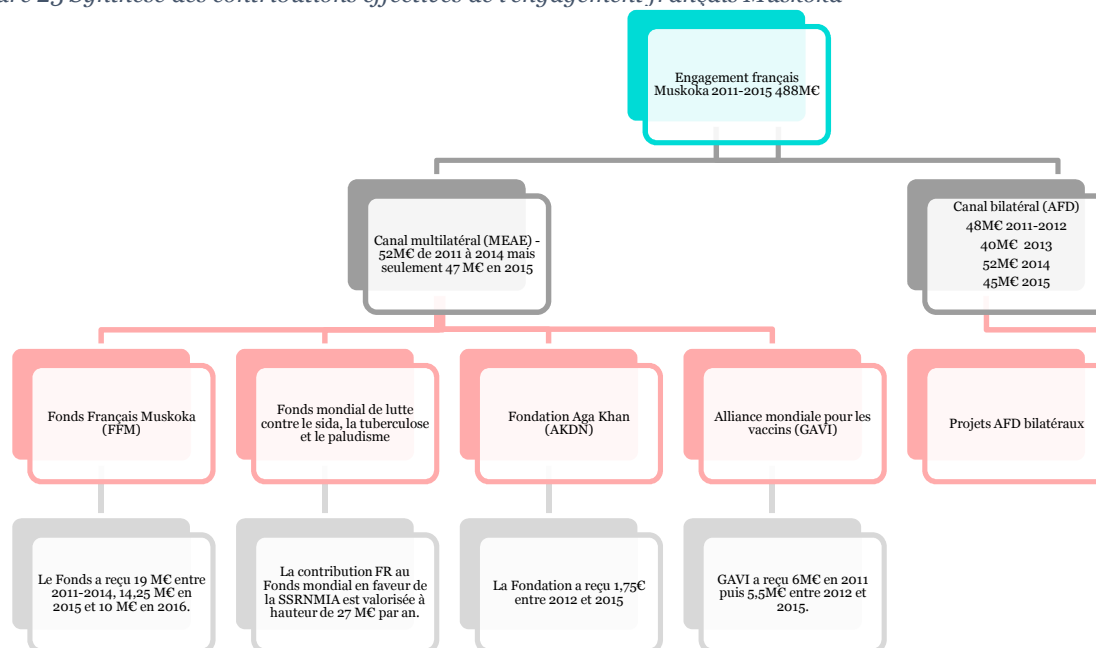
¹¹⁸ Évaluation formative de la contribution du Canada à l'Initiative sur la santé des mères, des nouveau-nés et des enfants (SMNE) – décembre 2015

¹¹⁹ Groupe H4+ devenu Groupe H6, (les quatre (et aujourd'hui six) organisations chargées de la mise en œuvre des projets relatifs à la santé : UN AIDS, UNFPA, UNICEF, UN Women, Organisation Mondiale de la Santé, Banque Mondiale)

D.3.3 ...inclus la France

Ainsi, l'engagement de la France à financer un montant additionnel de 500M€¹²⁰ pour la SSRMNIA-N sur la période 2011-2015 lors du sommet G8 à Muskoka en 2010, constitue un point de pivot majeur, faisant de la France le 8ème contributeur en faveur de la (SSRMNIA-N) au monde, derrière le Royaume-Uni, les États-Unis, l'Allemagne, le Canada, le Japon, la Norvège et les Pays-Bas. C'est la première fois que la volonté politique et l'appui sont aussi élevés, se traduisant par une contribution bilatérale et multilatérale équilibrée et un travail étroit avec les 4 Agences onusiennes.

Figure 23 Synthèse des contributions effectives de l'engagement français Muskoka



Source : Technopolis France.

Cet engagement s'est traduit par un recentrage des financements du canal bilatéral sur la SSRMNIA-N, et s'ajoute aux engagements de la France pour la lutte contre le VIH/SIDA, la tuberculose et le paludisme, la vaccination mais aussi la mise en œuvre de financements innovants et la promotion de l'objectif de couverture santé universelle sur le canal multilatéral.

Le canal multilatéral, financé par le MEAE, représente 52M€ par an, et le canal bilatéral, financé par l'AFD, 48M€ par an jusque 2015. En 2015, la France choisit de poursuivre son engagement additionnel à hauteur de 10M€ par an pour le Fonds Français Muskoka (FFM) en partenariat avec les Agences onusiennes, engagement renouvelé lors du dernier CICID de 2018. L'AFD n'a plus d'obligations chiffrées de fléchage depuis 2015 mais maintient son appui à la SSRMNIA-N. Le dernier CICID de 2018 réaffirme l'appui à la SSRMNIA-N via le canal bilatéral.

La France s'est par ailleurs engagée dès 2011 auprès du partenariat de Ouagadougou et en 2017 aux côtés de ses partenaires européens auprès de l'initiative « *She Decides* » pour rechercher de nouvelles possibilités de collaboration, d'échanges d'expérience et d'initiatives conjointes dans le cadre de Muskoka, en accordant une attention particulière à la région du Sahel.

¹²⁰ Sur un engagement initial de 500M€, la contribution effective de la France pour la SSRMNIA-N a été de 488M€ sur la période 2011-2015. Les montants alloués au canal multilatéral et bilatéral étaient variables selon les années. Les FSP spécifiques à la Fondation Aga Khan et GAVI ont été clôturés en 2015.

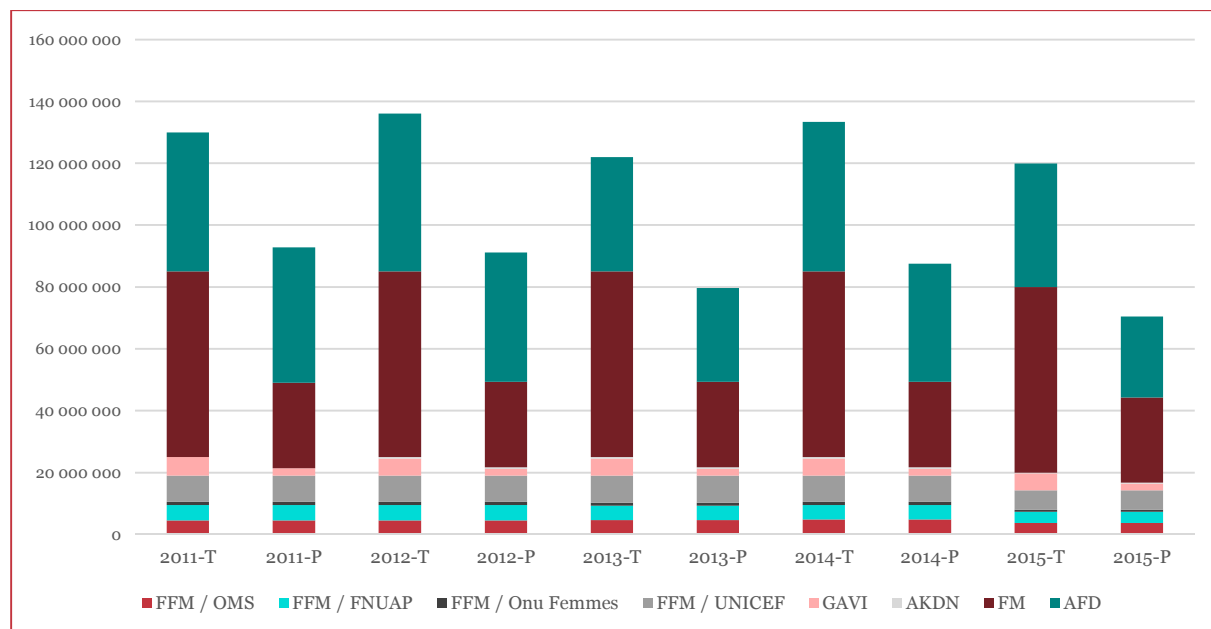
Bien que le secteur de la santé soit prioritaire dans la politique française de coopération en matière de développement, il ne représentait que 4 % de l'aide publique au développement (APD) de la France au début des années 2000 avant de remonter à 8,3 % en 2012¹²¹. En 2015, l'aide multilatérale française dans le domaine de la santé représentait 471M €, soit 14 % de l'ensemble des dons de l'APD après les versements vers l'Union européenne¹²².

La France et le Danemark ont signé le 17 décembre 2018 une Déclaration de coopération déléguée pour la mise en place d'une délégation de financement qui transitera par le FFM. Alors que les Agences des Nations Unies ont tout intérêt à ce que de nouveaux bailleurs utilisent cette « plateforme » (notamment le Canada, mais aussi d'autres pays scandinaves), la France doit bien évaluer les avantages et inconvénients d'un élargissement. Par ailleurs, en Afrique de l'Ouest, les Agences des Nations Unies ont engagé une réflexion sur la mise en place d'une plateforme élargie.

¹²¹	MEAE	Stratégie	française	pour	l'aide	multilatérale	2017-2021,	2017
	https://www.diplomatie.gouv.fr/IMG/pdf/strategie_multilaterale_fr_cle48bd75.pdf							
¹²²	MEAE	Stratégie	française	pour	l'aide	multilatérale	2017-2021,	2017
	https://www.diplomatie.gouv.fr/IMG/pdf/strategie_multilaterale_fr_cle48bd75.pdf							

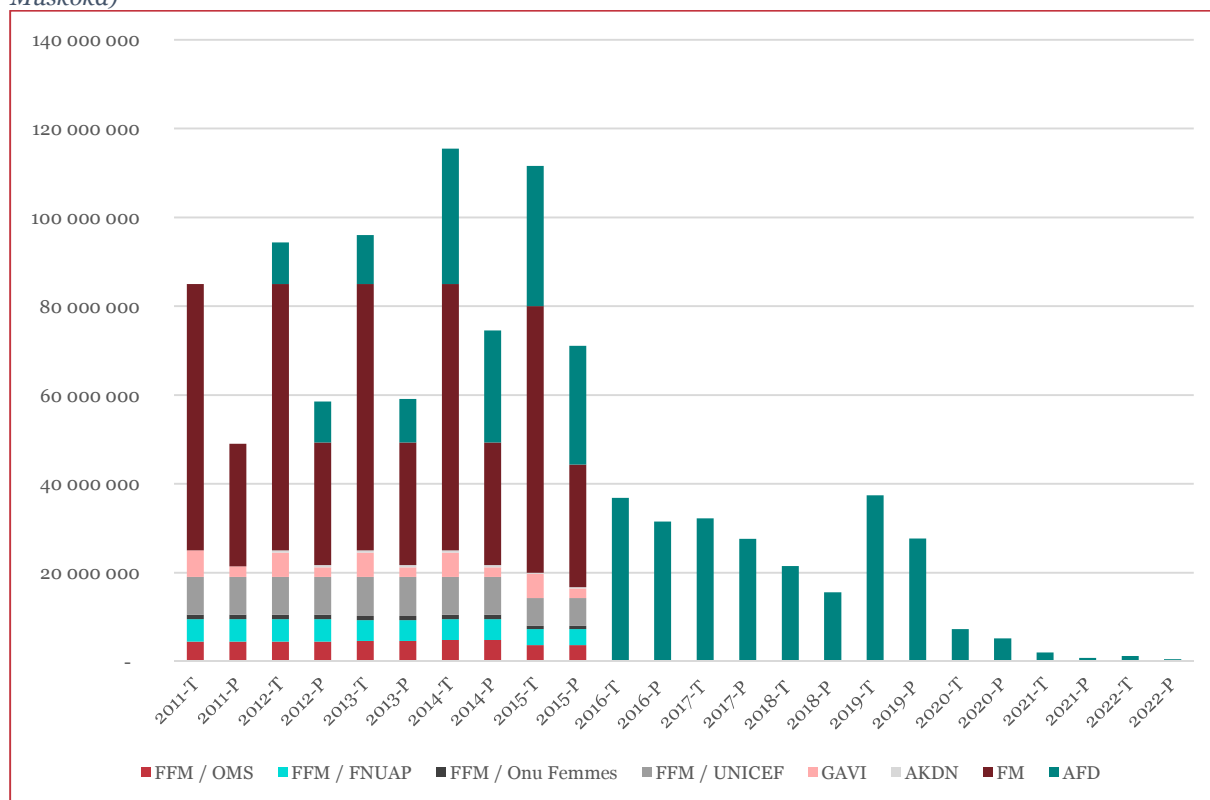
Annexe E Données complémentaires sur la redevabilité de l'engagement Muskoka

Figure 24 Ventilation par année et par acteur des montants engagés (montants totaux et montants pondérés Muskoka)



Source : données MEAE/DGM/DPO et AFD – traitement Technopolis

Figure 25 Ventilation par année et par acteur des montants versés (montants totaux et montants pondérés Muskoka)



Source : données MEAE/DGM/DPO et AFD – traitement Technopolis

Annexe F Liste des documents adressés par le MEAE

F.1 Documentation FSP Muskoka

F.1.1 Documentation FSP FFM

Auteur	Titre	Type de document	Année
MEAE/DGM	Fiche projet Fond français Muskoka OMS	Fiche projet FSP	2011
MEAE/DGM	Fiche projet Fond français Muskoka UNICEF	Fiche projet FSP	2011
MEAE/DGM	Fiche projet Fond français Muskoka GFNUAP/ONUFEMMES	Fiche projet FSP	2011
MEAE/DGM	Rapport de présentation FSP-FFM FNUAP/ONUFEMMES	Document administratif France	2012
MEAE/DGM	Rapport de présentation FSP-FFM FNUAP/ONUFEMMES	Document administratif France	2013
MEAE/DGM	Rapport de présentation FSP-FFM FNUAP/ONUFEMMES	Document administratif France	2014
MEAE/DGM	Rapport de présentation FSP-FFM FNUAP/ONUFEMMES	Document administratif France	2015
MEAE/DGM	Rapport de présentation FSP-FFM FNUAP/ONUFEMMES	Document administratif France	2017
MEAE/DGM	Rapport de présentation FSP-FFM OMS	Document administratif France	2012
MEAE/DGM	Rapport de présentation FSP-FFM OMS	Document administratif France	2013

MEAE/DGM	Rapport de présentation FSP-FFM OMS	Document administratif France	2014
MEAE/DGM	Rapport de présentation FSP-FFM OMS	Document administratif France	2015
MEAE/DGM	Rapport de présentation FSP-FFM OMS	Document administratif France	2017
MEAE/DGM	Rapport de présentation FSM-FFM UNICEF	Document administratif France	2012
MEAE/DGM	Rapport de présentation FSM-FFM UNICEF	Document administratif France	2013
MEAE/DGM	Rapport de présentation FSM-FFM UNICEF	Document administratif France	2014
MEAE/DGM	Rapport de présentation FSM-FFM UNICEF	Document administratif France	2015
MEAE/DGM	Rapport de présentation FSM-FFM UNICEF	Document administratif France	2017
OMS/AMPS, ONU-Femmes, FNUAP, UNICEF	Rapport global- rapport de progrès Année 1	Document administratif FFM OI	2012
FNUAP-UNICEF	Rapport Pays -rapport de progrès- BENIN Année 1	Document administratif FFM OI	2012
UNFPA-UNICEF	Rapport Pays BENINA année 3	Document administratif FFM OI	2014
UNICEF- OMS	Rapport Pays-rapport de progrès COTE D'IVOIRE : Année 1	Document administratif FFM OI	2012
OMS	Rapport Pays- rapport de progrès- BURKINA-FASO Année 1	Document administratif FFM OI	2012

OMS, AMPS, UNICEF, FNUAP, ONUFEMMES.	Rapport Pays Rapport de Progrès - GUINEE Année 1	Document administratif FFM OI	2012
ONUFEMMES	Rapport Pays-rapport de Progrès - HAÏTI -Année 1	Document administratif FFM OI	2012
UNICEF/ONUFEMMES	Rapport Pays-rapport de Progrès - NIGER -Année 1	Document administratif FFM OI	2012
ONUFEMMES	Rapport Pays-rapport de Progrès - RCA -Année 1	Document administratif FFM OI	2012
OMS	Rapport Pays-rapport de progrès- RDC- Année 1	Document administratif FFM OI	2012
OMS	Rapport Pays-rapport de progrès- SENEGAL- Année 1	Document administratif FFM OI	2012
UNICEF, FNUAP, ONUFEMMES	Rapport Pays-rapport de progrès- TCHAD- Année 1		
OMS, UNICEF, FNUAP, ONU Femmes	Rapport Pays-rapport de progrès- TOGO- Année 1		
OMS/AMPS, ONU-Femmes, FNUAP, UNICEF	Rapport annuel global Année 2	Document administratif FFM OI	2013
OMS AMPS	Rapport narratif OMS AMPS		
ONU FEMMES	Rapport Agence Année 2	Document administratif FFM OI	2013
OMS	Rapport Agence Année 2	Document administratif FFM OI	2013
OMS/AMPS, UNICEF et FNUAP	Rapport Pays- rapport annuel- BENIN- Année 2	Document administratif FFM OI	2013

OMS/AMPS, UNICEF et FNUAP	Annexe rapport pays-BENIN-Année 2	Document administratif FFM OI	2013
UNICEF, FNUAP et OMS	Rapport Pays- rapport annuel- BURKINA FASO- Année 2	Document administratif FFM OI	2013
FNUAP, UNICEF, ONU Femmes, OMS/AMPS	Rapport Pays- rapport annuel- COTE d'IVOIRE-Année 2	Document administratif FFM OI	2013
FNUAP, UNICEF, ONU Femmes, OMS/AMPS	Annexe rapport pays annuel : tableau de Plan Annuel Opérationnel Muskoka Côte d'Ivoire 2014	Document administratif FFM OI	2013
OMS/AMPS, UNICEF, FNUAP et ONUFEMMES	Rapport Pays - rapport annuel GUINEE- Année 2	Document administratif FFM OI	2013
ONU-Femmes et OPS (organisation panaméricaine de la santé/OMS)	Rapport Pays- rapport annuel- HAITI- Année 2	Document administratif FFM OI	2013
UNICEF, FNUAP, OMS et ONUFEMMES	Rapport Pays- rapport annuel- NIGER- Année 2	Document administratif FFM OI	2013
UNICEF, FNUAP, OMS et ONUFEMMES	Annexe au Rapport annuel -fiche pays - NIGER- Année 2	Document administratif FFM OI	2013
UNFPA, UNICEF, ONU Femmes, OMS	Fiche pays annuelle : renforcement du système de santé dans les pays cibles	Document administratif	2012
OMS	Rapport Pays- rapport annuel - RDC -Année 2	Document administratif FFM OI	2013
UNICEF, FNUAP, OMS et ONUFEMMES	Rapport -Pays- rapport annuel - Sénégal- Année 2	Document administratif FFM OI	2013
UNICEF, FNUAP, ONUFEMMES, OMS	Rapport Pays- rapport annuel -TCHAD - Année 2	Document administratif FFM OI	2013

UNICEF, FNUAP, OMS et ONUFEMMES	Rapport Pays- rapport annuel -TOGO - Année 2	Document administratif FFM OI	2013
UNICEF, FNUAP, OMS et ONUFEMMES	Rapport global FFM Année 3	Document administratif FFM OI	2014
FFM	Rapport annuel FSP Muskoka Année 4	Document administratif	
FFM	Rapport annuel FSP Muskoka Année 6	Document administratif	
FNUAP, OMS, UNICEF	Rapport Pays annuel- BENIN -Année 3	Document administratif FFM OI	2014
OMS , UNFPA , UNICEF , ONU Femmes	Rapport Pays rapport de mise en œuvre de l'activité _ Burkina-Faso _Année 3	Document administratif FFM OI	2014
OMS, UNICEF, FNUAP, ONUFEMMES	Rapport Pays- rapport annuel COTE D'IVOIRE _Année 3	Document administratif FFM OI	2014
OMS/AMPS / UNICEF / FNUAP / ONU FEMMES	Rapport Pays - rapport annuel HAITI 1-Année3	Document administratif FFM OI	2014
OMS/AMPS / UNICEF / FNUAP / ONU FEMMES	Rapport Pays - rapport annuel HAITI 2-Année3	Document administratif FFM OI	2014
CRCS-CRSM Jean-Marie Milleliri	Note sur le rapport préliminaire d'évaluation à mi-parcours de la mise en œuvre de l'initiative Muskoka au Mali -Mali-Année 3	Document administratif FFM OI	2014
Jean-Marie Milleliri - CRCS Bamako	Évaluation à mi-parcours rapport préliminaire Muskoka Mali - évaluation à mi-parcours - rapport préliminaire Note sur la réunion du jeudi 2 avril 2015	Document administratif	2015
UNICEF, FNUAP, OMS, UNW	Rapport Pays -Rapport annuel d 'activité Mali	Document administratif FFM OI	2014

ONU FEMMES, FNUAP	Rapport Pays - rapport annuel RCA 1-Année3	Document administratif FFM OI	2014
UNICEF, FNUAP, OMS et ONU Femmes	Rapport Pays - rapport annuel RCA 2_Année3	Document administratif FFM OI	2014
OMS FNUAP UNICEF	Rapport Pays - rapport annuel SENEGAL 1-Année3	Document administratif FFM OI	2014
OMS FNUAP UNICEF	Rapport Pays - rapport annuel SENEGAL 2_Année3	Document administratif FFM OI	2014
UNICEF – FNUAP - OMS	Rapport Pays - rapport annuel TOGO 1-Année3	Document administratif FFM OI	2014
UNICEF – FNUAP - OMS	Rapport Pays - rapport annuel TOGO 2_Année3	Document administratif FFM OI	2014
OMS UNICEF ONU FEMMES FNUAP	Rapport annuel FSP Muskoka_ Année 4	Document administratif FFM OI	2015
OMS UNICEF ONU FEMMES FNUAP	Synthèse- Rapport annuel FSP Muskoka_ Année 5	Document administratif FFM OI	2015
OMS UNICEF ONU FEMMES FNUAP	Rapports régionaux des Agences_ Année 4	Document administratif FFM OI	2015
OMS UNICEF ONU FEMMES FNUAP	Rapport Agence- rapport de recherche opérationnelle_ Année 4	Document administratif FFM OI	2015
OMS, UNICEF, FNUAP, ONUFEMMES	Rapport Pays- Compilation pays : Bénin-CI-Guinée-Mali-Niger-Sénégal-tchad-Togo-RDC/RCA/Haïti	Document administratif FFM OI	2015
OMS UNICEF ONU FEMMES FNUAP	Synthèse- Rapport annuel FSP Muskoka_ Année 5	Document administratif FFM OI	2015

ONUFEMMES	Rapport Agence - Rapport d'exécution des Fonds FSP/ONUFEMMES - Année 5	Document administratif FFM OI	2016
OMS	Rapport Agence-Rapport Agence Budget Muskoka- Année 5	Document administratif FFM OI	2016
FNUAP	Rapport Agence- rapport narratif du Fonds des Nations-Unies pour la Population- Bureau régional de l'Afrique de l'Ouest et du centre- Année 5	Document administratif FFM OI	2016
UNICEF BRAOC	Rapport Agence- Rapport financier- Année 5	Document administratif FFM OI	2016
FNUAP, OMS, UNICEF, ONU FEMMES	Rapport Pays- rapport annuel BENIN- Année 5	Document administratif FFM OI	2016
OMS, UNICEF, FNUAP, ONUFEMMES	Rapport Pays- rapport annuel COTE d'IVOIRE- Année 5	Document administratif FFM OI	2016
OMS, UNICEF, FNUAP, ONUFEMMES	Rapport Pays- rapport annuel MALI- Année 5	Document administratif FFM OI	2016
OMS, UNICEF, FNUAP, ONUFEMMES	Rapport Pays- rapport annuel TCHAD- Année 5	Document administratif FFM OI	2016
OMS, UNICEF, FNUAP, ONUFEMMES	Rapport Pays- rapport annuel TOGO Année 5	Document administratif FFM OI	2016
MEAE	Convention cadre OMS- avenant 2	Document administratif	2012
MEAE	Convention cadre de financement ONUFEMMES	Document administratif	2011
MEAE	Convention cadre de financement FNUAP	Document administratif	2011

MEAE	Convention cadre de financement UNICEF	Document administratif	2011
MEAE	Compte rendu du COPIL	Document administratif	2011
MEAE	Compte rendu du COPIL	Document administratif	2012
MEAE	Compte rendu du COPIL	Document administratif	2013
MEAE	Compte rendu du COPIL	Document administratif	2014
MEAE	Compte rendu du COPIL	Document administratif	2015
MEAE	Compte rendu du COPIL	Document administratif	2016
MEAE	Courrier formel - Compte rendu du COPIL	Document administratif	2017
MEAE	Rapport de réunion COTECH -Bamako	Document administratif	2012
MEAE	Compte rendu COTECH Abidjan	Document administratif	2012
MEAE	Compte rendu COTECH- réunion extraordinaire- Dakar	Document administratif	2013
MEAE	Compte rendu COTECH avril 2014-Lomé	Document administratif	2014

MEAE	Compte rendu COTECH novembre 2014-Niger	Document administratif	2014
MEAE	Compte rendu COTECH Bamako 2015	Document administratif	2015
MEAE	Courrier Formel Compte rendu COTECH Dakar 2016	Document administratif	2016
MEAE	Courrier Formel Compte rendu COTECH Dakar 2017	Document administratif	2017

F.1.2 Documentation hors FFM

Auteur	Titre	Type de document	Année
AKDN	Compte-rendu technique et financier 2012_2013	Compte rendu technique et financier 2012-2013 pour les 3 pays (Afghanistan, Pakistan, Tadjikistan)	2013
AKDN	French Cross-Border MNCH Project - Report Year 1	Rapport narratif et financier annuel 2012-2013	2013
AKDN	Year III annual financial Report Afghanistan	Rapport financier annuel 2015	2015
AKDN	Year III annual technical Report Afghanistan	Rapport technique annuel 2014-2015	2015
AKDN	ADKN ADF Cross-Border Narrative report	Rapport narratif annuel 2014-2015	2015
AKDN	Financial report Year 3	Rapport financier final 2012-2015	2015

AKDN	French MNCH Financial Report Sep 14-Aug15 with Year 4 budget final -- Tajikistan	Rapport financier annuel 2014-2015	2015
AKDN	Interim Report Cross-Border Maternal, Neonatal and Child Health Programme: Pakistan, Afghanistan and Tajikistan	Rapport narratif intermédiaire 2014	2014
AKDN	P-Summary of Key Activities -- French MNCH Grant -- Pakistan-Year 3	Synthèse des interventions menées au Pakistan 2014-2015	2015
AKDN	TJK Financial Report Sep 14-Aug15 with Year 4 budget final	Rapport financier Tadjikistan 2014-2015	2015
AKDN	TJK Detailed Financial Report Jan-May-2015 with Year 4 forecast 1	Rapport financier Tadjikistan 2015	2015
AKDN	Tadjikistan - Year 3- Annual Report September 2014 à August 2015	Rapport financier 2014-2015 pour les 3 pays (Afghanistan, Pakistan, Tadjikistan)	2015
MEAE	Fiche projet Fond français Muskoka AKDN	Fiche projet FSP	2011
MEAE	Fiche projet Fond français Muskoka GAVI	Fiche projet FSP	2011
MEAE	Rapport de présentation FSP AGA KHAN	rapport officiel	2012
MEAE	Rapport de présentation FSP AGA KHAN	rapport officiel	2013
MEAE	Rapport de présentation FSP AGA KHAN	rapport officiel	2014
MEAE	Convention cadre de partenariat AGA KHAN		2008

MEAE	Annexes- Convention cadre de partenariat AGA KHAN		2008
MEAE	Annexe- Imputabilité AGA KHAN		2008
MEAE	Convention cadre de partenariat AGA KHAN		2012
MEAE	Annexe- Convention financière cadre de partenariat AGA KHAN		2012
MEAE	Fiche projet FSP Muskoka GAVI	fiche descriptive du FSP GAVI	2011
MEAE	Rapport de présentation FSP GAVI		2013
MEAE	Rapport de présentation FSP GAVI		2014
GAVI	Rapport d'étape _FSP GAVI N 2011-27	rapport d'exécution 2011-avril 2012	2012
GAVI	Rapport d'étape _FSP GAVI 2012	rapport d'exécution fin 2012	2013
GAVI	Rapport d'étape _FSP GAVI 2013	rapport d'exécution pour 2012 -2013 -2014	2014
GAVI	Rapport d'étape _FSP GAVI final 2014	rapport d'étape 2014	2015
MEAE	Fiche projet Fond français Muskoka GAVI		
MEAE	Déclaration de Paris sur l'efficacité de l'aide au développement	Document stratégique France	2014
MEAE	Action extérieure de la France pour la Jeunesse	Document stratégique France	2015
MEAE	Question parlementaire n°46 Bilan des engagements de Muskoka en faveur de la santé infantile et maternelle	Document administratif France	2017

F.2 Documents stratégiques

F.2.1 Cadres et documents stratégiques français

Auteur	Titre	Type de document	Année
AFD	Cadre d'intervention sectoriel Santé et Protection sociale 2012-2014	Document stratégique	2012
AFD	Cadre d'intervention sectoriel Santé et Protection sociale 2015-2019	Document stratégique	2015
AFD	Cadre d'intervention sectoriel Santé et protection sociale 2015-2019	Document stratégique	2014
AFD	Contrat d'objectifs et de moyens 2011-2013	Document stratégique	2011
AFD	Bilan de la 3ème année d'exécution du COM 2011-2013	Document administratif	2013
AFD	Contrat d'objectifs et de moyens 2014-2016	Document stratégique	2014
MEAE	Stratégie de la France en Santé mondiale 2017-2021	Document stratégique	2017
MEAE	Stratégie internationale de la France pour l'égalité entre les femmes et les hommes 2018-2022	Document stratégique	2018
MEAE	Feuille de route pour l'action de la France à l'international: améliorer la nutrition des populations vulnérables 2016-2020	Document stratégique	2016

MEAE	L'action extérieure de la France sur les enjeux de population, de droits et santé sexuels et reproductifs 2016-2020	Document stratégique	2016
MEAE	Comité interministériel de la coopération internationale et du développement (CICID) du 08 février 2018	Document stratégique	2018
France	LOI n° 2014-773 du 7 juillet 2014 d'orientation et de programmation relative à la politique de développement et de solidarité internationale	Document stratégique	2014
MEAE	Relevé de conclusions du CICID du 08 février 2018	Document stratégique	2018
MEAE/NUOI	Note de contexte et éléments de langage sur la réforme du système de développement des Nations Unies – mise en œuvre par les Agences, fonds et programmes des Nations Unies	Document informatif	2018
AFD	Population, développement et dividende démographique au Tchad : replacer la population au centre des trajectoires de développement	Document stratégique	

F.2.2 Cadres et documents internationaux

Auteur	Titre	Type de document	Année
Direction du développement et de la coopération suisse	Réforme du système des Nations Unies pour le développement	Document administratif	2013
OMS	Stratégie mondiale pour la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent (2016-2030)	Document stratégique	2016

OMS	Stratégie mondiale du secteur de la santé contre les infections sexuellement transmissibles 2016-2021	Document stratégique	2016
Nations Unies	Instructions standard à l'intention des pays qui adoptent l'initiative « Unis dans l'action »	Document informatif	2014
Nations Unies	Résolution 72/279 72/279. Repositionnement du système des Nations Unies pour le développement dans le cadre de l'examen quadriennal complet des activités opérationnelles de développement du système des Nations Unies	Document cadre	2018

F.2.3 Documents de redevabilité G8

Auteur	Titre	Type de document	Année
G8 Canada	Muskoka 2010 G8 Canada: Muskoka Accountability report: Assessing action and results again development-related commitments	document administratif	2010
G8 France	Rapport de Deauville sur la redevabilité. Engagement du G8 pour la santé et la sécurité alimentaire	document administratif	2011
G8 camp David (USA)	Camp David Accountability Report: actions, approach and results	document administratif	2012
G7 UK	Lough Erne Accountability Report Keeping our promises	document administratif	2013
G7 Germany	G7 Elmau Progress Report: Biodiversity –A vital foundation for sustainable development	document administratif	2015
G7 japon Ise-shima	Progress Report- G7 accountability on development and development-related commitments	document administratif	2016

G7 Italie Taormina	Taorminab Progress Report: Investing in Education for Mutual Prosperity, Peace and Development	document administratif	2017
---------------------------	--	------------------------	------

F.2.4 Déclarations officielles

Auteur	Titre	Type de document	Année
MEAE	Déclaration conjointe sur le renforcement de la coopération au développement franco-danoise, avec une attention particulière accordée au Sahel	Document cadre	2018
France	Conférence de presse de M. Nicolas Sarkozy, Président de la République, notamment sur la réforme de la gouvernance mondiale, la lutte contre la prolifération des armes nucléaires, la réduction des déficits budgétaires et sur la régulation des marchés financiers, à Muskoka le 27 juin 2010.	Déclaration publique	2010
G8	G8 MUSKOKA- Déclaration : recovery and new beginnings	Document cadre	2010

F.3 Évaluations et articles

F.3.1 Rapports : bilans, évaluations et études

Auteur	Titre	Type de document	Année
Nations-Unies	Objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) : Rapport 2015	document administratif	2015
OMS	World health Statistics for SDG	Document administratif	2017

MOPAN	Rapport 2015-2016 d'évaluation du Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme	Rapport d'évaluation	2015
MOPAN	Management response Global fund	Réponse des OI	2017
MOPAN	Résumé exécutif évaluation du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme	Rapport d'évaluation	2015
MOPAN	Technical Report: United Nations Entity for Gender Equality and the Empowerment of Women (UN-Women) Volume I Results by Micro-indicator and by Country	Rapport d'évaluation	2014
MOPAN	technical Report: United Nations Entity for Gender Equality and the Empowerment of Women (UN-Women), Volume II Methodology Appendices and Bibliography	Rapport d'évaluation	2014
MOPAN	Note de synthèse: Entité des Nations Unies pour l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes (ONU Femmes)	Synthèse d'évaluation	2014
MOPAN	MAIN FINDINGS 2014 Assessment: UN Entity for Gender Equality and the Empowerment of Women (UN Women) ¹	Rapport d'évaluation	2014
MOPAN-FNUAP	Management response UN-Women	Réponse des OI	2014
MOPAN	Gavi, the Vaccine Alliance/ Institutional Assessment Report	Rapport d'évaluation	2015
MOPAN	Gavi, L'alliance du vaccin Résumé exécutif	Synthèse d'évaluation	2015
MOPAN-GAVI	GAVI Management response	Réponse des OI	2015

MOPAN	Institutional report World Health Organization (WHO) Volume I . 2013	Rapport d'évaluation	2013
MOPAN	Institutional report World Health Organization (WHO) Volume II . 2013	Rapport d'évaluation	2013
MOPAN	Main findings from the assessment of The World Health Organisation (WHO) 2013 ¹	Rapport d'évaluation	2013
MOPAN	Organisation mondiale de la Santé (OMS): Note de synthèse . 2013	Rapport d'évaluation	2013
MOPAN-WHO	WHO Management response	Synthèse d'évaluation	2013
MOPAN	United Nations Children's Fund (UNICEF) Institutional Assessment Report	Rapport d'évaluation	2015
MOPAN	Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF): Résumé exécutif	Synthèse d'évaluation	2015
MOPAN-UNICEF	Management Response	Réponse des OI	2017
MOPAN	MOPAN Innovation Pilots - Case study concept note	Note conceptuelle	2017
NATIONS UNIES	Independant evaluation of DELIVERING AS ONE	Rapport d'évaluation	2012
EY	Évaluation conjointe des interventions du MAEDI et de l'AFD en matière de santé maternelle et infantile pour mettre en œuvre les engagements pris par la France à Muskoka	Rapport d'évaluation	2015
Médecine et Santé tropicales	Fonds Français Muskoka	Article de recherche	2016

OMS	Rapport sur la santé dans le monde 2005: Donnons sa chance à chaque mère et à chaque enfant	Rapport d'études	2005
DGT	Efficacité de l'interaction des organisations multilatérales dans les pays africains (ex-Zone de Solidarité Prioritaire)	Rapport d'évaluation	2012
Kerouedan Dominique	Santé mondiale, enjeux stratégiques, jeux diplomatiques	Ouvrage de recherche	2016
Balique Hubert	"Gouvernance et modalités de l'aide dans la lutte contre la mortalité maternelle et néonatale au Mali" in <i>Santé Mondiale</i>	Ouvrage de recherche	2016
OCDE	Peer Review of the Gavi Evaluation Function- Final Report 03 October 2017	Revue par les pairs	2017
OCDE	Professional Peer Review of the Evaluation Function of UN Women	Revue par les pairs	2014
OCDE	Peer review of the evaluation function of UNICEF	Revue par les pairs	2017
Gouvernement du Canada	Évaluation formative de la contribution du Canada à l'Initiative sur la santé des mères, des nouveau-nés et des enfants (SMNE)	Rapport d'évaluation	2015
AFD	Impact du forfait obstétrical en Mauritanie Étude statistique à partir des données socio sanitaires de 2001 à 2011	Rapport d'évaluation	2017
DGT	Efficacité de l'interaction des organisations multilatérales dans les pays africains (ex-Zone de Solidarité Prioritaire)	Rapport d'évaluation	2010
FNUAP	Synthèse de l'Evaluation H6 du programme conjoint Canada-Suède (Sida) 2011-2016	Rapport (synthèse) d'évaluation	2017

FNUAP	Synthèse de l'Evaluation H4+ du programme conjoint Canada-Suède (Sida) 2011-2016	Rapport d'évaluation (synthèse)	2017
--------------	--	------------------------------------	------

F.4 Projets AFD Muskoka

Auteur	Titre	Type de document	Année
AFD	Rapports d'exécution projets de 2011 à 2015	Document administratif	2011-2015
AFD	Tableau des projets identifiés au titre de Muskoka	Document administratif	2011-2015
AFD	Tableau des projets santé sur l'Afrique Francophone	Document administratif	à définir
AFD	Avis AES	Document administratif	2011-2015
MEAE/DGM/HUMA	Avis Huma sur les projets AFD de 2011 à 2015	Document administratif	2011-2015
MEAE/DGM/DDD	Avis DDD sur projets AFD de 2011 à 2015	Document administratif	2011- 2015
MEAE	CGN 1211 Avis Définitif DD 28 09 2015	Document administratif France	2015
Comité des États Étrangers de l'Agence française de développement	CGN 1211 Muskoka Labos FPP 14 09 15	Document administratif France	2015

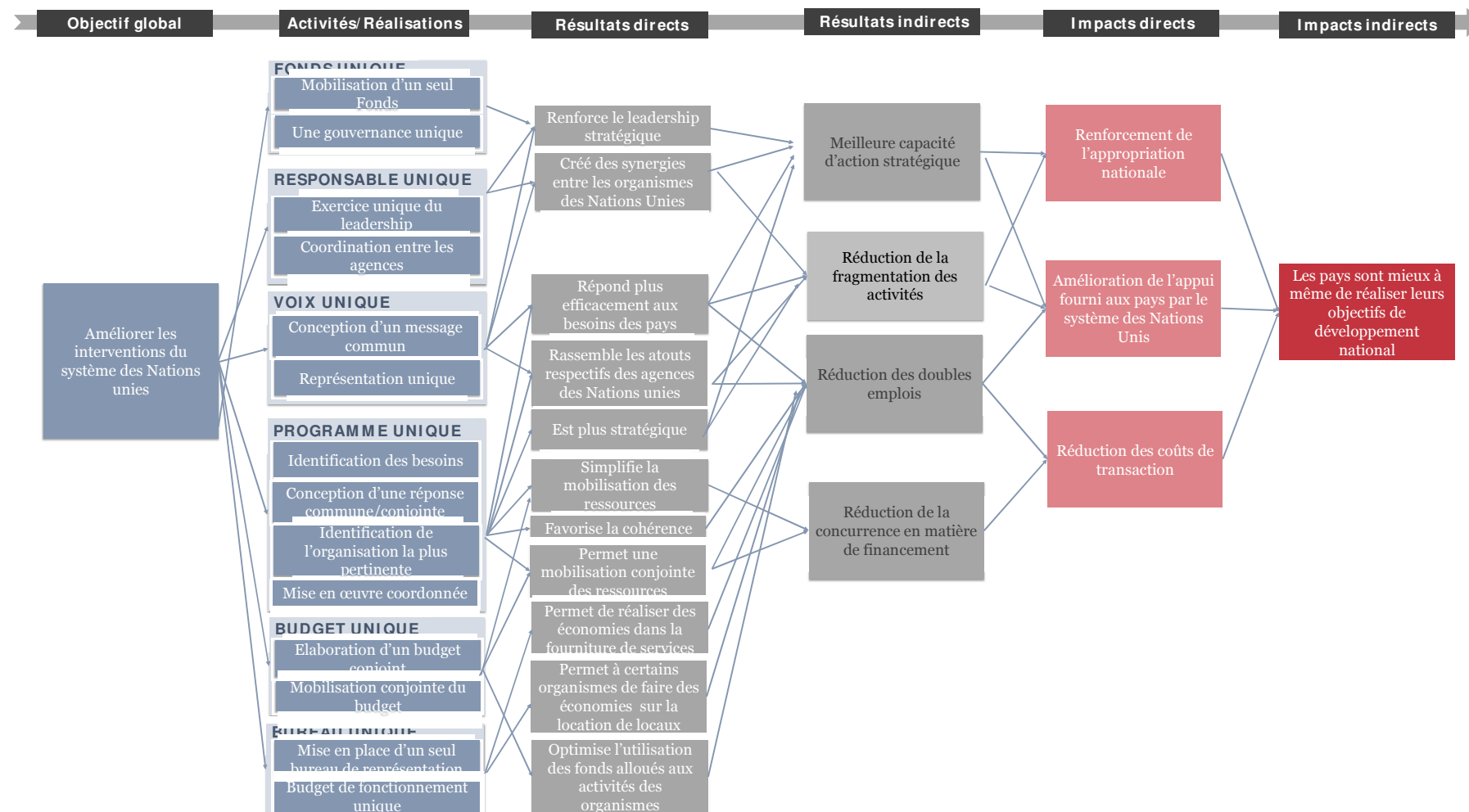
MEAE	CHT 1081 Avis Définitif DD 28 09 2018	Document administratif France	2015
Comité des États Étrangers de l'Agence française de développement	CHT 1081 FPP CCR	Document administratif France	2015
MEAE	CKM 1085 Avis DD CCR 19 10 2015	Document administratif France	2015
AFD	CKM 1085 Doc projet concours PASCO 3 2016	Document administratif France	2015
AFD	CKM 1085 DCP Note présentation	Document administratif France	2015
Comité des États Étrangers de l'Agence française de développement	CMR 1188 DCP FPP	Document administratif France	2015
MEAE	CMR 1188 Avis DD	Document administratif France	2015
Conseil d'Administration de l'Agence française de développement	CNE 1164 DCP Fonds commun santé	Document administratif France	2014
AFD	CZZ 2062 Doc projet concours 2015	Document administratif France	
MEAE	Avis du DD CZZ 2062	Document administratif France	2015
MEAE	CSN 1411 Avis AES PASMEA Casamance	Document administratif France	2015
AFD	CSN 1411 Avis déDD ccr 2014	Document administratif France	2014
MEAE	CSN 1411 DCP	Document administratif France	2014

Comité des États étrangers de l'Agence française de développement	CTG 1182 DCP FFP CCR	Document administratif France	2014
MEAE	CTG 1182 Avis DD 2015	Document administratif France	2015
AFD	CTG 1182 Avis AES FNES 2013	Document administratif France	2013
AFD	CML 1311 DCP FFP PADSS Motpi	Document administratif France	2014
AFD	CML 1131 DCP FNES PASME	Document administratif France	2012
MEAE	Fiche Projet – Haïti Projet santé maternelle et infantile et renforcement de capacité des institutions, avis HUMA 15 09 2018	Document administratif France	2015
MEAE	Fiche Projet – Togo Programme d'amélioration de la santé maternelle et infantile au Togo, avis HUMA 15 09 2018	Document administratif France	2015
MEAE	Fiche Projet – Comores - Projet d'amélioration de la santé maternelle et infantile , avis HUMA 15 11 05	Document administratif France	2015
MEAE	Fiche Projet – Djibouti Projet d'amélioration de la santé maternelle et infantile, avis HUMA, 15 11 05	Document administratif France	2015
MEAE	Fiche Projet Mauritanie - Projet santé maternelle et infantile et renforcement de capacité des institutions, avis HUMA	Document administratif France	2015
AFD	Liste de projets Muskoka AFD (15 03 2018)	Document administratif France	2018
AFD	Liste de projets Muskoka AFD (octrois SAN avec RAV non nul sur Afr francophone)	Document administratif France	2018
AFD	Liste des projets AFD inclus dans le périmètre de l'évaluation (1)	Document administratif France	2018

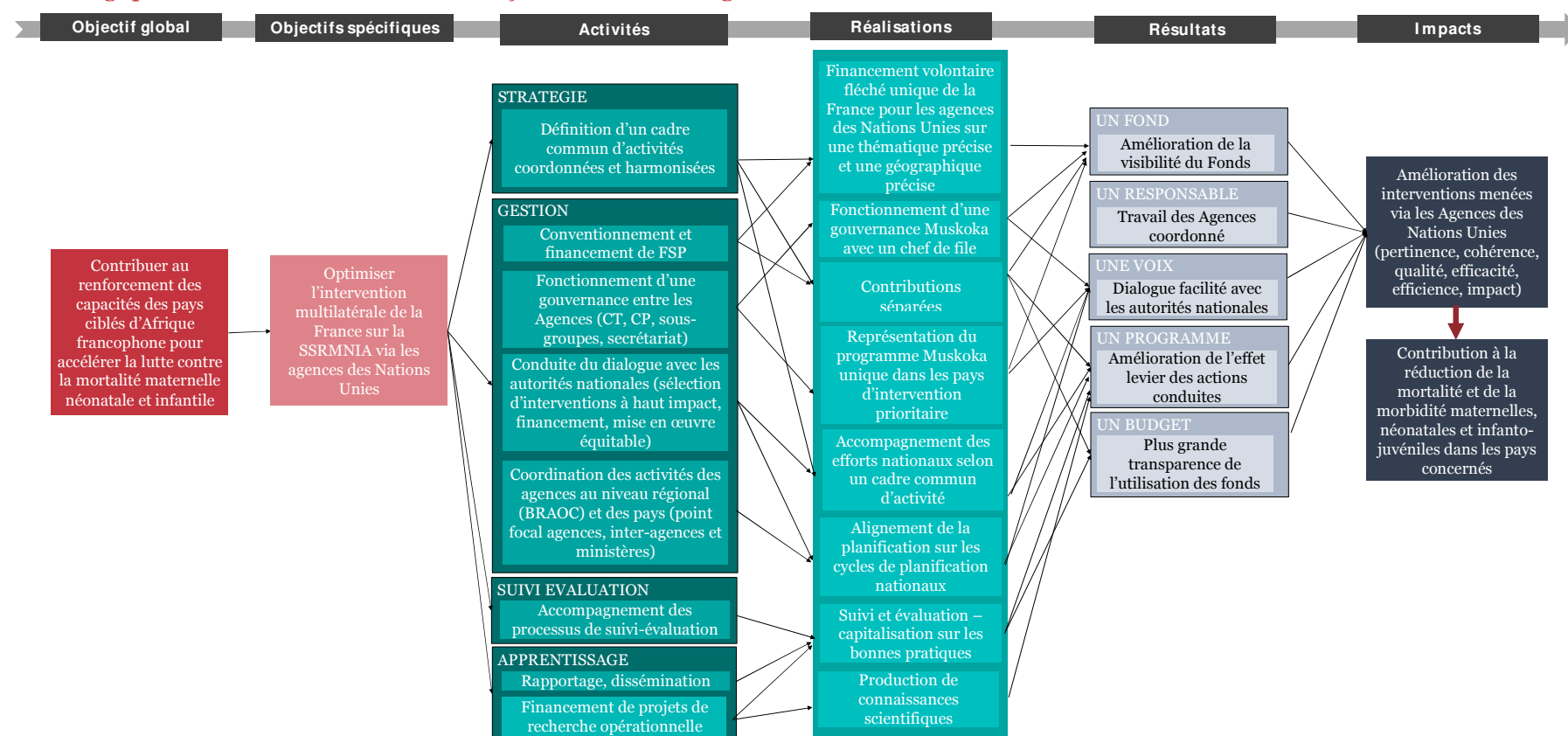
AFD	Liste des projets AFD inclus dans le périmètre de l'évaluation (2)	Document administratif France	2018
-----	--	----------------------------------	------

Annexe G Logiques d'intervention

G.1 Logique d'intervention de la réforme ONE UN



G.2 Logique d'intervention du Fonds Français Muskoka au regard de la réforme ONE UN



Annexe H Cadre commun d'intervention du FFM

Composante 1. Renforcement des systèmes de santé au niveau national

Thématique	Objectif spécifique	Cadre 2017	Cadres 2012-2016
Renforcement des systèmes de santé (RSS)	Appui à la mise en œuvre des plans stratégiques au niveau national et opérationnel (district et niveau communautaire), y compris pour les ressources humaines pour la santé et l'accès aux médicaments essentiels et produits de santé pour la santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent.	OMS	Initialement sous le titre de « leadership et gouvernance des actions de santé » OMS (2011-2015, 2017) UNICEF (2011, 2012) UNFPA (2012, 2013, 2014)
	Financement de la santé	-	OMS (2012, 2013, 2014) UNICEF (2012)
	Appui à la mise en œuvre de la stratégie mondiale des personnels de la santé d'ici à 2030 et des orientations stratégiques mondiales (2016-2020) pour le renforcement des infirmiers et des sages-femmes dans les pays ciblés par le fonds Muskoka. Les principales activités viseront à appuyer la production des informations factuelles sur le personnel SMNI afin d'améliorer les systèmes d'information, le développement de projets d'investissements nationaux et d'accompagner le suivi de leur mise en œuvre notamment pour la définition, ainsi que l'organisation des champs de pratique des personnels chargés de la santé maternelle et infantile y compris dans les zones rurales où vivent la majorité des populations.	OMS	OMS (2012, 2013, 2014, 2015, 2017)
	Appui au renforcement des systèmes nationaux pharmaceutiques (entre autres systèmes de réglementation et d'approvisionnement) pour améliorer la disponibilité, la qualité, l'efficacité, l'innocuité et le bon usage des médicaments essentiels et produits de santé en vue d'atteindre la Couverture Sanitaire Universelle.	OMS	OMS (2012, 2013, 2014, 2015 2016, 2017)
	Opérationnaliser à l'échelle nationale le système de surveillance des décès maternels et riposte (SDMR)	OMS UNFPA	UNFPA (2013, 2014, 2015, 2017) OMS (2011-2015, 2017)
	Organiser un accès équitable et de qualité à un professionnel compétent	UNFPA	UNFPA (2015, 2017)
	Renforcer la disponibilité et la qualité des Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence de base et complet, ainsi que le suivi du post partum dans les maternités et les communautés.	OMS UNICEF UNFPA	OMS (2012, 2013, 2014, 2015, 2017) UNFPA (2012, 2013, 2014, 2015, 2017) UNICEF (2012, 2014, 2015, 2017) *JHPIEGO & projet Agir PF (2015-16)
Droits et la santé	L'OMS apportera un appui aux pays pour la mise en pratique de normes et		

sexuelle et reproductive des adolescent(e)s et jeunes (SSRAJ) - Élimination des violences faites aux femmes et aux filles	procédures adaptées à la santé des adolescent(e)s, notamment en milieu scolaire, ainsi que dans la formation initiale et continue des agents de santé, afin de leur garantir l'accès à des soins de qualité conformément aux normes, notamment en matière de santé sexuelle et reproductive, mais aussi pour la prise en charge des troubles liés à la nutrition.	OMS	OMS (2015)
	Soutien à la série télévisée « C'est la vie », par le RAES (Réseau africain pour l'éducation, la santé et la citoyenneté), premier feuilleton sur la santé maternelle et infantile en Afrique de l'Ouest et du Centre	OMS UNFPA ONU femmes	OMS (2015) UNFPA-ONU Femmes (2013, 2015) ONU femmes (2014) (post-production)
	Sensibilisation des jeunes filles sur la SSRAJ et soutien aux jeunes filles survivantes de violences dans les pays	ONU femmes	ONU Femmes (2012, 2015-16)
	Engagement des hommes, des garçons et des leaders traditionnels pour la cause des jeunes filles, l'abandon des pratiques néfastes pour et leur accès à la SSRAJ dans les pays	ONU Femmes	-
	Intervention auprès des adolescentes en milieu scolaire à travers l'information sur la prévention des grossesses non-désirées et/ou précoces et sur la planification de la famille (dividende démographique).	UNICEF	UNICEF (2012, 2013, 2014, 2015) UNFPA (2015, 2016)
	Renforcer le plaidoyer, les approches innovantes en matière d'IEC, l'ECS en milieux scolaire et extra-scolaire ainsi que l'offre des services adaptés aux adolescent(e)s et jeunes y compris l'accès aux produits contraceptifs	UNFPA	ONU Femmes (2012, 2015, 2016) UNFPA (2015)
Santé maternelle et néonatale et planification familiale (SMN et PF)	Appui aux pays pour renforcer les moyens d'agir des individus, des familles et des communautés en vue d'améliorer la santé de la mère, de l'enfant et de l'adolescent dans le contexte de la mise en œuvre de la feuille de route pour accélérer la réduction de la mortalité maternelle et néonatale	OMS	OMS (2012, 2013, 2014, 2015) UNFPA (2012, 2013, 2014, 2015)
	Développer dans le domaine de la santé maternelle et néonatale, les soins obstétricaux et néonataux d'urgence effectifs. <u>*objectif déjà existant dans RSS – voir ci-dessus</u>	OMS UNICEF UNFPA	UNICEF (2012, 2013, 2014, 2015) OMS (2015) UNFPA (2012, 2013, 2014, 2015)
	Offrir une gamme complète de contraceptifs modernes aux utilisatrices femmes et adolescentes (y compris la contraception d'urgence et la planification familiale en post-partum) dans les formations sanitaires.	OMS UNFPA	
Nutrition	Les programmes de nutrition intégrés à la PCIME seront développés, la prise en charge nutritionnelle des enfants malades faisant partie de la prise en charge globale. Les programmes de nutrition intégrés aux soins anténatals et périnatals (supplémentation protéique, en acide folique, en calcium et en micronutriments) seront mis en œuvre, de même que pour l'allaitement maternel, avec l'amélioration des capacités des agents de santé communautaires pour le conseil pour l'allaitement précoce et l'allaitement exclusif. La prise en charge des troubles liés à la nutrition sera intégrée au programme.	OMS UNICEF	OMS (2016) UNFPA (2015) UNICEF (2012, 2013, 2014, 2015)

	Promouvoir le droit à la nutrition adéquate pour les femmes et les enfants et la non -discrimination alimentaire comme un droit humain	ONU Femmes	ONU Femmes (2012)
	Promouvoir le renforcement des capacités économiques comme gage d'amélioration de la nutrition des femmes et des enfants	ONU Femmes	ONU Femmes (2012)
	Promotion de l'allaitement maternel précoce exclusif jusqu'à 6 mois à travers le renforcement de l'offre de soins de qualité aux nouveau-nés et aux mères dans les maternités et au niveau communautaire ; Renforcement de l'utilisation de la combinaison ORS/zinc pour la prise en charge intégré des maladies de l'enfant au niveau communautaire et au niveau des formations sanitaires de premier niveau	UNICEF	UNICEF (2012, 2013, 2014,2015)

Composante 2. Harmonisation et coordination des stratégies au niveau régional

Thématique	Objectif spécifique	Cadre 2017	Organisation ayant effectué la mise en œuvre (2012-2016)
Renforcement des systèmes de santé (RSS)	Appui à la mise en œuvre de la stratégie mondiale des personnels de la santé d'ici à 2030 et des orientations stratégiques mondiales (2016-2020) pour le renforcement des infirmiers et des sages-femmes dans les pays ciblés par le fonds Muskoka. Un appui sera également apporté pour la réalisation du dialogue politique national et régional intersectoriel pour l'accroissement de l'investissement dans le secteur de la santé en faveur du personnel SMNI.	OMS *Sur le FSP OMS 2017, cet objectif est dans la composante 1 (FSP OMS 2017 p 20, titre 3 « Ressources humaines pour la santé »). UNFPA	OMS (2013, 2014, 2015) UNFPA (2012, 2013, 2014, 2015)
	La SDMR sera introduite dans le curriculum de formation initiale des médecins, infirmiers, sages-femmes et agents de santé, afin de les impliquer précocement dans ce processus dès qu'ils seront en activité dans une structure de soins. L'activité régionale concernant la SDMR consistera à concevoir et mettre en place avec les différents pays Muskoka un module de formation sur la SDMR. Elle consistera également à partager les informations et expériences sur le processus de revue et de mise en place d'action correctrice.	OMS	OMS (2016) * CEDEAO (Communauté Economique des Etats de l'Afrique de l'Ouest)
	Pour le médicament, la composante régionale permettra d'appuyer les pays bénéficiant du FFM par du support technique pour les activités nécessitant une expertise technique plus spécifique que celle de nos conseillers OMS dans les pays.	OMS	OMS (2012)
	L'OMS a développé et testé un outil d'évaluation intégré de la qualité des soins de santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant (y compris les soins obstétricaux et néonataux de base – SONU), basé sur les guides « IMPAC » de l'OMS. L'outil permet de générer des observations/données issues des questionnaires, des prestataires et des clients et qui servent à guider les équipes concernées sur la voie de l'amélioration de la qualité de façon continue avec des	OMS	OMS (2012, 2013, 2014, 2015)

	objectifs chiffrés. L'OMS utilise cet outil dans les pays ciblés par le Fonds Français Muskoka. Dans les pays où l'évaluation de la qualité des soins a été mise en œuvre au niveau des établissements de soins, l'OMS en assurera le suivi, à partir du niveau régional.		
	L'OMS fournira un appui technique régulier à la Communauté de Pratiques Médicaments E-med à travers sa participation au comité de pilotage mais aussi des interventions régulières sur ce forum.	OMS	OMS (2015)
	Poursuivre le plaidoyer et le soutien technique à la qualité des soins, à la pratique sage-femme (y compris l'harmonisation des formations) pour permettre une offre de services intégrés et de qualité en SRMNIA	UNFPA	UNICEF (2016) UNFPA (2014, 2015) * SWEDD (2014-15), JHPIEGO, FIGO (2016)
	Harmonisation et coordination de l'appui technique au niveau régional et des pays dans le secteur de la santé maternelle, néonatale et infantile (nutrition, SSRAJ, RSS et SMNI/PF)	UNICEF	UNICEF (2012, 2013, 2014)
	Appui à la coordination et le fonctionnement de 2 communautés de Pratiques (CdP), dont l'objectif est de favoriser les échanges d'information entre professionnels des différents pays sur des thématiques clés du système de santé (en fonction des résultats de l'évaluation conduite fin 2017). L'appui technique et financier à la facilitation et certaines activités en ligne de ces deux communautés de pratique sera poursuivi, y compris la production et dissémination de matériel d'information auprès des décideurs et des principaux acteurs dans ces domaines.	UNICEF	UNICEF (2012, 2013, 2014, 2015)
Santé maternelle et néonatale et planification familiale (SMN et PF)	Renforcer le plaidoyer, la demande et l'offre de services (notamment PF du post-partum et du post-abortum) avec une attention particulière pour les jeunes couples	UNFPA	UNFPA (2012, 2015)
Droits et la santé sexuelle et reproductive des adolescentes et jeunes (SSRA-) - Élimination des violences faites aux femmes et aux filles	Le guide sur les compétences de base sur la santé des adolescents pour les professionnels de santé sera diffusé dans l'ensemble des pays	OMS	-
	Assurer la production et la diffusion de connaissances sur les violences en milieu hospitalier afin d'améliorer la qualité des soins des sage femmes et impulser la demande.	ONU Femmes	ONU Femmes (2012)
	Contribuer à la production d'épisodes TV de sensibilisation à la SSRAJ et à la nutrition des filles et des femmes et soutenir la post production.	ONU Femmes	
	Renforcer le plaidoyer, les approches innovantes en matière d'IEC, l'ESC en milieux scolaire et extra-scolaire ainsi que l'offre des services adaptés aux adolescent(e)s et jeunes y compris l'accès aux produits contraceptifs	UNFPA	UNFPA (2012, 2015)
	Dans le cadre de cette composante, UNICEF BRAOC continuera également à	UNICEF	UNICEF (2014, 2015)

	appuyer, ensemble avec les trois autres Agences, l'ONG Réseau Africain pour l'Éducation, la Santé et la Citoyenneté (RAES) pour la réalisation du feuilleton « C'est la Vie », diffusé sur 60 chaînes africaines de TV et radio. Cet appui prendra en compte la stratégie de désengagement dans le cadre du FFM et l'accompagnement à mobilisation d'autres ressources pour financer la série. A cet effet il a été convenu de construire sur l'existant afin d'optimiser l'utilisation de la campagne cross-media et les activités de proximité aux niveaux des pays.		
--	--	--	--

Composante 3. Suivi, évaluation et documentation des trois Fonds de Solidarité Prioritaires

Thématique	Objectif spécifique	Cadre 2017	Organisation ayant effectué la mise en œuvre
Appuyer la coordination des activités du comité technique	Assurer le secrétariat du Comité Technique et du comité de Pilotage	UNICEF	UNICEF (2012, 2013, 2014, 2015)
Assurer le suivi : évaluation de la mise en œuvre du FFM	Suivi rapproché selon les besoins programmatiques et financiers	UNICEF	UNICEF (2012, 2013, 2014, 2015)
Recherche opérationnelle	Générer des bonnes pratiques pour le renforcement des systèmes de santé	UNICEF	UNICEF (2012, 2013, 2014, 2015)
Augmenter la visibilité du FFM	-	UNICEF	UNICEF (2012, 2013, 2014, 2015)

Annexe I Protocole des missions

I.1 Rappel du choix des pays de mission

Objectifs des missions : Répondre aux questions évaluatives avant tout du volet 1 et lorsque pertinent du volet 2 (R2, R3, R4, R5)

Les missions visent en premier lieu à nourrir la réflexion relative au volet 1, en entamant le dialogue avec les responsables des Agences onusiennes en charge de la mise en œuvre du FFM sur la manière dont les principes de mise en œuvre du FFM ont modifié leur façon de travailler, et dans quelle mesure ces changements sont cohérents par rapport aux principes ONE UN.

Les missions peuvent, le cas échéant, permettre également de répondre à des questionnements du volet 2 de l'évaluation : les synergies sur le terrain qui s'opèrent entre les interventions de l'AFD et celles du FFM, et autres bailleurs (R2) ; les modalités d'intégration des principes d'efficacité et de durabilité (des résultats) dans les processus de gestion et suivi des projets (R3), la prise en compte des résultats de la recherche (R4) et la visibilité de l'aide française en santé (R5).

Nous avons proposé les critères suivants pour la sélection des pays de mission :

Encadré 6 Critères de sélection des pays de mission

A partir de 2015, le champ géographique du FFM a été réduit à 8 pays : Bénin, Côte d'Ivoire, Guinée, Mali, Niger, Sénégal, Tchad et Togo. Parmi ces 8 pays, le Mali, le Niger, le Tchad et la Guinée ont été considérés comme prioritaires étant donné leurs défis sanitaires et démographiques. Des arbitrages doivent donc être réalisés :

- Parmi les pays Sahéliens : Mali, Niger, Tchad
- Parmi le reste des 8 pays prioritaires : Côte d'Ivoire, Guinée, Togo, Bénin, Sénégal

Nous proposons de prendre en compte :

- La présence du siège des Agences onusiennes
- La priorité sanitaire des pays
- Le nombre d'Agences des Nations unies présentes
- Les bonnes pratiques identifiées et déclarées pendant la première phase des investigations
- Les projets de l'AFD sélectionnés pour analyse

Les conditions de sécurité de réalisation de la mission sont également prises en compte.

Nous avons attribué une note en fonction des éléments concrets d'argumentation. Puisque les missions de terrain doivent essentiellement nourrir la réponse au volet 1 de l'étude, nous avons attribué une pondération plus importante aux critères du volet 1 (notés au maximum +++) par rapport aux critères du volet 2 (notés au maximum ++).

Deux pays apparaissent comme incontournables au regard des éléments à notre disposition : **le Sénégal et le Niger**. Deux autres pays de mission apparaissent comme complémentaires aux deux premiers : **la Côte d'Ivoire et le Togo**.

Puisque l'étude ne prévoit que 3 missions de terrain, nous proposons de sélectionner la Côte d'Ivoire en tant que pays de mission. En effet, en ce qui concerne le Togo, les évaluateurs pourront se nourrir du rapport de visite du Togo réalisé en 2014 dans le cadre de l'évaluation de l'engagement français à Muskoka (2010-2014) ; par ailleurs les évaluateurs pourront conduire des entretiens téléphoniques avec les acteurs de santé du Togo notamment en ce qui concerne le projet AFD.

Le Togo pourrait être le pays de mission alternatif au Niger s'il s'avérait que les conditions de sécurités au Sahel ne permettaient pas un déplacement des consultants dans la région. Dans cette éventualité, des entretiens téléphoniques pourraient être conduits avec des acteurs du Niger, notamment le CRSM Niger et Mali (Jean-Jacques Bernatas) et l'Agence de l'AFD à Niamey.

Tableau 13 Tableau de sélection des pays de mission¹²³

PAYS	Volet 1	Volet 2	Note globale
NIGER	+++ - Pays sahélien du G5 – prioritaire - Le fonds commun des donateurs de santé (multipartenaires) – coordonné par le gouvernement nigérien, qui rassemble les différents partenaires santé (Coordination espagnole, Afd, Agences des Nations unies...) – constitue un contrefactuel intéressant - De bonnes pratiques identifiées, à valoriser	++ - Permet de répondre aux R2 et R5. - Concernant la R3 et R4 : 2 projets AFD sur les 9 se déroulent au Niger dont l'un octroyé en 2014 via le Fonds commun (2014-2017) et une approche programme intéressante à analyser	+++++
SENEGAL	+++ - Présence des sièges régionaux de 3 des 4 Agences des Nations Unies, des membres du COPIL et du COTECH (UNICEF, UNFPA et ONUFEMMES) – il est par ailleurs difficile d'envisager un atelier de capitalisation sur le volet 1 à Dakar sans avoir rencontré les intervenants au préalable - De bonnes pratiques ont été identifiées dans l'intervention des Agences au niveau du pays, à valoriser impérativement dans le cadre de l'exercice formatif	++ - Mise en œuvre du projet I3S de l'AFD – intéressant pour répondre aux questions concernant les synergies entre l'initiative Muskoka et d'autres projets portés par la France sur la SSRMNIA-N, mais aussi sur la visibilité de l'engagement français Muskoka (R2, R4, R5). - Sur la R3 : 2 projets AFD sur les 9 sélectionnés se déroulent au Sénégal (2014-2015) avec une MOA locale du Ministère de la Santé	+++++
COTE D'IVOIRE	+++ - Contexte et organisation spécifique aux pays côtiers : population réduite, superficie réduite, développement économique supérieur... - Financements canadiens et suédois sur la SSRMNIA-N – ainsi, l'étude pourrait chercher à identifier les effets induits par les financements canadiens et suédois sur le fonctionnement des Agences des Nations Unies en comparaison au Fonds français Muskoka - Partenariat H6 (anciennement H4+) des Agences des nations unies – cela constitue un autre contrefactuel intéressant aux effets du Fonds français Muskoka	+ - Permet de répondre à la R2 et R5. - Ne permet pas de répondre à la R3 ou R4. Pays non prioritaire pour l'intervention bilatérale : le MEAE avait en effet décidé que le pays ne peut bénéficier de ressources du P. 209 Muskoka puisque qu'il bénéficie par ailleurs de ressources du C2D. Ainsi, l'AFD, lors des instructions des projets C2D en Côte d'Ivoire, bien qu'intégrant les problématiques de SSRMNIA-N et nutrition, n'a pas recherché d'articulation spécifique avec le FFM.	++++
TOGO	++ Contexte et organisation spécifique aux pays côtiers : population réduite, superficie réduite, développement économique supérieur...	++ - Permet de répondre à la R2 et R5. - Permet de répondre à la R3 ou R4. Un projet AFD, avec une approche via la société civile (ONG) qui diffère du Sénégal et du	++++

¹²³ En rouge, les pays moins prioritaires, en jaune les pays d'intérêt, et en vert les pays les plus prioritaires pour l'étude, au regard des critères mentionnés

	- Bonnes pratiques identifiées sur le volet 1. - Néanmoins le pays a été déjà visité lors de la précédente étude.	Niger et des enjeux intéressants en termes de coordination bi-multi	
TCHAD	++ - Pays Sahélien du G5 - Priorité sanitaire - De bonnes pratiques ont été identifiées sur le volet 1 - Cependant le gouvernement est très faible	+ - Le projet PASST 2 est un projet intéressant - Deux concours santé ont été octroyés sur le Fonds Minka/Initiative Tiwara en 2018.	+++
BENIN	+ - Contexte et organisation spécifique aux pays côtiers : population réduite, superficie réduite, développement économique supérieur... - Engagement modéré du FFM (1,2M€ par an)	- Pas de projet AFD en cours - L'instruction d'un nouveau concours santé en 2019 dans le champ de la SRMNIA ou du RSS a été proposée par l'AFD et acceptée par le MEAE/DAOI.	+
MALI	+ - Pays Sahélien du G5 mais le pays a été peu évoqué dans les échanges entre parties prenantes à l'évaluation- Priorité sanitaire - Il n'y a pas de bonnes pratiques identifiées à priori sur le volet 1	Pas de projet AFD en cours	+
GUINEE	+ - Contexte et organisation spécifique aux pays côtiers : population réduite, superficie réduite, développement économique supérieur... - Priorité sanitaire - Il n'y a de bonnes pratiques identifiées sur le volet 1 - Le pays est dans un contexte post-épidémie d'Ébola qui a profondément déstabilisé le système national de santé, ce qui constitue un biais majeur dans l'analyse et ne permet pas l'extrapolation des résultats	Un projet AFD mais qui n'a pas été retenu compte tenu du contexte post-Ebola (voir ci-dessus 1.)	+

Par ailleurs, les projets AFD conduits dans les pays sélectionnés sont :

NIGER	CNE1164	Fonds Commun santé 3
SENEGAL	CSN1411	SMI Casamance
SENEGAL	CSN1459	FISONG AMREF

I.2 Organisation et calendrier des missions de terrain

Les trois missions de terrain devraient se dérouler sur le mois avril/tout début mai. Les missions auront lieu sur 4 jours effectifs sur place, pour une vingtaine d'entretiens d'une heure.

Les dates sont les suivantes :

- Pour le Sénégal : Semaine du 22 avril
- Pour le Niger : Semaine du 8 avril
- Pour la Côte d'Ivoire : Semaine du 15 avril

I.3 Liste prévisionnelle des personnes à interroger

Nbre d'entretiens	Institutions
2	Ambassades – CRSM (Jean-Pierre LAMARQUE pour le Sénégal, et par téléphone : Saran BRACNHI pour la Côte d'Ivoire basée à Cotonou et Jean-Marc MILLILERI pour le Niger basé à Bamako) – SCAC/COCAC – Ambassadeur ou N°2 pour les questions plus stratégiques
1	Agences AFD Sectoriel Santé : – Franck Leroy pour le Niger – Maud Leibler pour le Sénégal – Elodie Montetaud pour la RCI
1	Expertise France - Chargé de projet
1	Délégations de l'Union Européenne – Sectoriel Santé
5 Niger et CI 9 au Sénégal	Agences des Nations Unies – Coordinateur résident du SDNU – Direction et Points focaux Muskoka des Agences coordinatrices (ex : OMS est pour la CI, UNICEF pour Niger, Sénégal) – Direction et points focaux de toutes les Agences non coordinatrices (ONU Femmes Niger, Sénégal, CI ; FNUAP Niger, Sénégal, CI ; UNICEF en CI ; et OMS au Niger et Sénégal) – BROAC - Bureaux régionaux pour l'Afrique de l'Ouest et du Centre de l'UNICEF, de l'UNFPA et d'ONU-Femmes
Au moins 2	Autres bailleurs – DFID – CIDA – USAID – GIZ – SIDA – NORAD (Norvège) – DANIDA (Danemark)
1 Focus group	– Membres des Communautés de Pratiques dans les pays (composante 2 des FSP FFM)
Au moins 2	Points focaux dans les ministères concernés dans les pays – Ministère de la Santé, santé maternelle et infantile – Ministère de la Population – Ministère de la Jeunesse – Ministère de l'éducation
1	1 partenaire scientifique local impliqué dans les projets RO
Au moins 2	Associations et ONG locales (exemple : – MCHIP – AMREF – Intrahealth international – MDM – Équilibre & Population – ACF)

	– ETI expertise France – + association locales
--	---

I.4 Hypothèses et informations à rechercher

Les consultants effectueront des missions de terrain pour collecter auprès des interlocuteurs identifiés des indices permettant de confirmer et infirmer les hypothèses issues de l'étude documentaire, notamment :

Volet 1 sur le FFM

- Comprendre l'application effective du cadre de travail mis en place par le FFM au sein de chaque Agence et entre elles
- Comprendre l'incidence des réorientations thématiques du cadre du FFM sur le travail des Agences
- Interroger les effets/synergies de ces Agences sur les stratégies nationales
- Interroger l'incidence des effets/synergies sur la collaboration avec les autres PTF
- Interroger le suivi et évaluation mis en place par l'UNICEF
- Illustrer la mise en oeuvre réforme ONE UN via l'expérience des Agences

Volet 2 sur les progrès dans la définition et mise en œuvre des interventions

- Interroger la cohérence bi/multi suite notamment à la réorientation géographique et thématique.
- Interroger l'utilité des résultats de la recherche opérationnelle
- Identifier les avantages et inconvénients des modalités de l'AFD vis-à-vis de ce que finance les Agences (FFM)

I.5 Grilles d'entretiens

Ci-dessous sont présentées les grilles d'entretiens par type d'interlocuteur.

Institutions	Grilles d'entretiens
Ambassades	Volet stratégique • Quels sont les enjeux récents de la SSRMNIA-N localement ? Les projets financés par la France à ce jour (AFD, FFM) prennent-ils en compte ces enjeux ? Sinon lesquels devraient être mieux couverts ? notamment mais pas exclusivement : forte croissance démographique, migrations, enregistrement des naissances • Quelle est la place de la France sur la SSRMNIA-N dans le pays et la sous-région ? Quelle est la contribution du FFM et de l'AFD sur la SSRMNIA-N, en matière d'accès aux soins, de morbidité et de mortalité ? • Comment la France s'est-elle adaptée au passage des OMD aux ODD ? • Globalement, on constate une baisse de financements sur la SSRMNIA-N depuis quelques années : ▪ Quel est pour vous l'impact de la baisse des financements Muskoka sur la pérennité des actions financées par la France sur la SSRMNIA-N ? ▪ La France a-t-elle suffisamment les moyens de ses ambitions ? • Quels changements anticipez-vous dans votre dialogue avec les Agences des Nations Unies avec mise en place du coordinateur résident du SDNU ? • Les actions de la France sont-elles visibles par les partenaires de la France (internationaux et locaux) ? Permettent-elles d'avoir une influence et quelle influence ? Volet opérationnel • Quels sont les outils d'influence et de communication déployés par l'ambassade de France auprès des autorités locales, ONG, PTF sur les actions de la France sur la SSRMNIA-N ? • Quel est le rôle de l'ambassade dans l'identification des priorités sur la SSRMNIA-N et la prise en compte des ODD (lors du passage des OMD aux ODD) ? • Est-ce que l'ambassade est impliquée dans les différents mécanismes du FFM et de l'AFD ? Si oui, comment ? Quelles en sont les points forts et les points faibles ? Quelles sont les attentes de l'ambassade à ce sujet vis-à-vis des Agences, de l'AFD et du MEAE à

	Paris ? • Quel est le rôle de l'ambassade dans la recherche de synergies entre les priorités et projets financés par l'AFD et via le FFM mais aussi via l'Union-Européenne ? Via quels dispositifs/mécanismes ? • Quelle est votre évaluation de la cohérence et des synergies entre les priorités et les projets financés par l'AFD et les projets financés via le FFM et les Agences des Nations Unies (y compris en ce qui concerne la prise en compte des travaux de recherche) ? Quelles seraient les pistes d'amélioration ? • Comment l'ambassade perçoit-elle l'appropriation des autorités locales par rapport au FFM et au financement de l'AFD ? Quelles seraient les pistes d'amélioration ? • Comment l'ambassade s'assure-t-elle de l'efficacité des projets et de la pérennité des résultats du FFM et de l'AFD aux différentes étapes de planification/d'instruction, de mise en œuvre et d'évaluation ? Quelles seraient les pistes d'amélioration ? • Comment évaluez-vous le mécanisme de travail commun entre les Agences UN mis en place dans le pays ? • Quels changements anticipez-vous dans le travail avec les Agences des Nations Unies avec mise en place du coordinateur résident du SDNU ? • Concernant le FFM, quels seraient les mécanismes, pratiques qui pourraient être transposés à d'autres interventions financées par la France via le multilatéral ? pourquoi et comment ?
Agences AFD	Volet stratégique • Quels sont les enjeux récents de la SSRMNIA-N localement ? notamment mais pas exclusivement : forte croissance démographique, migrations, enregistrement des naissances. Les projets financés par la France à ce jour (AFD) prennent-ils en compte ces enjeux ? sinon lesquels devraient être mieux couverts ? • Quelle est la place de la France sur la SSRMNIA-N dans le pays et la sous-région ? Quelle est la contribution de l'AFD sur la SSRMNIA-N, en matière d'accès aux soins, de morbidité et de mortalité ? • Comment l'AFD s'est-elle adaptée au passage des OMD aux ODD ? • (Niger et Sénégal) Quel est pour vous l'impact de la baisse des financements Muskoka sur la pérennité des actions financées par l'AFD sur la SSRMNIA-N ? • (cas où l'AFD met en place des projets via les Agences) Quels changements anticipez-vous dans votre dialogue avec les Agences des Nations Unies avec mise en place du coordinateur résident du SDNU ? • Les actions de la France sont-elles visibles par les partenaires de l'AFD (internationaux et locaux) ? Permettent-elles à la France d'avoir une influence et quelle influence ? Volet opérationnel • Quels sont les outils d'influence et de communication déployés par l'AFD auprès des autorités locales, ONG, PTF sur les actions de l'AFD sur la SSRMNIA-N ? • Quel est le rôle de l'AFD dans l'identification des priorités sur la SSRMNIA-N et la prise en compte des ODD (lors du passage des OMD aux ODD) ? • Recherchez-vous des synergies entre les priorités et projets financés par l'AFD et via le FFM mais aussi via l'Union-Européenne ? Via quels dispositifs/mécanismes ? • Quelle est votre évaluation de la cohérence et des synergies, le dialogue entre les priorités et les projets financés par l'AFD et les projets financés via le FFM et les Agences des Nations Unies (y compris en ce qui concerne la prise en compte des travaux de recherche) ? Quelles seraient les pistes d'amélioration ? • Comment l'AFD perçoit-elle l'appropriation des autorités locales (appropriation des enjeux, des objectifs et résultats) ? Quelles seraient les pistes d'amélioration ? • Comment l'AFD développe t-elle ses plans de renforcement des capacités locales dans le cadre de ses interventions (acteurs impliqués et leur poids dans la décision, temporalité, renforcement top/down ou transversal) ? Comment l'AFD s'assure t-elle de l'utilisation et du transfert des connaissances acquises ? Quelles seraient les pistes d'amélioration ? • Comment l'AFD s'assure-t-elle de l'alignement de ses interventions avec les systèmes locaux ? Quelles seraient les pistes d'amélioration ? • Comment l'AFD s'assure-t-elle de l'efficacité des projets et de la pérennité des résultats aux différentes étapes de planification/d'instruction, de mise en œuvre et d'évaluation ? Quels sont les obstacles liés au pays d'intervention qui peuvent être rencontrés à ses différentes étapes ? Quelles seraient les pistes d'amélioration ? • Quelles sont les difficultés rencontrées pour mesurer les résultats et impacts attendus tels que définis dans les logiques d'intervention des projets ? • Quelles actions sont mises en place pour assurer une transition post projet qui optimise

	la pérennité des résultats ?
Délégations de l'Union Européenne	Volet stratégique - Quels sont les enjeux récents de la SSRMNIA-N localement ? notamment mais pas exclusivement : forte croissance démographique, migrations, enregistrement des naissances - Quelles sont les actions financées localement par l'Europe sur la SSRMNIA-N ? Comment prenez-vous en compte les enjeux récents de la SSRMNIA-N ? Comment l'Europe s'est-elle adaptée au passage des OMD aux ODD ? - Connaissez-vous les programmes que la France finance en matière de SSRMNIA-N dans le pays ? Pour quel montant ? Quelles thématiques ? Dans quelle région ? Via quels outils de communication ? - Quelle perception avez-vous de la contribution du FFM et de l'AFD sur la SSRMNIA-N, en matière d'accès aux soins, de morbidité et de mortalité ? - Quel est pour vous l'impact de la baisse des financements Muskoka sur la pérennité des actions financées sur la SSRMNIA-N ? (Cas où l'Europe met en place des projets via les Agences) Quels changements anticipez-vous dans votre dialogue avec les Agences des Nations Unies avec mise en place du coordinateur résident du SDNU ? Volet opérationnel - Comment prenez-vous en compte les projets des autres bailleurs dans la définition et la mise en œuvre des programmes que vous soutenez ? - Quelle est votre évaluation des synergies entre projets financés par les bailleurs bilatéraux ? et avec les projets des Agences des Nations Unies ? quelles seraient les pistes d'amélioration ? - Comment l'Europe s'assure-t-elle de l'appropriation des autorités locales ? Quelles seraient les pistes d'amélioration ? - Comment l'Europe s'assure-t-elle de l'efficacité des projets et de la pérennité des résultats aux différentes étapes de planification/d'instruction, de mise en œuvre et d'évaluation ? Quelles seraient les pistes d'amélioration ? - Quelle est la valeur-ajoutée et les limites du FFM, selon votre point de vue ?
Agences des Nations Unies	Volet stratégique - Quels sont les enjeux récents de la SSRMNIA-N localement ? notamment mais pas exclusivement : forte croissance démographique, migrations, enregistrement des naissances. Les projets financés par la France à ce jour (AFD, FFM) prennent-ils en compte ces enjeux ? sinon lesquels devraient être mieux couverts ? - Quelle est la place du FFM et par extension de la France sur la SSRMNIA-N dans le pays et la sous-région ? Quelle est la contribution du FFM et par extension de la France sur la SSRMNIA-N, en matière d'accès aux soins, de morbidité et de mortalité ? - Comment le cadre d'intervention du FFM s'est-il adapté au passage des OMD aux ODD ? (Niger et Sénégal) Quel est pour vous l'impact de la baisse des financements Muskoka sur la pérennité des actions financées via le FFM/la France sur la SSRMNIA-N ? Comment les Agences ont-elles pris en compte ces éléments dans leur travail avec les autorités sanitaires ? - Comment se sont opérés les recentrages/réorientations pays et thématiques ? Quels effets cela a-t-il eu sur le dialogue avec les gouvernements et la société civile ? - Quelle prise en compte de la nécessité de pérenniser les résultats des interventions via le FFM ? Au-delà : l'Agence s'implique-t-elle pour garantir la pérennité des interventions du FFM, en dehors de l'appui de la France (au niveau de ses ressources propres, humaines et financières et au niveau des ressources nationales ? - Les actions de la France sont-elles visibles par les partenaires de la France (internationaux et locaux) ? Permettent-elles à la France d'avoir une influence et quelle influence ? Volet opérationnel - Comment ont été mises en place les réforme One UN, unis dans l'action ? Ont-elles eu un effet sensible sur l'organisation du travail des Agences ? quels sont les effets leviers et retours ? - Par ailleurs, quels sont les mécanismes de travail en commun des Agences via le FFM (au niveau régional et local) ? - Comment travaillez-vous concrètement avec les autorités locales ? avec les organisations de la société civile internationales et locales ? avec la France (ambassade + Paris) dans le cadre du FFM ?

	• Comment élaborez-vous les plans de travail annuels du FFM ? Comment conciliez-vous la prise en compte des priorités d'intervention du Comité de pilotage et des priorités nationales ? • Quel est le rôle des Agences dans l'identification des priorités sur la SSRMNIA-N et la prise en compte des ODD (lors du passage des OMD aux ODD) ? • Comment est mis en oeuvre le suivi-évaluation ? Quelles perceptions et appréciations avez-vous (OMS, l'UNFPA/UNWOMEN) du dispositif de suivi évaluation mis en place par l'UNICEF ? Quels effets sur le travail au quotidien des Agences ? sur les actions mises en oeuvre sur le terrain ? Quelles sont les pratiques transposables ou transposées à d'autres mécanismes ? • Quels sont les effets et résultats au niveau des autorités sanitaires centrales et décentralisées, mais aussi pour les patientes et patients ? ◦ Les interventions et la flexibilité du mécanisme mis en place ont-ils permis d'avoir des effets levier (via le financement d'interventions pilotes...) ? Si oui, lesquels ? ◦ Comment et à quelle hauteur les autorités locales se sont appropriées ou non le mécanisme ? • Ces mécanismes de travail perdurent-ils pour d'autres programmes hors FFM ? Quels sont les effets leviers ? • Au-delà de ces changements mentionnés ci-dessus, d'autres changements sont-ils observés ? • (Dans le cas de l'Agence coordinatrice) Quels sont les avantages et les inconvénients du rôle d'Agence coordinatrice ? Comment l'Agence coordinatrice joue-t-elle concrètement son rôle dans les pays ? Quelles sont les attentes des autres Agences vis-à-vis de l'Agence coordinatrice ? • En quoi le travail en commun mis en place via le FFM fait écho à la création d'une fonction de coordinateur résident du SDNU ? • Au niveau régional, quelles ont été les conséquences de la mise en oeuvre des priorités d'intervention définies par le COPIL, notamment la priorisation du financement des pays par rapport au niveau régional et la réduction du budget de coordination ? • Comment articulez-vous le financement du FFM avec vos autres financements en matière de SSRMNIA-N des autres bailleurs (Agir FP, JHPIEGO, SWEED, H6 (Côte d'Ivoire), GFF..) notamment de l'AFD mais aussi de l'UE ? Quels sont les dispositifs concrets de dialogue mis en place (entre tous les acteurs et entre les Agences et l'AFD en particulier) ? • En quoi ces mécanismes sont différents de l'initiative H4+/H6 ou au contraire s'intègrent dans le cadre de l'initiative H4+ ? • Comment percevez-vous les différences d'implication des autorités locales dans les différents mécanismes : H6, FFM, GFF... • Quelle est votre évaluation de la cohérence et des synergies, le dialogue entre les priorités et les projets financés par l'AFD et les projets financés via le FFM et les Agences des Nations Unies (y compris en ce qui concerne la prise en compte des travaux de recherche) ? Quelles seraient les pistes d'amélioration ? • Comment les résultats des travaux de recherche opérationnelle, en particulier ceux financés par le FFM, sont-ils disséminés et pris en compte dans les actions financées par le FFM ? • Comment les Agences œuvrent-elle pour accroître la visibilité de la France sur la SSRMNIA-N ? via quels outils d'influence et de communication ? • Comment les Agences s'assurent-t-elle de l'efficacité des projets et de la pérennité des résultats aux différentes étapes de planification, de mise en oeuvre et d'évaluation ? Quelles seraient les pistes d'amélioration ?
Autres bailleurs	Volet stratégique • Quels sont les enjeux récents de la SSRMNIA-N localement ? notamment mais pas exclusivement : forte croissance démographique, migrations, enregistrement des naissances • Quelles actions financez-vous localement sur la SSRMNIA-N ? Comment prenez-vous en compte les enjeux récents de la SSRMNIA-N ? Comment vous êtes-vous adapté au passage des OMD aux ODD ? • Connaissez-vous les programmes que la France finance en matière de SSRMNIA-N dans le pays ? Pour quel montant ? Quelles thématiques ? Dans quelle région ? Via quels outils de communication ? • Quelle perception avez-vous de la contribution du FFM et de l'AFD sur la SSRMNIA-N,

	en matière d'accès aux soins, de morbidité et de mortalité ? • Comment prenez-vous en compte les projets des autres bailleurs dans la définition et la mise en œuvre des programmes que vous soutenez ? • Quelle est votre évaluation des synergies entre projets financés par les bailleurs bilatéraux ? et avec les projets des Agences des Nations Unies ? quelles seraient les pistes d'amélioration ? • Quel est pour vous l'impact de la baisse des financements Muskoka sur la pérennité des actions financées sur la SSRMNIA-N ? • (Cas où le PTF met en place des projets via les Agences) Quels changements anticipez-vous dans votre dialogue avec les Agences des Nations Unies avec mise en place du coordinateur résident du SDNU ? Volet opérationnel • L'organisation et le mode de gouvernance du FFM a-t-il facilité ou non les collaborations, partenariats ? • Quelle est la valeur-ajoutée et les limites du FFM, selon votre point de vue ? • Comment vous assurez-vous de l'appropriation des autorités locales ? • Comment l'Europe s'assure-t-elle de l'efficacité des projets et de la pérennité des résultats aux différentes étapes de planification/d'instruction, de mise en œuvre et d'évaluation ?
Membres des Communautés de Pratiques dans les pays	• Quels sont les enjeux récents de la SSRMNIA-N localement ? notamment mais pas exclusivement : forte croissance démographique, migrations, enregistrement des naissances. Les projets financés par les Agences des Nations Unies répondent-ils bien à ces enjeux ? • Comment s'organise le travail avec les Agences des Nations Unies ? Pour quels effets ? • Quelle est la visibilité de la France sur la SSRMNIA-N ? via quels outils de communication ?? • Comment et à quelle hauteur votre communauté de pratique est-elle soutenue par le FFM ? Quelles sont les limites et la valeur-ajoutée du soutien du FFM à votre communauté de pratique ? Quels sont les principaux résultats de votre communauté de pratique ? • Quels changements avez-vous constatés depuis que vous travaillez avec les Agences ? • Quels sont les effets de votre CdP en matière d'accès aux soins, de morbidité et de mortalité?
Points focaux dans les ministères concernés dans les pays	• Quelles sont les priorités nationales en matière de SSRMNIA-N ? notamment mais pas exclusivement : forte croissance démographique, migrations, enregistrement des naissances. Les projets financés par les Agences des Nations Unies via le FFM répondent-ils bien à ces priorités? quid des projets financés par l'AFD ? • Connaissez-vous les programmes que la France finance en matière de SSRMNIA-N dans le pays ? Pour quel montant ? Quelles thématiques ? Dans quelle région ? Via quels outils de communication ? • Quelle perception avez-vous de la contribution du FFM et de l'AFD sur la SSRMNIA-N, en matière d'accès aux soins, de morbidité et de mortalité ? • Quelle modification au niveau du dialogue avec les pays et au niveau de la planification conjointe : Agences UN-gouvernements- société civile depuis 2014 ? • Quel est l'impact de la baisse des financements Muskoka sur la pérennité des actions financées par la France sur la SSRMNIA-N ? et par les autres bailleurs ? Volet opérationnel • Connaissez-vous le mécanisme de travail commun entre les Agences UN mis en place dans le pays (forces faiblesses, opportunités, menaces)? Comment l'évaluez-vous ? Quels sont ses effets leviers ? Comment êtes-vous impliqué dans le mécanisme (planification, mise en œuvre évaluation) au niveau central et au niveau décentralisé ? Quelles sont vos attentes par rapport au mécanisme ? • Quel rôle avez-vous dans la coordination des différents partenaires en matière de SSRMNIA-N ? • Comment coordonnez-vous les appuis des différents partenaires internationaux en matière de SSRMNIA-N ? • Quels changements anticipez-vous dans votre dialogue avec les Agences des Nations Unies avec mise en place du coordinateur résident du SDNU ? • Comment percevez-vous l'appui du FFM et de l'AFD en matière de SSRMNIA-N ? Sont-ils complémentaires ? Coordinés ? Avez-vous perçu une évolution (amélioration ou dégradation) depuis 2011 ? • Comment vous assurez-vous de la pérennité des interventions financées par l'AFD et le FFM ? • Comment sont définies les interventions de l'AFD/du FFM en matière de SSRMNA-N

	dans votre pays ? Quel est le rôle de votre ministère dans la définition de ces interventions ? Quels autres partenaires nationaux sont impliqués dans la construction des projets subventionnés ? Dans quelle mesure vos orientations sont-elles prises en compte dans la prise de décision ? Dans quelle mesure ses interventions sont-elles alignées avec les priorités stratégiques nationales et les systèmes locaux ? • Comment les plans de renforcement des capacités locales sont-ils définis dans le cadre des interventions de l'AFD/FFM (acteurs impliqués et leur poids dans la décision, temporalité, renforcement top/down ou transversal) ? Comment vous assurez-vous de l'utilisation et du transfert des connaissances acquises ? Quelles seraient les pistes d'amélioration ? • Comment assurez-vous le pilotage et le suivi des résultats des projets AFD/FFM ? Quelles sont les difficultés rencontrées pour mesurer les résultats et impacts attendus tels que définis dans les logiques d'intervention des projets ? • Comment gérer vous les difficultés rencontrées lors de la mise en œuvre des projets/interventions ? • Quelles actions sont mises en place pour assurer une transition post projet/intervention qui optimise la pérennité des résultats ? • Quelles ressources (humaines, financières) mobilisez-vous actuellement en envisagez-vous de mobiliser-vous pour répondre aux défis de la SSRMNA-N dans votre pays ?
1 partenaire scientifique local impliqué dans les projets RO	• Quel a été le processus de sélection du projet de recherche opérationnelle ? Comment a-t-il pris en compte les enjeux locaux de la SSRMNIA-N ? • Comment les résultats de la recherche sont-ils disséminés et pris en compte dans les actions financées par le FFM ?
Associations et ONG locales	• Quels sont les enjeux récents de la SSRMNIA-N localement ? notamment mais pas exclusivement : forte croissance démographique, migrations, enregistrement des naissances. Les projets financés par les Agences des Nations Unies/autres bailleurs répondent-ils bien à ces enjeux ? • Connaissez-vous les programmes que la France finance en matière de SSRMNIA-N dans le pays ? Pour quel montant ? Quelles thématiques ? Dans quelle région ? Via quels outils de communication ? • Êtes-vous impliqué dans la mise en œuvre du FFM/ des projets de l'AFD ? Si oui, sur quels projets ? A quelle hauteur ? • Quelle perception avez-vous de la contribution du FFM et de l'AFD sur la SSRMNIA-N, en matière d'accès aux soins, de morbidité et de mortalité ? Sont-ils complémentaires ? Coordonnés ? Avez-vous perçu une évolution (amélioration ou dégradation) depuis 2011 ? • Quel est l'impact de la baisse des financements Muskoka sur la pérennité des actions financées par la France sur la SSRMNIA-N ? et par les autres bailleurs ? • Connaissez-vous le mécanisme de travail commun entre les Agences UN mis en place dans le pays (forces faiblesses, opportunités, menaces) ? Comment l'évaluez-vous ? Quels sont ses effets leviers ? Comment êtes-vous impliqué dans le mécanisme (planification, mise en œuvre évaluation) ? Quelles sont vos attentes par rapport au mécanisme (au niveau de votre association/ONG) et plus globalement de la société civile ? • Quelle est la valeur-ajoutée et les limites du FFM, selon votre point de vue ?

Annexe J Protocole des ateliers

J.1 Point sur les ateliers de capitalisation

J.1.1 Atelier sur la redevabilité (volet 3)

Cette proposition sera à préciser avec un échange sur le sujet avec le commanditaire et après la réalisation d'entretiens (dont DGM/DDD/DEV/APD, DGM/DDD/HUMA, pôle Genre, éducation, population et jeunesse et DGM/DPO)

Objet

L'évaluation de l'engagement français Muskoka met en évidence la difficulté de la France à assurer la redevabilité de ses engagements internationaux (analyse à confirmer par la suite des investigations).

Deux aspects sont au cœur de la question de la redevabilité :

- La mise en place d'un processus de coopération entre les acteurs pour assurer la redevabilité :
 - Coopération entre l'AFD et le MEAE
 - Coopération entre Expertise France et le MEAE
 - Coopération au sein du MEAE
- La collecte de données pour assurer la redevabilité (indicateurs) :
 - Type d'indicateurs (financier, réalisation, résultats, impacts)
 - Intérêt et limites de chaque type d'indicateur, dont :
 - Capacité de collecte des indicateurs (disponibilité, fréquence, fiabilité, etc.)
 - Lien de l'indicateur avec la stratégie/politique française et l'intervention des acteurs français
 - Adéquation avec la cible de la redevabilité
 - Cohérence entre les indicateurs des différentes stratégies, du CAD OCDE, etc.

L'analyse de la capacité des acteurs français à suivre un engagement international sera illustrée principalement par de l'engagement Muskoka (dont COM 2011-2013) mais sera étendue à d'autres engagements internationaux :

- Marqueur SGMNI du CAD/OCDE
- Stratégie Action extérieure de la France sur les enjeux de population, de droits et santé sexuels et reproductifs et son bilan
- COM AFD 2017-2019

Objectifs

- Identifier collectivement et partager les enseignements de la pratique française pour le suivi des engagements internationaux de la France ;
- Identifier les bonnes pratiques transférables à d'autres engagements internationaux ;
- Tirer, à partir des quatre exemples d'engagements internationaux analysés, des enseignements que les acteurs pourront prendre en compte dans le suivi et la redevabilité d'un engagement international ;
- Mettre en perspective les enseignements tirés de l'analyse de Muskoka pour les engagements Santé pilotés par le MEAE (HUMA), devant permettre notamment :

D'améliorer l'utilisation du marqueur SGMNI du CAD/OCDE par la France (MEAE + AFD + Expertise France) afin de renforcer la capacité du MEAE à assurer la redevabilité sur les secteurs liés à ce marqueur ?

De renforcer la concertation entre les services en charge du pilotage et de la mise en œuvre des stratégies au sein du MEAE

Participants

Cet atelier rassemble à Paris les services du MEAE et de l'AFD impliqués dans le suivi de l'engagement financier Muskoka.

Seront invités :

- Pour le MEAE :
 - DGM/DDD/DEV/APD
 - DGM/DDD/DEV/TAD
 - DGM/DDD/HUMA, pôle politique de santé mondiale
 - DGM/DDD/HUMA, pôle Genre, éducation, population et jeunesse
 - DGM/DPO
 - NUIO/EB – à confirmer -
- Pour l'AFD
 - SAN
 - SPC (direction des partenariats, redevabilité institutionnelle) – à confirmer -
 - Communication financière – à confirmer –
- Pour Expertise France
 - Pôle Santé

Déroulé et méthode d'animation pressentie

1. Présentation par les acteurs de leurs pratiques de suivi de redevabilité d'un engagement international de la France (selon une trame commune préparée avec les consultants : processus de remontée de l'information, information collectée, forces et faiblesses) :
2. Co-construction de principes méthodologiques pour le suivi des engagements financiers de la France :

Pour ces deux temps de réflexion, la méthode d'animation ne pourra être définie précisément qu'en fonction des participants – nombre, connaissance du sujet, etc.). A ce stade, nous pouvons envisager d'inviter les participants à l'atelier à constituer, pour chacun des temps, de petits groupes et restituer le fruit de leur réflexion.

Livrable

Les éléments issus de l'atelier seront notés et assemblés par le consultant.

Une synthèse de ce premier atelier sera établie et constituera l'un des éléments du rapport final de l'évaluation formative (maximum 4 pages).

Encadré 7 Synthèse de l'atelier « Leçons à tirer du processus de suivi des engagements financiers Muskoka par les acteurs français »

- Objectifs de l'atelier
- Présentation du déroulé de l'atelier
- Leçons tirées du processus de suivi des engagements financiers
- Adaptations envisagées et modalités de mise en œuvre
- Liste des participants

J.1.2 Les ateliers de capitalisation sur le FFM (volet 1) et les progrès enregistrés depuis l'évaluation de 2014 (volet 2)

Les missions de terrain et entretiens complémentaires à conduire sur les volet 1 et 2 de l'étude seront une matière riche à exploiter, qui permettra de définir les axes à débattre, les participants à inviter ainsi que le déroulé à adopter. Nous estimons donc prématuré de figer à ce stade le contenu des ateliers qui vont se dérouler en mai prochain (voir 6.3.). Nous proposons donc d'échanger avec le comité technique à l'occasion de la remise des rapports de mission, deux à trois semaines avant la tenue des ateliers afin d'ajuster nos propositions.

Atelier sur le FFM

Consacré au volet 1 sur les changements induits par le FFM, leur illustration de la réforme ONE UN, et les leçons à tirer du suivi des contributions volontaires aux organisations internationales, l'atelier aura lieu à Dakar.

Il a pour **objectifs** de :

- Tirer des enseignements des expériences des représentants des Agences onusiennes
- Identifier les contours d'un FFM 2.0
- Identifier les bonnes pratiques à transposer pour d'autres engagements multilatéraux de la France

L'atelier aura pour but d'animer une demi-journée de capitalisation afin de produire un savoir opérationnel issu des expériences, ensuite partageable plus largement. Nous prendrons appui sur ces échanges pour nourrir les enseignements et bonnes pratiques observées. Nous proposons que l'atelier se déroule en deux temps : un temps stratégique (2h) et un temps opérationnel (2h).

Seront conviés au temps stratégique :

- Les représentants des Agences onusiennes régionales impliquées dans le COPIL du FFM (OMS, UNFPA/ONUFEMMES, UNICEF)
- L'AFD,
- Le comité français pour l'UNICEF,
- Pour le MEAE :
DGM/DDD/HUMA, pôle politique de santé mondiale
DGM/DDD/HUMA, pôle Genre, éducation, population et jeunesse
Ambassade de France à Dakar : Conseiller régional en santé mondiale

Seront conviés au temps opérationnel :

- Les représentants des Agences onusiennes régionales impliquées dans le COTECH du FFM (OMS, UNFPA/ONUFEMMES, UNICEF)
- L'AFD,
- Pour le MEAE :
DGM/DDD/HUMA, pôle politique de santé mondiale
DGM/DDD/HUMA, pôle Genre, éducation, population et jeunesse
- Expertise France
- Les représentants des Agences onusiennes intervenant au Sénégal (OMS, UNFPA/ONUFEMMES, UNICEF)

Atelier sur les progrès enregistrés

Consacré au volet 2 sur les progrès enregistrés depuis l'évaluation à mi-parcours et les enseignements à en tirer dans un contexte renouvelé, l'atelier aura lieu à Paris.

Il a pour **objectifs** de :

- Tirer les enseignements de la mise en œuvre des recommandations de l'évaluation
- Identifier des pistes d'amélioration et préparer les prochains engagements de la France pour la SSRMNIA-N

Les consultants organiseront un atelier d'échange et de capitalisation avec les parties prenantes concernées du MEAE et de l'AFD. Nous proposons que l'atelier se déroule en deux temps : un temps stratégique (2h) et un temps opérationnel (3h).

Une première partie visera à aborder les questions plus stratégiques (R1 et 1^{er} volet de R2 et R5) n'intéressant que :

- Pour le MEAE :
DGM/DDD/HUMA, pôle politique de santé mondiale
DGM/DDD/HUMA, pôle Genre, éducation, population et jeunesse
DGM/DPO
NUIO/EB – à confirmer -
- Pour l'AFD
SAN
Division suivi-évaluation
Représentation permanente de la France à Genève et à Bruxelles

Une deuxième partie permettra à l'atelier de s'ouvrir sur des questions plus opérationnelles - synergies, efficacité, durabilité, reprise des résultats de la recherche (2^{ème} volet de R2, R3, R4). Il réunira les acteurs du premier atelier mais aussi opérateurs de l'aide, par exemple le département Santé d'Expertise France, le pôle Initiative 5% (au sein d'Expertise France), des ONG de santé (Action contre la Faim, MDM), le CREDES.

Déroulé et méthode d'animation pressentie

Pour chaque temps de réflexion, la méthode d'animation ne pourra être définie précisément qu'en fonction des participants – nombre, connaissance du sujet, etc.). A ce stade, nous pouvons envisager

d'inviter les participants à l'atelier à constituer, pour chacun des temps, de petits groupes et restituer le fruit de leur réflexion.

Livrable

Les éléments issus de l'atelier seront notés et assemblés par le consultant.

Une synthèse de ce premier atelier sera établie et constituera l'un des éléments du rapport final de l'évaluation formative (maximum 4 pages).

Encadré 8 Synthèse de l'atelier « Leçons à tirer du processus de suivi des engagements financiers Muskoka par les acteurs français »

- Objectifs de l'atelier
- Présentation du déroulé de l'atelier
- Leçons tirées du processus de suivi des engagements financiers
- Adaptations envisagées et modalités de mise en œuvre
- Liste des participants

Annexe K Synthèse des ateliers de capitalisation

Ce document constitue la synthèse des ateliers de capitalisation. Trois ateliers se sont tenus :

- Consacré au volet 1 sur le fonctionnement du FFM, un atelier s'est tenu le 29 mai après-midi à Dakar et a réuni des participants du MEAE, des Agences Régionales et Sénégalaises des Nations Unies, du Ministère Sénégalais de la Santé et de la Femme.
- Consacré au volet 2 sur les recommandations de l'évaluation à mi-parcours (R2 et R3) et les enseignements à en tirer dans un contexte renouvelé, un atelier s'est tenu le 4 juin après-midi à l'AFD et a réuni des participants du MEAE, de l'AFD et de la société civile (Équilibre et Population).
- Consacré au volet 3 sur les processus de redevabilité, un atelier s'est tenu le 26 mars après-midi au MEAE et a réuni des participants du MEAE et de l'AFD.

Les ateliers avaient pour objectif de :

- Transformer des **connaissances implicites** que les participants à l'atelier ont acquis au fil de leur expérience, en un **capital explicite à partager**
- Identifier **les obstacles et les leviers**
- Identifier des **solutions opérationnelles**
- Préparer les prochains engagements de la France pour la SSRMNIA-N et d'autres thématiques.

K.1 Volet 1 sur le fonctionnement du FFM

Une première de l'atelier a visé à aborder 2 questions sur le fonctionnement du FFM :

1. **Comment améliorer le fonctionnement du FFM ?**
 - Quelles sont les pratiques de travail qui ont des effets leviers (sur les Agences, sur les partenaires de mise en œuvre, sur les autres partenaires techniques et financiers) ?
 - Quelles en sont les limites et comment les améliorer ?
 - Comment pérenniser ces pratiques ?
2. **Comment transposer les pratiques vertueuses à d'autres contributions volontaires de la France ?**
 - Quelles sont les pratiques vertueuses à essaimer ?
 - Quelles sont les conditions de transposabilité ?

Constats issus de l'atelier

Au niveau régional

- Les modes de mise en œuvre des interventions via le FFM travail qui ont des effets leviers sont les suivants : i) un financement qui nécessite un plan de travail commun qui a permis la mise en œuvre pluridisciplinaire de certaines recommandations mondiales relatives à la santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant, de la santé de la reproduction ; ii) une coordination régionale dotée d'un financement qui permet de conduire des échanges de bonnes pratiques entre équipes de mise en œuvre et de communiquer sur les bonnes pratiques en interne et en externe (cf suédois se sont inspirés du FFM); iii) des réunions communes qui ont permis d'avoir des produits tels que : plan commun, actions conjointes pays ; iv) la mise en commun de ressources qui a permis de se projeter sur plusieurs années et être stratégique ; v) le repositionnement du FFM dans les pays d'Afrique francophone sur les questions de santé de la mère et de l'enfant qui a permis d'avoir plus de moyens sur ces pays-là ; vi) l'approche communautaire du FFM qui a permis d'amorcer l'institutionnalisation de la santé communautaire ; vii) la dimension catalytique du FFM qui a permis la prise en charge de thèmes orphelins : hygiènes menstruelle, santé des adolescents, violences faites aux femmes
- Néanmoins il existe des limites : i) procédures administratives lourdes liées au principe d'allocation aux Agences ; ii) des différences de procédures entre Agence qui complique la mise en

commun des ressources ; iii) des procédures administratives du bailleur lui-même qui impactent sur les délais d'allocation (exemple de l'année 2019 où les ressources ne seront disponibles qu'en juin) ; iv) la confusion entre les rôles du Copil et Cotech ; v) le rôle du Copil n'est pas toujours compris ; vi) en plein milieu d'année d'exercice, les instructions pour la mise en œuvre du fonds changent

Au niveau national

- Les modes de mise en œuvre des interventions via le FFM travail qui ont des effets leviers sont les suivants : i) la planification conjointe permis de mettre en place la plateforme SRMNIA au Sénégal ; ii) la complémentarité des Agences est mise en valeur et se créent des synergies autour des problèmes pour lesquels chacun met des ressources ; iii) l'expérience de mise en œuvre commune permet d'essaimer ; iv) les Ministères offrent des cadres de concertation utiles
- Néanmoins il existe des limites : i) la planification conjointe est moins ressentie entre Agences et ministères mais aussi entre Agences entre elles au Sénégal ; ii) il subsiste un manque de cadre de coordination incluant les jeunes (réseau des jeunes, société civile) ; iii) la mutualisation des moyens pour les missions conjointes pose problème ; iv) l'absence de flexibilité dans les répartitions des fonds par thématique ne permet pas aux Agences de s'adapter aux besoins

Pistes d'amélioration abordées en atelier

- Il apparaît important : i) que le MEAE clarifie l'objet et l'objectif (un financement catalytique) et dissémine l'information auprès des Agences ; ii) de revoir le rôle du COTECH et COPIL et de rédiger des TdR ; faire respecter leurs applications ; iii) fixer un cadre programmatique dès le début de la mise en œuvre ; iv) mettre en place un fond d'avance pour les actions des Agences et contrebalancer les délais de décaissement du MEAE dans l'année en cours ; permettre de mettre en place des plans biennaux ; par ailleurs étudier la possibilité d'utiliser les reliquats d'une année à l'autre ; et enfin accepter la flexibilité des fonds en cas de situation d'urgence
Par ailleurs ont été émises les idées suivantes : i) mettre en place un Comité de pilotage unique pour les fonds français bi et multi a été émise ; ii) dans le cadre des instances actuelles, inviter un représentant des ministères pays ; iii) engager une discussion de haut niveau entre les directeurs des Agences pour la mise en place d'un panier commun
- Les bonnes pratiques peuvent être pérennisées via i) un leadership des ministères et gouvernement et appropriation ; ii) des objectifs communs et cibles communes pour les Agences ; iii) la plateforme nationale SRMNIA qui s'est constituée au Sénégal
- Les conditions de transposabilité seraient de i) veiller à ce que le nombre d'Agences impliquées reste limité. S'il y en a plus, la coordination s'en trouvera complexifiée ; ii) considérer le financement comme catalytique et l'utiliser en tant que tel

Une deuxième partie a permis à l'atelier de s'ouvrir sur 2 questions plus opérationnelles à savoir :

- 3. Comment améliorer l'efficacité (atteinte des ODD) des actions conduites via le FFM et l'AFD ?**
 - Comment mieux anticiper (en phase d'instruction) et identifier (lors de la mise en œuvre) les facteurs propres aux pays d'intervention susceptibles d'impacter négativement les résultats des projets (turnover des personnels formés, maintenance des équipements, défaillance des chaînes d'approvisionnement en intrants et en médicaments, épidémies, etc.)
 - Comment mieux capitaliser sur les résultats de la recherche opérationnelle pour améliorer l'efficacité des interventions ?
- 4. Comment améliorer la durabilité (capacités, appropriation) des actions conduites via le FFM et l'AFD ?**
 - Comment mieux mobiliser les financements nationaux disponibles pour soutenir la SRMNIA-N ?

Constats issus de l'atelier

- La recherche opérationnelle permet un partage de résultats pour aller vers la mise à l'échelle. Les thèmes de RO devraient être mieux choisis et les travaux mieux suivis. La coordination régionale est clef pour renforcer la diffusion de recherche.
- Le FFM a un effet catalytique qui permet d'embarquer d'autres bailleurs après effet de démonstration des interventions Muskoka
- Le passage à l'échelle dépend du leadership de l'Agence lead dans le pays et de l'interprétation de l'utilisation des fonds Muskoka qui ne sont pas écrits ; il n'est donc pas sûr que tous les pays aient cette lecture « catalytique » du FFM

Pistes d'amélioration abordées en atelier

- Les pistes pour améliorer l'efficacité sont les suivantes : i) : anticiper dans la programmation le calendrier de réception des fonds ; ii) prévoir dans les actions financées la mise en place d'une politique de motivation des spécialistes ; iii) prévoir un plaidoyer pour le financement domestique de la santé et de l'éducation, de la maintenance des équipements mais aussi l'amélioration de la chaîne de distribution qui pose problème aujourd'hui ; iv) confier la RO aux structures qui ont la compétence et le suivi à des acteurs qui en ont aussi la compétence ; v) documenter la mise en œuvre et utiliser les résultats pour améliorer la prise de décision.
- Les pistes pour améliorer la durabilité sont les suivantes : i) bien identifier les activités qui ont potentiellement un effet catalytique et prévoir un passage à l'échelle ; ii) mobiliser des fonds supplémentaires des Agences ; iii) accompagner les pays pour améliorer la mobilisation des ressources domestiques (fiscalité)

K.2 Volet 2 sur les recommandations de l'évaluation à mi-parcours et les enseignements à tirer dans un contexte renouvelé

Une première partie de l'atelier a visé à aborder 2 questions plus stratégiques à savoir :

- 1. Comment la France peut-elle mieux prioriser ses interventions en faveur de la SSRMINIA-N ?**
 - Comment mieux identifier les interventions, les thématiques et les géographies (au sein des pays) susceptibles d'impacter les déterminants de la santé de la mère et de l'enfant (interventions à haut impact) ? (Exemple : Quelles décisions relevant de la priorisation des interventions doivent être prises au niveau central versus au niveau local ?)
 - Comment mieux utiliser les résultats de la recherche opérationnelle afin de guider le positionnement stratégique de la France ?

Constats issus de l'atelier

- Les déterminants de la santé de la mère sont ici les indicateurs sanitaires permettant d'enregistrer les progrès dans l'atteinte des ODD 4 et 5.
- L'AFD ne peut pas offrir un continuum de ses actions sur les sujets liés à la SSRMINIA-N. L'AFD s'intéresse avant tout aux soins de santé primaires.
- Les Agences des Nations Unies traitent les sujets liés à la SSRMINIA-N de manière globale. Elles ont leurs propres indicateurs et valeurs cibles à atteindre pour chaque ODD. Elles présentent les indicateurs sociaux et sanitaires des pays dans leurs rapports annuels d'activités.

- Pour le MEAE les **enjeux démographiques** sont une priorité. Fort plaidoyer au niveau politique. On observe un début de priorisation de ses enjeux au niveau des pays. La **nutrition** est aussi un défi majeur. La situation s'aggrave et il existe un cloisonnement des services. L'Action de l'UNICEF en faveur de la nutrition est centrée sur l'allaitement et les micronutriments mais **le MEAE porte une vision plus large de la nutrition** qui comprend la malnutrition chronique, la nutrition des adolescents et la surnutrition. Le MEAE souhaite centrer son action **sur l'éducation à la santé**.
- Pour Equilibre et Population **la France doit prioriser ses interventions et les faire converger**. La France est partie d'un appui à la SMI puis tous les 6 mois une lettre est rajoutée. Les acteurs ne peuvent pas répondre à tous les enjeux. Il faudrait se recentrer sur la question des DSSR qui est centrale, sans cela on ne peut pas avoir d'impact sur les indicateurs de mortalité maternelle, néonatale et infantile.
- **L'AFD partage ce contact**. En déroulant les sous-thématiques de la SMI on risque de se retrouver avec un empilement de stratégies à haut impact. L'AFD préfère se centrer sur les soins de santé primaires.
- UNFPA a mis du temps à considérer la question démographique. Pourtant les NU sont porteuses de stratégies qui s'imposent aux pays.
- La **faiblesse de la gouvernance** au niveau des pays cibles est une difficulté majeure. Les Ministères de la santé sont absents ils ne sont pas en mesure d'élaborer et de coordonner des stratégies fortes.
- Les financements de l'aide au développement sont limités et insuffisants pour avoir un impact. L'aide au développement est là pour accompagner les politiques publiques nationales mais le constat est qu'il n'y a **pas de financements nationaux**, les budgets des Ministères de la santé sont en baisse, il n'y a pas de volonté politique de soutenir la SSRMNI-N. La sécurité reste prioritaire et pas les secteurs sociaux. Les ministres de la santé ne sont pas en position de force dans les gouvernements, porter ces sujets est très complexes pour eux. L'exercice d'être Ministre de la santé est difficile dans ces pays.
- Le FFM a une véritable **fonction catalytique**.
- Pour l'AFD le financement d'infrastructures vient d'une demande nationale. Les autorités nationales sont peut sensibles au discours de l'AFD sur la nécessité d'investir sur les soins de santé et les interventions à haut impact. Il existe des déterminants politiques qu'il n'est pas possible d'ignorer. En Côte d'Ivoire l'AFD a financé 50% d'infrastructure et 50% d'actions pour le renforcement du système de santé.
- Pour Equilibre et Population il y a un problème de communication entre acteurs. C'est souvent eux sur le terrain qui informent l'ambassade et l'AFD de qui fait quoi ?
- Le Fonds Commun Santé au Niger est un outil intéressant pour coordonner les interventions des bailleurs autour de la stratégie nationale et responsabiliser le Ministère de la santé. Mais l'outil ne réponds pas au besoin de visibilité des PTF, certains bailleurs ne veulent pas en faire parti car ils considèrent que c'est trop risqué par rapport à leurs procédures internes. Enfin les organisations de la société civiles bénéficient très peu des financements du Fonds.
- Une priorisation des interventions s'est aussi faite via un recentrage géographique.

Pistes d'amélioration abordées en atelier

- Les autorités nationales doivent intégrer les enjeux de la SSRMNI-N dans les stratégies nationales et coordonner les interventions. Il faut une prise de hauteur sur l'élaboration des stratégies nationales y compris en s'appuyant sur la recherche opérationnelle mais seuls les pays peuvent le faire. Les stratégies ne peuvent pas être développées par des experts externes sans implication des acteurs locaux experts du terrain. La réflexion doit être institutionnelle.
- Les Agences des Nations unies sont plus libres que l'AFD dans le choix de ce qu'elles vont financer. Elles peuvent ignorer les Agendas politiques. Ainsi il peut y avoir une complémentarité des

financements avec l'AFD qui prends en charge le financement d'infrastructures qui correspondent à des besoins réels.

- Il faut s'inscrire dans une vision globale qui intègre la société civile dans le plaidoyer auprès des autorités nationale sur l'importance des questions liées à la SSRMNIA-N. Les ONG le font. L'AFD finance à travers ses interventions des organisations de la société civile mais constate aussi que dans certains pays la société civile est embryonnaire. Equilibre et population considère que la société civile doit jouer un rôle pour responsabiliser les Ministères sur leurs propres stratégies.
- Le MEAE envisage d'intégrer la société civile au niveau du comité de pilotage Muskoka. La société civile ne doit pas être dans la gestion au quotidien mais a un rôle à jouer dans la gouvernance sur les orientations stratégiques. Pour l'AFD il n'est pas évident d'impliquer une ONG au comité de pilotage, sélectionner une ONG représentative de la Société civile n'est pas simple. Equilibre et Population propose « Les jeunes féministes d'Afrique de l'Ouest » qui sont légitimes sur les questions de DSSR
- La société civile a un rôle à jouer sur l'accès aux populations vulnérables car les autres acteurs n'iront pas dans des zones dangereuses
- La coordination entre acteurs de la coopération française doit se faire dans les pays, il faut organiser une réunion par an qui rassemble tous les opérateurs/acteurs intervenants avec des financements français autour des autorités nationales. Il faut impliquer des représentants nationaux de haut niveau.

2. Comment améliorer la visibilité de l'action de la France (multi et bilatéral) en faveur de la SSRMNIA-N à l'échelle globale?

- Comment mieux valoriser la contribution de la France à l'atteinte des ODD4 et 5 ? (Exemple : une stratégie de communication centralisée versus une stratégie par organisation)
- Comment mieux mutualiser les moyens de communication des acteurs (multi et bilatéral)?
- Comment améliorer la dissémination des résultats de la recherche sur la SSRMNIA-N en vue d'accroître la visibilité de l'action de la France?

Constats issus de l'atelier

- L'AFD n'était pas outillée pour communiquer effectivement sur Muskoka. L'AFD a commencé à mieux communiquer il y a 6-7 ans et n'avait à l'époque que 8 personnes travaillant sur la communication de l'ensemble de l'Agence.
- Au niveau des pays les Agences des NU communiquent avant tout pour elles mêmes. Il existe toutefois un ETP au niveau régional qui a conduit certaines initiatives de communication intéressantes mais qui restent diluées.
- La question de la visibilité est liée à celle de la pérennisation du dispositif Muskoka. Si la France veut se retirer à terme il faut être en capacité d'attirer d'autres bailleurs.
- Equilibre et Population regrette que les acteurs ne connaissent pas le portefeuille des actions financées par Muskoka
- Les Agences des NU réclament une pérennité des fonds mais pour la France il s'agit de pérenniser le dispositif mais pas nécessairement avec des fonds français. Les Agences doivent être davantage impliquées dans la pérennisation du dispositif.

Pistes d'amélioration abordées en atelier

- Le MEAE considère qu'il y a besoin d'un travail de plaidoyer. Il s'agit de valoriser la contribution de la France aux changements en cours par exemple au Sénégal avec la loi sur le viol. Il a été envisagé de recruter un ETP pour cela et les Agences des NU étaient d'accord sur le principe mais ne souhaitaient pas que cette personne soit basée au MEAE. Ce plaidoyer doit être porté au niveau

régional et au niveau pays. Les conseillers régionaux santé n'ont pas le temps, leur première mission n'est pas celle-ci. Il faut recruter quelqu'un en capacité de vendre Muskoka, qui soit capable de couvrir les aspect plaidoyer et politiques, qui puisse ouvrir des portes, attirer de nouveaux bailleurs et avoir une vision sur la pérennité du dispositif.

- Equilibre et Population pense qu'il serait utile d'organiser des événements de visibilité au niveau pays, avec l'ambassade. Ces événements seraient communs à l'ensemble des interventions françaises dans le pays. Ils mobiliseraient l'ambassadeur. Le MEAE précise qu'il faut anticiper l'organisation en intégrant ces événements dans le plan de communication de l'ambassade et des Agences en début d'année.

Une deuxième partie a permis à l'atelier de s'ouvrir sur 2 questions plus opérationnelles à savoir :

- 5. Comment améliorer l'efficacité (atteinte des ODD) des actions conduites via le FFM et l'AFD ?**
 - Comment mieux anticiper (en phase d'instruction) et identifier (lors de la mise en œuvre) les facteurs propres aux pays d'intervention susceptibles d'impacter négativement les résultats des projets (turnover des personnels formés, maintenance des équipements, défaillance des chaînes d'approvisionnement en intrants et en médicaments, épidémies, etc.)
 - Comment mieux capitaliser sur les résultats de la recherche opérationnelle pour améliorer l'efficacité des interventions ?
- 6. Comment améliorer la durabilité (capacités, appropriation) des actions conduites via le FFM et l'AFD ?**
 - Comment mieux mobiliser les financements nationaux disponibles pour soutenir la SRMNIA-N ?

Constats issus de l'atelier

- Equilibre et population souligne qu'avec la montée des extrémismes il n'est pas simple d'intervenir sur certains sujets comme l'éducation à la SSR au Mali. Ils travaillent avec UNFPA pour déconstruire les schémas de pensées. L'AFD au Niger a souligné qu'il est important d'associer les Agences des Nations Unies sur les sujets sensibles car le multilatéral ne sera pas accusé d'ingérence dans les croyances et traditions.
- La qualité des données est un problème. Comment mesurer l'efficacité sans données ? Il faut aussi savoir les exploiter. Le politique doit être en mesure d'utiliser les données pour prendre des décisions informées.
- L'AFD rappelle que la France n'investi pas beaucoup de moyen dans l'évaluation. DFID et la fondation Gates investissent 20% des budgets dans l'évaluation et la production de données.
- Les Agences des Nations Unies au Niger ont souligné l'utilité des missions de terrain pour collecter des données de suivi-évaluation sur leurs interventions (indicateurs de réalisation) et identifier les obstacles qui surviennent suffisamment tôt pour intervenir. Par exemple des centres de santé qui utilisent les intrants des kits de césarienne financés par les Agences pour des questions non liées à la SMI. Le MEAE indique que les dernières missions de terrain ont eu lieu en mars et juin 2018. S'il n'en a pas eu depuis ce n'est pas une question de financement. Ce sont les pays qui freinent ce type de mission. Le MEAE a choisi de proposer à nouveau la possibilité de faire ces missions 2 ou 3 fois par an.
- La série c'est la vie a eue beaucoup de succès mais Equilibre et Population estime que l'impact ne pourra être ressenti que dans 5 à 10 ans. L'AFD considère qu'il est difficile d'en mesurer l'impact réel. Comment mesurer les changements de comportements ? Quelle est la perception des messages ? ...
- Les facteurs propres aux pays d'intervention susceptibles d'impacter les projets négativement sont structurels. Equilibre et Population considère qu'ils font parti des difficultés de l'intervention mais il n'est pas possible de mieux les anticiper

Pistes d'amélioration abordées en atelier

- Le MEAE suggère un poste suivi-évaluation pour renforcer la qualité et l'utilisation des données. La création d'un poste régional basé au niveau de l'OMS Afro est envisagée. L'objectif est aussi de donner plus de responsabilités à l'OMS. L'AFD et Equilibre et Population ne valident pas le choix de l'OMS. L'organisation n'a pas une culture du résultat et ses représentants sur le terrain ne sont pas toujours bien vus. Par ailleurs ce poste n'est pas nécessairement la meilleure façon de responsabiliser l'organisation dans le dispositif Muskoka.

Autres remarques durant l'atelier : La France utilise le canal multilatéral pour mettre en avant la SSRMNIA. La réforme des Nations Unis intéresse le MEAE qui souhaite que le FFM appui cette réforme.

K.3 Volet 3 sur la redevabilité

Constats issus de l'atelier

- Pour l'AFD et le MEAE, **l'exercice de redevabilité est d'une grande complexité**. L'AFD est chaque année redevable de plus en plus d'indicateurs (55 à ce jour, redevabilité COM, CICID, CAD, thématique genre, SMNI, nutrition, She Decides..).
- Le **marqueur SGNMI est largement méconnu au sein des deux organisations**. Il n'est d'ailleurs pas mentionné au sein de la Stratégie santé de la France. Il est par ailleurs le seul marqueur avec sa propre méthodologie. Le Working Party on Statistics de l'OCDE donne des instructions aux Etats sur comment mettre en œuvre le marqueur SGNMI. Le MEAE et l'AFD sont des membres « observateurs » de ce type de séance mais c'est la DG Trésor qui a un rôle officiel de représentation pour la France et qui est ensuite chargée de véhiculer l'information au sein des ministères. Les divers services (dont HUMA) ne reçoivent pas l'information de la DG Trésor.
- La **définition des indicateurs de performance manque globalement de cohérence au niveau national** (des indicateurs différents pour un même sujet d'un document cadre à l'autre), **et notamment dans le domaine de la santé**. Les indicateurs semblent plutôt choisis en fonction de la facilité à les renseigner.
- La France accueille le prochain G7 et coordonne la rédaction du rapport du suivi des indicateurs. C'est une opportunité mais actuellement il y a beaucoup d'aller-retour entre **les services qui ne savent pas se mettre d'accord**. L'exercice conduit sur le PAP et RAP (travail collectif de définition d'indicateurs transversaux) est une bonne pratique mais difficilement transposable.
- Les difficultés rencontrées dans la collecte des données laissent comprendre **l'hétérogénéité** dans le niveau de compréhension des agents impliqués dans les exercices, leurs pratiques, leur niveau de motivation à compléter les données. Les outils ne sont pas les plus adaptés en plus d'être doublés (CHORUS et PRISME).
- **L'analyse de l'APD est influencée**, par la qualité de la collecte et de la manière dont elle est renseignée. Le service APD du MEAE se plaint de l'hétérogénéité des données qu'ils reçoivent voir de l'absence de données. Les déclarations de l'APD sont basées sur plusieurs logiciels ce qui crée beaucoup de confusion (CHORUS, PRISME). Quand ils demandent plus d'informations aux secteurs, ils sont généralement mal reçus, avec cette « *impression de gêner* ».
- Il y a **peu de partage d'information entre l'AFD et le MEAE et même au sein même des structures**. De plus, sur le sujet de l'APD, le MEAE et l'AFD « *ont l'impression de ne pas parler la même langue* » (pas la même sémantique, etc).
- L'AFD et le MEAE ont très **peu de visibilité sur comment les autres bailleurs effectuent leur redevabilité** sur le sujet de la SRMNIA. Les États-Unis et le Royaume-Uni ont la réputation de bien valoriser, avec une interprétation de la méthodologie un peu bancal. Le Ministère Canadien se plaint d'avoir également des problèmes d'interprétation.

- Le sujet de la **redevabilité doit avoir une emprise politique pour fonctionner**. Pour le marqueur genre, le suivi des données fonctionne très bien car c'est le grand projet du quinquennat. Les objectifs de cette redevabilité doivent être clarifiés.

Pistes d'amélioration abordées en atelier

- Mettre en place une doctrine de redevabilité, déclinant un portage politique, des objectifs, une gouvernance, un système d'information, des indicateurs communs et une/des méthodologies claires.
- Réduire les ambitions globales mais garantir une redevabilité cohérente et qui a du sens.
- Créer un système d'information interservices inter-institutions afin de compléter des indicateurs et ainsi générer une meilleure discussion entre les institutions (dans la lignée d'un Observatoire de l'Aide). A noter l'AFD est en plein chantier de révision de leur système d'indicateurs (4 niveaux, COM, CICID, sous critères du CAD, projets)
- Garantir un arbitrage indépendant dans la création des indicateurs au niveau du MEAE (DGM). Anticiper le rendu en fonction de la finalité.
- Communiquer sur les exercices en interne et inter-service (sectoriels inclus) : sur l'existence de ces exercices, leurs objectifs, les indicateurs et les méthodologies
- Impliquer toutes les institutions concernées : MEAE, AFD mais aussi DG Trésor

technopolis |group| France
88 rue La Fayette
75009 Paris
France
T +33 1 49 49 09 20
F +33 1 49 49 09 29
E info.fr@technopolis-group.com
www.technopolis-group.com