Ministère des Affaires étrangères et du Développement international

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

SYNTHÈSE

RAPPORT D'ÉVALUATION

n°132

Direction générale de la mondialisation, du développement et des partenariats
2015

Le rapport complet de l'évaluation et ses annexes sont disponibles en ligne sur le site France Diplomatie
www.diplomatie.gouv.fr/fr/photos-videos-publications/publications/enjeux-planetaires-cooperation/evaluations/

Ils sont également disponibles sur le site de l'Agence française de développement
http://evaluation.afd.fr/

Ce document est la synthèse d'un rapport établi à la demande du ministère des Affaires étrangères et du Développement international et de l'Agence française de développement. Les analyses et commentaires développés n'engagent que leurs auteurs et ne constituent pas une position officielle.

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

Remerciements
L'équipe d'évaluation remercie l'ensemble des personnes rencontrées et interrogées, en France et dans les pays partenaires visités, pour leur excellent accueil et leur disponibilité. L'expérience qu'elles ont fait partager ainsi que leur connaissance des politiques de coopération en matière de développement, et des interventions en faveur de la santé des femmes et des enfants en particulier, ont constitué des apports cruciaux pour la réalisation de cette évaluation.

Par ailleurs, les consultants remercient de manière particulière les membres du Comité de pilotage pour leur participation active et leur contribution à l'élaboration des différents rapports, ainsi que pour leur contribution à l'amélioration des recommandations de l'évaluation.

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

Synthèse

Rapport réalisé par :

Arnauld Bertrand (EY)
Christina Castella (EY)
Dominique Kerouedan (experte indépendante)
Ewelina Oblacewicz (EY)

Table des matières

1. Mandat de l'évaluation *5*

1.1 Préambule *5*
1.2 Périmètre des interventions du MAEDI et de l'AFD en matière de santé maternelle et infantile pour mettre en œuvre les engagements pris à Muskoka *6*

2. Conclusions *8*

2.1 Un engagement pertinent en faveur de la SRMNI *8*
2.2 Un manque de vision stratégique qui limite la cohérence interne et la lisibilité du dispositif *9*
2.3 Des progrès nécessaires en matière de coordination et de suivi au sein du dispositif institutionnel français *10*
2.4 Une cohérence externe à renforcer par une plus grande implication de la France au sein des instances internationales *12*
2.5 Un rythme de décaissement en décalage avec les engagements financiers pris au sens de la redevabilité Muskoka *14*
2.6 Des résultats déjà perceptibles, mais des effets qui ne pourront être mesurés qu'au-delà de 2015 ..... *17*

3. Recommandations *18*

Recommandation n° 1 : sécuriser les financements pour maintenir les efforts en faveur de la SRMNI à horizon 2015 et au-delà *18*
Recommandation n° 2 : mettre en œuvre une doctrine d'intervention en faveur des OMD n°s 4 et 5 qui optimise le périmètre géographique et thématique des interventions françaises Muskoka *18*
Recommandation n° 3 : analyser et prendre en compte les conditions d'efficacité et de durabilité des interventions *20*
Recommandation n° 4 : renforcer la gouvernance et le pilotage des interventions françaises Muskoka *21*
Recommandation n° 5 : renforcer la participation de la France aux instances internationales en matière de SRMNI et appuyer la révision de la méthodologie de redevabilité Muskoka dans ce cadre *22*

Principaux sigles utilisés *23*

Liste des figures, tableaux et encadrés *23*

1. Mandat de l'évaluation

1.1 Préambule

Le ministère des Affaires étrangères et du Développement international (MAEDI) et l'Agence française de développement (AFD) ont décidé d'évaluer **les interventions en matière de santé maternelle et infantile mises en œuvre dans le cadre des engagements pris par la France lors du sommet du G8 tenu en juin 2010 à Muskoka, au Canada**.

Des huit objectifs du millénaire pour le développement (OMD) adoptés par la communauté internationale en 2000 et à atteindre d'ici 2015, **ceux visant la réduction de la mortalité infantile (OMD n° 4) et l'amélioration de la santé maternelle (OMD n° 5)** comptent parmi ceux qui accusent le plus de retard. Chaque année, environ 10 millions d'enfants dans le monde meurent avant l'âge de cinq ans sur 133 millions de naissances vivantes et entre 350 000 et 500 000 décès maternels surviennent dans le monde, dont plus de 99 % dans les pays pauvres[1].

Lors du **sommet de Muskoka**, les pays du G8 et leurs partenaires se sont engagés à consacrer **5 milliards de dollars additionnels sur la période 2011-2015** pour accélérer la réalisation des OMD n° 4 et n° 5. Les engagements pris dans le cadre de cette initiative portent sur une augmentation des ressources allouées à la santé reproductive, maternelle, néonatale et infantile (SRMNI[2]) pour la période 2011-2015 par rapport aux décaissements des bailleurs de fonds de l'année 2008 (voir encadré p. 14).

L'initiative dite Muskoka a pour but essentiel de **renforcer les systèmes de santé nationaux** dans les pays en développement affichant un taux élevé de mortalité chez les femmes et les enfants de moins de cinq ans et dont les besoins en planification familiale ne sont pas satisfaits. La déclaration du G8 de Muskoka[3] souligne que l'amélioration de la santé des femmes et des enfants passe par des **interventions globales et intégrées à fort impact**, à **l'échelle communautaire**, qui ciblent des interventions cruciales **tout au long du *continuum* de soins**, c'est-à-dire à des étapes critiques du cycle de vie des filles, des femmes et des enfants (à l'adolescence, avant et pendant la grossesse, à la naissance, après l'accouchement et durant la période néonatale, la petite enfance et l'enfance).

Dans ce cadre, la France s'est engagée à consacrer **500 millions d'euros additionnels sur la période 2011-2015 pour financer des interventions ciblées prioritairement sur 22 pays**, regroupant la plupart des pays pauvres prioritaires (PPP)[4] de la politique de coopération en matière de développement de la France, des pays en sortie de crise[5], d'autres pays africains francophones[6], ainsi que des pays de la Corne de l'Afrique[7] (uniquement pour le soutien à la vaccination).

Dans ce contexte, l'évaluation des interventions de la France pour mettre en œuvre les engagements pris à Muskoka s'est inscrite dans une double logique :

- **de redevabilité vis-à-vis du citoyen et du contribuable**, compte tenu des enjeux financiers et de l'importance du secteur de la santé dans la politique française de coopération au développement ;
- **d'apprentissage** « à mi-parcours » de la mise en œuvre des engagements pris par la France afin de fournir aux organes décisionnaires de la stratégie de coopération en matière de développement de la France des enseignements utiles sur **la pertinence, la cohérence, l'efficacité, l'impact et la durabilité** des interventions françaises Muskoka.

L'évaluation a été confiée au cabinet indépendant EY et placée sous l'égide d'un comité de pilotage pluridisciplinaire composé de représentants des différentes administrations et

1 - Source : Fiche repères du MAEDI sur « La France et les engagements de Muskoka en faveur de la santé des femmes et des enfants », 2012.

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

3 - www.pm.gc.ca/fra/nouvelles/2010/06/26/declaration-du-g8-muskoka-reprise-et-renaissance

4 - Les PPP définis par le comité interministériel pour la coopération internationale et le développement (CICID) du 5 juin 2009 (sauf le Ghana) : Bénin, Burkina Faso, Comores, Guinée, Madagascar, Mali, Mauritanie, Niger, République centrafricaine, République démocratique du Congo (RDC), Tchad, Togo, Sénégal.

5 - Afghanistan, Haïti

6 - Cameroun, Congo, Côte d'Ivoire

7 - Djibouti, Érythrée, Éthiopie, Somalie

d'organismes compétents et de personnalités qualifiées. Elle a suivi une démarche en trois grandes phases chronologiques déployées entre mars et septembre 2014 :

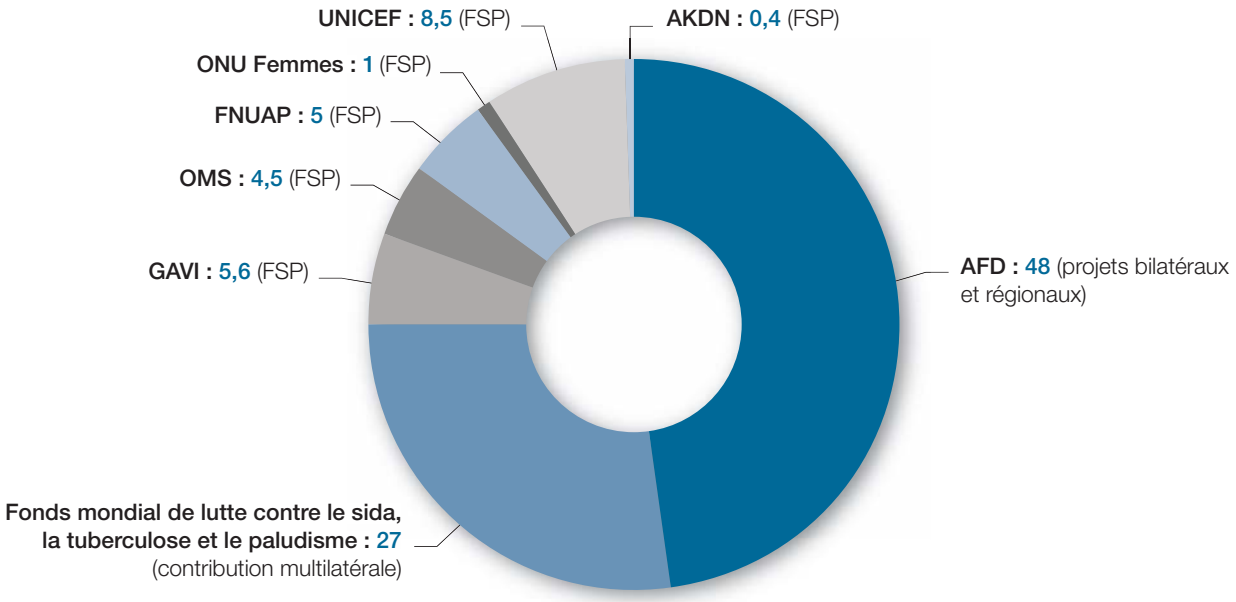
- une **phase de cadrage (mars-avril 2014)** dont l'objet a été de préciser l'approche évaluative (reconstitution de la logique des interventions financées par la France dans le cadre de l'initiative Muskoka, définition des questions évaluatives et élaboration du plan de collecte de données) ;
- une **phase de collecte (mai 2014)**, qui s'est articulée autour d'une étude documentaire approfondie, d'entretiens à Paris et à Genève ainsi que de missions de terrain dans trois pays (RDC, Sénégal et Togo) parmi les bénéficiaires des financements français Muskoka, afin de rencontrer les parties prenantes des interventions ;
- une **phase d'analyse et de jugement (juin-septembre 2014)** qui a permis de récapituler les principaux enseignements de l'évaluation et de présenter un ensemble de recommandations.

1.2 Périmètre des interventions du MAEDI et de l'AFD en matière de santé maternelle et infantile pour mettre en œuvre les engagements pris à Muskoka

L'évaluation a porté sur **l'ensemble des interventions de la coopération de la France financées et mises en œuvre par la direction générale de la mondialisation, du développement et des partenariats (DGM) du MAEDI et par l'AFD dans le cadre de l'initiative dite de Muskoka sur la période 2011-2013**.

Ces interventions additionnelles d'un montant de 100 millions d'euros par an sur cinq ans se répartissent entre différents canaux et instruments.

Figure 1 : Ventilation des engagements annuels Muskoka par instrument (montants moyens par année en millions d'euros)



Source : Données transmises par le MAEDI

Les interventions Muskoka du MAEDI représentent un budget de 52 millions d'euros annuels (soit 260 millions d'euros sur la période 2011-2015), financé en grande partie[8] sur le Fonds de solidarité prioritaire (FSP)[9] et réparti entre sept différentes organisations internationales chargées de leur mise en œuvre :

- quatre agences des Nations unies (OMS[10], UNICEF[11], FNUAP[12], ONU Femmes[13]) mettent en œuvre un programme commun (pour un montant total annuel de 19 millions d'euros financés sur le FSP) dont l'objectif est de contribuer au renforcement des systèmes de santé des pays d'Afrique francophone subsaharienne pour accélérer la lutte contre la mortalité maternelle, néonatale et infantile. Les pays retenus bénéficient de l'appui d'une à quatre de ces agences, les pays dits « phares » recevant l'appui systématique des quatre agences[14]. Les modalités de travail conjoint de ces quatre agences ont été conçues autour des trois composantes suivantes :
  - renforcement du système de santé dans les pays cibles,
  - appui au mécanisme de coordination Harmonisation de la santé en Afrique (HHA) et aux activités interpays et régionales,
  - gestion, suivi, évaluation et documentation des activités ;
- l'Alliance du vaccin (GAVI) reçoit une contribution annuelle complémentaire de 5,5 millions d'euros financée sur le FSP. L'appui de la France à GAVI dans le cadre de Muskoka vise à améliorer la protection contre la fièvre jaune et la méningite A, et à accélérer l'introduction et l'utilisation de nouveaux vaccins (vaccin pentavalent[15] notamment) dans le calendrier vaccinal des pays d'Afrique francophone accusant le retard le plus important dans la réalisation des OMD ;
- le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme (FMLSTP) bénéficie d'une augmentation de 60 millions d'euros de la contribution annuelle de la France (passée de 300 millions d'euros à 360 millions d'euros), valorisée à hauteur de 46 %, soit 27 millions d'euros au titre des règles de redevabilité Muskoka élaborées par le G8 (voir chapitre 2.5) ;
- la Fondation Aga Khan pour le développement (AKDN) dispose d'un budget de 500 000 euros par an[16] (financé par le FSP également) pour un projet ciblant les régions transfrontalières de l'Afghanistan, du Tadjikistan et du Pakistan. Le projet vise à améliorer les capacités des professionnels et des établissements de santé, à renforcer les connaissances et la réactivité des communautés en vue d'adopter des pratiques essentielles de santé de la femme et de l'enfant, et à développer les capacités du gouvernement à planifier, financer, fournir et évaluer, au niveau de la sous-région, les soins et les interventions essentiels en matière de santé de la femme et de l'enfant.

Dans le cadre de l'initiative Muskoka, l'État a mandaté **l'AFD** dans le contrat d'objectifs et de moyens (COM) liant les deux parties pour engager des projets (bilatéraux et multipays) en faveur de la santé des femmes et des enfants dans les pays éligibles aux engagements Muskoka[17] à hauteur de 48 millions d'euros par an (soit 240 millions d'euros sur la période 2011-2015). Les thématiques d'intervention privilégiées visent principalement le renforcement des systèmes de santé (renforcement institutionnel, appui à la gouvernance, financement des infrastructures, des équipements, de la production et de la gestion des intrants de santé, développement des ressources humaines et appui aux systèmes d'information sanitaire).

8 - Parmi les interventions Muskoka soutenues par le MAEDI, seule la contribution additionnelle au Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme n'est pas financée sur le FSP.

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

10 - Organisation mondiale de la santé – à noter que la composante OMS bénéficie d'un volet dédié à l'Alliance mondiale pour les professionnels de santé (AMPS).

11 - Fonds des Nations unies pour l'enfance

12 - Fonds des Nations unies pour la population

13 - Entité des Nations unies pour l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes

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

15 - Ce vaccin protège les enfants contre cinq maladies graves : diphtérie, tétanos, coqueluche, hépatite B et *Heamophilus influenza* type b (Hib), à l'origine de la pneumonie et de la méningite.

16 - Ce financement est décaissé de manière concentrée sur une période de quatre ans (2012-2015), à hauteur de 500 000 euros par an.

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

2. Conclusions

2.1 Un engagement pertinent en faveur de la SRMNI

2.1.1 Un engagement légitime et pertinent compte tenu des besoins existants

L'engagement en faveur de la SRMNI pris par la France lors du sommet des pays du G8 à Muskoka est à la fois légitime et pertinent. La mortalité maternelle et infantile constitue un défi majeur à l'échelle mondiale, conforté par les preuves scientifiques qui plaident fortement, dans leur globalité, en faveur d'un investissement massif et prolongé en matière de SRMNI.

Depuis 1990, la mortalité des enfants de moins de cinq ans et la mortalité maternelle ont diminué de manière significative à l'échelle mondiale : les décès maternels ont reculé de 47 % et le taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans est passé de 90 à 48 décès pour 1 000 naissances vivantes entre 1990 et 2013[18]. Malgré ces progrès au niveau mondial, un nombre inexcusable d'enfants et de femmes enceintes continuent de mourir chaque année de causes que l'on pourrait prévenir[19] et les progrès réalisés au regard des OMD n°s 4 et 5 restent en deçà des attentes de la communauté internationale. **La majeure partie des décès maternels et infantiles se sont produits dans des pays à revenu faible. L'Afrique regroupe 14 % de la population mondiale, mais elle enregistre 53 % des décès maternels et 50 % des décès des enfants de moins de cinq ans.**

Agir en **faveur de la SRMNI est d'autant plus légitime** qu'au-delà de la réalisation des OMD n°s 4 et 5, qui accusent un retard important dans la plupart des pays en développement, l'investissement dans ce domaine permet non seulement un effet immédiat sur la mortalité maternelle et infantile, mais également des effets à long terme tout au long du cycle de vie[20].

Alors que la coopération sanitaire française avait jusque-là été peu dirigée vers la santé des femmes et des enfants (en 2003, moins de 9 % des ressources de l'aide française dédiée à la santé ont été allouées spécifiquement à la santé maternelle et infantile), privilégiant une approche verticale ciblant la lutte contre les maladies infectieuses et les grandes pandémies, l'engagement pris par la France à Muskoka en 2010 marque le renforcement de sa coopération sanitaire en faveur de la SRMNI. En effet, si les priorités stratégiques de la France ont clairement ciblé les trois OMD relatifs à la santé, l'axe dominant de l'engagement français a de fait longtemps été la lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme (OMD n° 6).

L'engagement pris par la France à Muskoka renforce aussi plus globalement la place de la santé dans l'aide française, qui, bien que secteur prioritaire de la politique de coopération en matière de développement, 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 2012[21].

2.1.2 Un périmètre géographique globalement aligné avec les priorités françaises, mais dont l'allocation des crédits est dispersée et ne reflète pas assez la hiérarchie des besoins

Principalement défini en fonction des priorités géographiques de la politique de coopération en matière de développement de la France (PPP), **le périmètre géographique** de l'intervention de la France en matière de SRMNI est pertinent en ciblant des pays d'Afrique de l'Ouest et d'Afrique centrale, où les retards dans la réalisation des OMD n°s 4 et 5 sont avérés. En revanche, l'allocation des ressources entre les différents pays éligibles aux financements Muskoka peut être questionnée. Avec le volume d'intervention par pays dont dispose l'AFD, la question de la dispersion des interventions sur un nombre élevé de pays peut être soulevée.

18 - Site de l'OMS : www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/fr/

19 - Rapport OMD 2013 : *MDG report: Assessing Progress in Africa toward the Millenium Development Goals. Food Security in Africa: Issues, Challenges and Lessons. June 2012*.

20 - Selon l'hypothèse dite DOHaD (origine développementale des maladies et de la santé), les conditions dans lesquelles un individu débute sa vie, dès la période intra-utérine, voire au cours de la période pré-conceptionnelle, influencent sa santé à très long terme (Barker et Osmond, 1986). Beaucoup critiquée initialement, cette hypothèse épidémiologique a reçu le renfort des sciences biologiques expérimentales qui ont, à partir de modèles animaux, amplement démontré une relation causale entre des manipulations de l'environnement précoce et leurs conséquences sur le développement d'anomalies biologiques et de maladies à l'âge adulte.

21 - Ce taux reste inférieur à la moyenne des pays du Comité d'aide au développement de l'Organisation pour la coopération et le développement économiques (CAD-OCDE), qui s'établit à environ 12 %.

Concernant les crédits multilatéraux, le périmètre géographique d'intervention des différentes organisations soutenues par la France dans le cadre de l'initiative Muskoka correspond également, en général, à celui des pays pauvres prioritaires de la France. Il a été légitimement resserré dans le cas du FSP mis en œuvre avec les agences des Nations unies (12 pays, dont sept pays « phares »). En revanche, pour satisfaire la demande de l'organisation concernée, la liste des pays éligibles aux interventions de GAVI a été élargie pour inclure Djibouti, l'Éthiopie, l'Érythrée et la Somalie. Enfin, les contributions additionnelles de la France au Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme ne font pas l'objet d'une orientation géographique particulière en direction des PPP.

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

L'implication de la France dans l'initiative Muskoka et le choix des **thématiques d'intervention** privilégiées, notamment dans le cadre du volet bilatéral, visent principalement le **renforcement des systèmes de santé (RSS)[22], dans la continuité des interventions appuyées par la France dans le secteur de la santé avant l'initiative de Muskoka.**

Ainsi, l'axe stratégique principal qui sous-tend ces interventions vise l'appui à la mise en place de réformes et de programmes sectoriels en faveur d'une amélioration de l'offre de soins, de l'accessibilité géographique et financière de cette offre de soins pour les populations et de la gestion des systèmes de santé.

Les thématiques spécifiques aux **droits des filles et des femmes, à la santé sexuelle et reproductive et à la prévention ou à la prise en charge des violences sexuelles** sont abordées de manière peu systématique par les projets de l'AFD, mais elles sont appuyées en partie par la contribution à ONU Femmes et au FNUAP, organismes des Nations unies particulièrement qualifiés pour mener des interventions dans ces domaines qui figurent au cœur de leur mandat. En revanche, les **volets nouveau-né, survie de l'enfant et nutrition** de la SRMNI sont pour leur part assez peu représentés dans la réalisation de la stratégie Muskoka financée par la France. Cette sous-estimation pose d'autant plus question que 44 % de la mortalité infantile est désormais concentrée dans la période néonatale (première semaine de vie du nourrisson)[23].

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

2.2 Un manque de vision stratégique qui limite la cohérence interne et la lisibilité du dispositif

Le choix de la France d'axer ses interventions principalement sur le renforcement des systèmes de santé est légitime et pragmatique. Néanmoins, l'évaluation souligne que l'approche française dans l'initiative Muskoka **ne s'est pas suffisamment accompagnée d'une réflexion stratégique sur le mix optimal d'interventions à promouvoir** (entre interventions ciblant spécifiquement la SRMNI et le renforcement des systèmes de santé et des politiques hors santé susceptibles d'impacter la SRMNI), ni d'un **effort visant à collecter des informations permettant d'avancer dans ce sens**. Les fondements du positionnement de la France ne sont pas clairement explicités (par exemple

22 - L'OMS a développé une méthodologie qui décrit les éléments constitutifs nécessaires au développement de systèmes de santé efficaces et pour la mise en place d'un certain nombre de politiques d'appui (aussi bien dans le cadre du secteur de la santé qu'en dehors) : 1. renforcement du *leadership* et de la gouvernance des actions de santé ; 2. renforcement du système d'information sanitaire ; 3. renforcement du financement de la santé ; 4. renforcement des ressources humaines ; 5. renforcement de l'accès aux produits et aux technologies médicales essentiels ; 6. renforcement de la prestation des services ; 7. promotion au niveau familial et communautaire.

23 - Source : UNICEF, 2014.

sous la forme d'une stratégie officielle ou d'une doctrine d'action dédiée suivie par l'ensemble des acteurs de la coopération française) et limitent, de ce fait, son impact dans les débats internationaux sur la santé globale.

Dans ce contexte, et alors que la France se démarque par son approche faisant du renforcement des systèmes de santé le levier principal de l'action en faveur de la SRMNI, l'évaluation reconnaît la **difficulté d'identifier les interventions ou les thématiques les plus susceptibles de contribuer à réduire la mortalité maternelle et infantile**. En effet, les déterminants de la santé des femmes et des enfants, s'ils sont globalement bien connus, sont multifactoriels et relèvent de disciplines très diverses qui complexifient l'identification des thématiques à privilégier en réponse aux besoins des populations. La compréhension des liens de causalité entre ces facteurs et les moyens de les opérationnaliser, indispensable pour guider l'action publique, demeure limitée.

Par ailleurs, en termes de choix des instruments, la répartition des crédits Muskoka (48 % par le canal bilatéral et 52 % par le multilatéral) n'a pas été fondée sur des considérations de complémentarité entre les instruments, mais davantage sur des logiques d'opportunité, politiques ou historiques. Au regard du poids important du canal multilatéral dans la coopération française en santé depuis le début des années 2000, la ventilation des crédits Muskoka a d'abord permis **un rééquilibrage en faveur du canal bilatéral**, dont l'enveloppe a offert une possibilité de maintenir la capacité d'intervention sous forme de dons de l'AFD dans le secteur de la santé. Ce choix rapproche (sans pour autant l'aligner totalement) la France de la tendance moyenne observée dans les politiques des autres bailleurs, qui utilisent le canal bilatéral pour près des deux tiers du financement des interventions en faveur de la santé maternelle et infantile (OMD n°s 4 et 5).

Le choix des institutions partenaires a résulté de choix politiques, soit spécifiques (Fondation Aga Khan pour le développement), soit visant à renforcer la présence française dans les grandes organisations multilatérales du champ de la santé globale (Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, GAVI). Dans ce cadre, la France a privilégié une **capitalisation sur l'existant, sans y ajouter une vision stratégique globale basée sur une analyse des besoins et des situations**.

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

Enfin, si l'évaluation n'a pas constaté d'incohérences flagrantes entre les différents canaux et instruments mobilisés par la France dans le cadre de ses interventions Muskoka, elle souligne que **peu de synergies peuvent être mises en avant entre ceux-ci, ce qui a rendu difficile l'explicitation d'une vision stratégique d'ensemble**.

2.3 Des progrès nécessaires en matière de coordination et de suivi au sein du dispositif institutionnel français

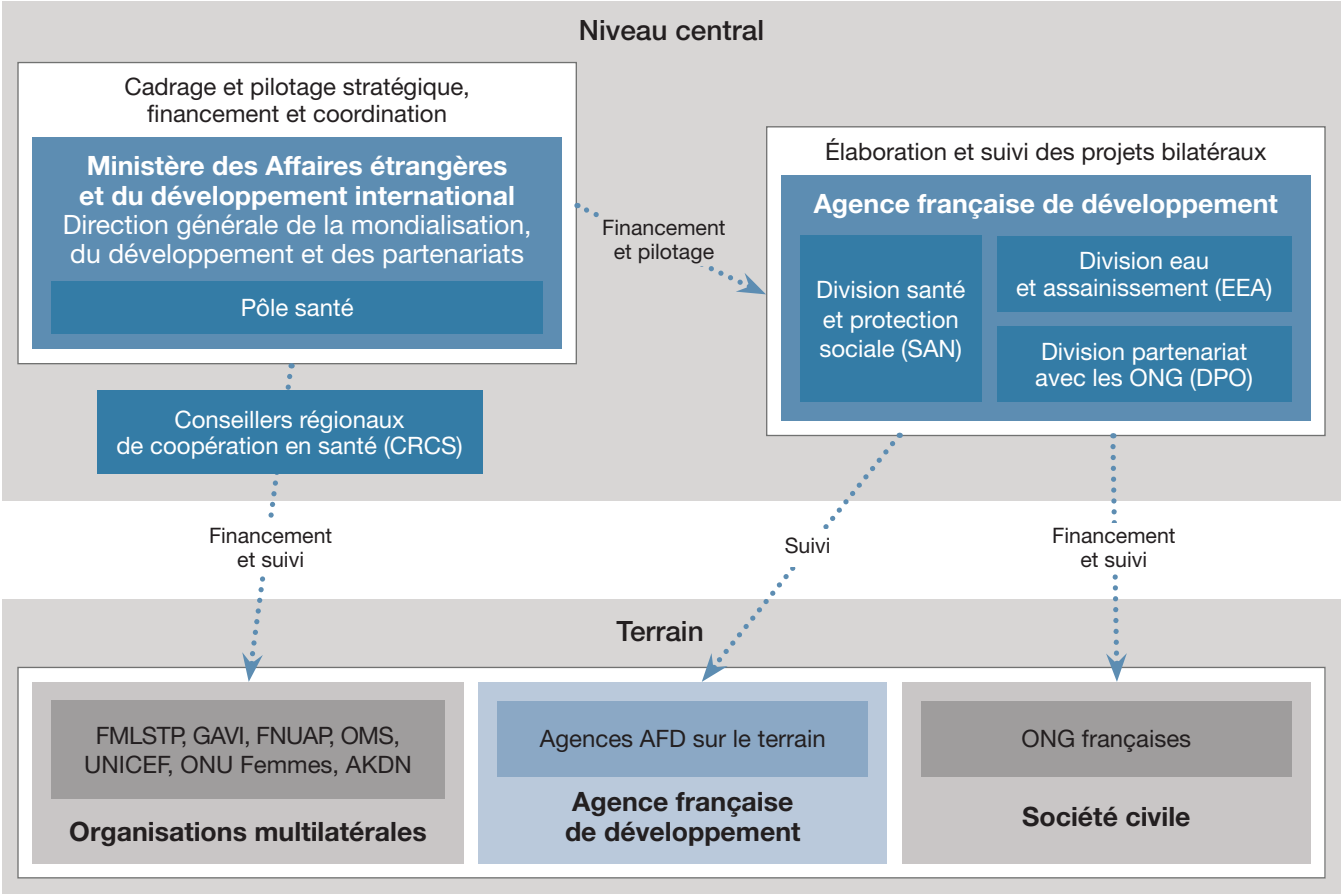
2.3.1 Un dialogue effectif qui surmonte la complexité du dispositif institutionnel de l'aide française, mais des progrès nécessaires en termes de suivi et de coordination entre acteurs de terrain

Le montage du programme Muskoka a suivi l'organisation institutionnelle préexistante du dispositif de coopération sanitaire français, ce qui constituait un choix pragmatique légitime compte tenu des contraintes temporelles de l'initiative Muskoka. Cependant, ce dispositif ne permet pas d'assurer la cohérence des différents instruments utilisés dans le cadre de l'initiative Muskoka.

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

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

Figure 2 : Le dispositif institutionnel



Un dispositif de pilotage spécifique a été créé uniquement dans le cadre du projet FSP avec les quatre agences des Nations unies pour faciliter la coordination et la synergie des interventions réalisées sur le terrain par les agences et dans le cadre de la contribution complémentaire à GAVI.

Dans le cadre des projets avec les agences onusiennes, le MAEDI a chargé le bureau régional de l'UNICEF pour l'Afrique de l'Ouest et l'Afrique centrale de coordonner l'action de toutes les agences avec un financement spécifique d'1 million d'euros par an. Le suivi est assuré par deux organes de niveau global (comité de pilotage et comité technique) et, pour chaque pays, le comité national le plus approprié (HHA, Groupe santé 4 plus rassemblant cinq agences onusiennes et la Banque mondiale (H4+), équipe pays des Nations unies (UNCT), comité inter-agences, coordination des partenaires, etc.). Le rapprochement des acteurs français et des partenaires Muskoka commence à porter ses fruits en termes de travail conjoint autour de la SRMNI 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.).

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

Par ailleurs, aux différentes échelles, il apparaît que **le volet suivi-évaluation** de l'engagement français est lacunaire en termes **de disponibilité** et **de consolidation des données de suivi** des réalisations et des résultats des différentes interventions financées dans le cadre de l'initiative Muskoka. Ces données existent au niveau projet pour l'AFD ou encore pour le programme avec les agences onusiennes, mais ne sont pas consolidées.

2.4 Une cohérence externe à renforcer par une plus grande implication de la France au sein des instances internationales

2.4.1 Les interventions françaises Muskoka présentent une forte complémentarité géographique et thématique avec les autres bailleurs

L'initiative Muskoka s'inscrit pleinement dans la volonté de la France d'augmenter son investissement historique dans le domaine de la coopération en santé. Son engagement de 500 millions d'euros sur 2011-2015 lui permet, en tant que 4e contributeur Muskoka parmi les pays du G8, de maintenir, voire de renforcer sa position internationale parmi les autres bailleurs présents dans ce secteur. Les interventions françaises Muskoka **présentent une forte**

Tableau 1 : Pays d'intervention des autres bailleurs bilatéraux (seuls les pays en gras sont inclus dans le périmètre de la France)

Bailleur	Pays prioritaires d'intervention	Complémentarité constatée
Canada	**Afghanistan**, Bangladesh, **Éthiopie**, **Haïti**, Malawi, **Mali**, Mozambique, Nigéria, Soudan, Tanzanie	Forte
États-Unis	**Afghanistan**, Bangladesh, Éthiopie, Ghana, **Haïti**, Inde, Indonésie, Kenya, Libéria, **Madagascar**, Malawi, **Mali**, Mozambique, Népal, Nigéria, Pakistan, **RDC**, Rwanda, **Sénégal**, Soudan du Sud, Tanzanie, Ouganda, Yémen, Zambie	Forte
Allemagne	Bangladesh, **Burkina Faso**, Burundi, Cambodge, **Cameroun**, **Côte d'Ivoire**, **Guinée**, Kirghizstan, Malawi, Népal, **Niger**, Pakistan, Sierra Leone, Sri Lanka, Tadjikistan, Vietnam, Yémen	Forte
Royaume-Uni	28 pays prioritaires en Afrique, en Asie et au Moyen-Orient. En commun avec les pays prioritaires de la France : **Afghanistan**, **Éthiopie**, **RDC**, **Somalie**	Forte
Norvège	Inde, Malawi, Nigéria, Pakistan, Tanzanie	Très forte
Suède	Afrique du Sud (VIH/sida), Bangladesh, Guatemala, Inde, Ouganda, **RDC**, **Somalie**, Soudan, Soudan du Sud, Tanzanie (VIH/sida), Zambie, Zimbabwe	Très forte

complémentarité avec celles des autres bailleurs, tant en termes de couverture géographique (moins de bailleurs sont présents en Afrique francophone, région prioritaire pour la France) qu'en termes de thématiques priorisées (avec un **positionnement relativement original des thématiques et de l'approche RSS priorisées** par la France).

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

Dans un contexte où les dispositifs de gouvernance internationale dédiés à la SRMNI sont nombreux et eux-mêmes éclatés, **la France n'y est que peu active et peu représentée** (voir tableau 2). Cette absence de portage politique et technique au plus haut niveau est en décalage avec la position de financeur majeur de la France sur la thématique de la santé, et de la SRMNI en particulier, au niveau international.

Sur le terrain, les acteurs français participent systématiquement aux cadres de concertation sectoriels (lorsqu'ils existent), même si le *leadership* français demeure fonction de sa position particulière parmi la communauté des bailleurs dans chacun des pays concernés.

Pour des raisons différentes, **la cohérence externe des interventions françaises Muskoka a pu être confirmée** lors des missions réalisées sur le terrain : au Sénégal, la répartition globale des domaines d'intervention entre les différents bailleurs présents apparaît bien adaptée. En RDC, le choix de la France d'adopter un positionnement de niche autour des hôpitaux limite les risques de doublons. Au Togo enfin, le nombre limité de bailleurs intervenant en matière de SRMNI assure à la France et aux organisations multilatérales qu'elle finance (les agences onusiennes notamment) un rôle de chef de file quasi-naturel.

Tableau 2 : Participation de la France aux instances de coordination internationale en matière de SRMNI

Dispositif de gouvernance	Participation de la France
HHA	Il s'agit du mécanisme financé par la France dans le cadre de l'initiative Muskoka à hauteur de 500 000 euros par an (auxquels s'ajoutent les financements des communautés de pratiques). Le niveau central du MAEDI ne se rend pas aux réunions : la présence d'un CRCS se substitue à celle des directions ou des sous-directions pour participer à ce mécanisme de coordination davantage perçu comme technique que politique.
PMNCH (Partenariat pour la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant)	La France – niveau central du MAEDI – partage son siège avec le Royaume-Uni, mais n'a pu assurer sa présence aux dernières réunions faute de crédits pour les déplacements (en substitution, un CRCS représente la France aux réunions de suivi, mais ne peut statutairement assister au comité de pilotage).
Countdown 2015 (voir p. 14)	Pas de participation effective.
IHP+ (Partenariat international de la santé)	La France ne participe pas à la gouvernance du partenariat, qu'elle a pourtant porté politiquement lors de son lancement en 2007.
Comité directeur RMNCH (Santé reproductive, maternelle, néonatale et infantile)	Des représentants du pôle développement humain de la DGM participent à la gouvernance du RMNCH, comité initié et animé par la Norvège.
H4+	Pas de participation effective à la gouvernance du groupe H4+ (alors que la France cofinance ce mécanisme).

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

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

2.5.1 Une méthodologie de redevabilité basée sur les versements définie par le G8

Jusqu'en 2010, il n'existait pas de méthodologie convenue pour le suivi des contributions des bailleurs de fonds à la SRMNI. En prévision du sommet de Muskoka, le groupe de travail sur la santé du G8 a défini et recommandé une méthodologie pour la comptabilisation des engagements Muskoka. Cette méthodologie se base sur l'attribution de « pourcentages SRMNI » (voir encadré ci-contre) aux dépenses bilatérales et multilatérales déclarées par les pays donateurs au CAD de l'OCDE.

Cette méthodologie préconise donc de mesurer les contributions sur la base des versements des donateurs et de mesurer le caractère additionnel des financements par rapport aux versements effectués lors de l'année de référence fixée à l'année 2008. Cette méthodologie a été entérinée par l'OCDE, la Banque mondiale et par Countdown2015, consortium d'organisations non gouvernementales (ONG) œuvrant dans le domaine de la SRMNI. Elle pose cependant un certain nombre de difficultés désormais débattues au niveau français, ayant trait à la fois aux pourcentages d'attribution et aux règles de comptabilisation sous la forme de versements uniquement (et non d'engagements au sens de la comptabilité publique).

La méthodologie de redevabilité des engagements Muskoka retenue par le G8

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

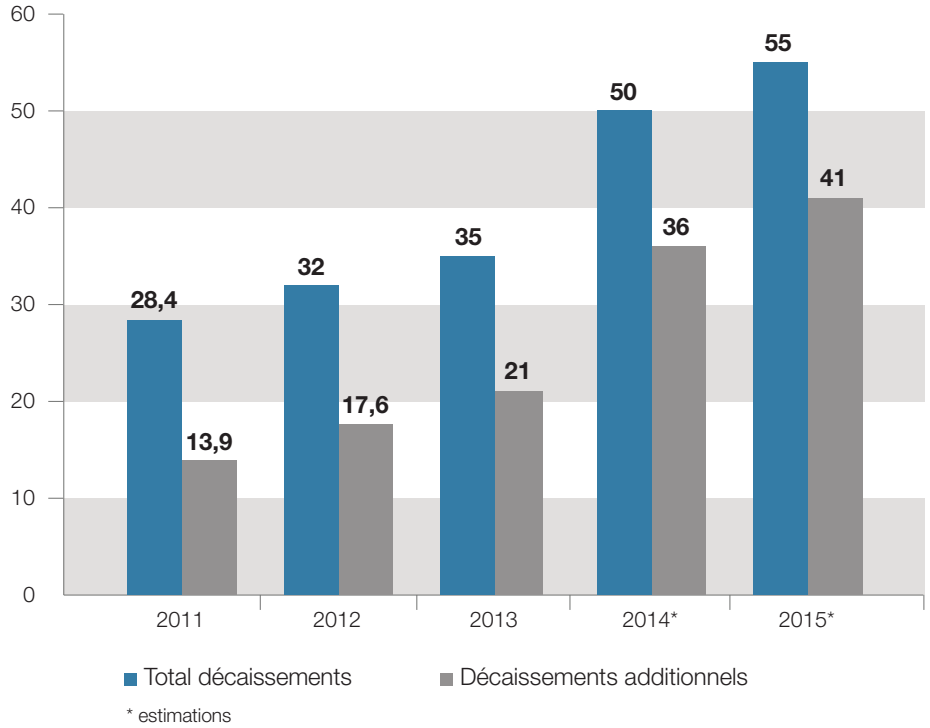
- **activités axées entièrement ou principalement sur les femmes en âge de procréer et/ou les enfants de moins de cinq ans** (pourcentage attribué : **100 %**) : nutrition de base, soins en matière de fertilité, planification familiale, formation de personnel en matière de population et de santé et fertilité ;
- **activités destinées à l'ensemble de la population** (pourcentage attribué : **40 %**) : politique de la santé et gestion administrative, éducation et formation médicales, services médicaux, soins et services de santé de base, infrastructure pour la santé de base, lutte contre les maladies infectieuses, éducation sanitaire, formation de personnel de santé, politique/programmes en matière de population et gestion administrative ;
- **appui budgétaire** (pourcentage attribué : **4 %**) ;
- **codes du CAD associés à des maladies précises** : lutte contre le paludisme (88,5 %), lutte contre la tuberculose (19 %), lutte contre les maladies sexuellement transmissibles et le VIH/sida (46 %) ;
- **approvisionnement en eau potable et assainissement** (pourcentage attribué : **15 %**) : pour les dispositifs de base en matière d'approvisionnement en eau potable et/ou d'assainissement.

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

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

Ce retard est principalement **attribuable au volet bilatéral des interventions françaises Muskoka**. Avec un volume de décaissements cumulés prévus de 200 millions d'euros sur 2011-2015

Figure 3 : Avancement financier des décaissements de l'AFD en matière de SRMNI (millions d'euros)



Source : données transmises par l'AFD

au titre de la SRMNI, dont 130 millions d'euros de décaissements *additionnels* (montant prévisionnel estimé à fin 2015) par rapport à l'année de référence de 2008, l'effort engagé via l'AFD n'atteindra pas les 240 millions d'euros de financements additionnels nécessaires au sens de la redevabilité Muskoka.

Moins qu'un non-respect des engagements formulés, **le retard du volet bilatéral de l'aide s'explique par les spécificités de la méthodologie de redevabilité** (décrite ci-dessus), dont les limites **ne semblent pas avoir été suffisamment prises en compte lors du montage institutionnel de l'engagement** pris par la France à Muskoka :

- la méthodologie de redevabilité est uniquement **fondée sur des montants décaissés**. Elle ne comptabilise pas les engagements souscrits de manière accélérée depuis 2011, alors même que les projets soutenus par l'AFD s'inscrivent pour la plupart dans une logique de renforcement à long terme des systèmes de santé qui nécessite une période d'exécution plus longue. Le calendrier des engagements pris à Muskoka apparaît peu conciliable avec le **cycle des projets de l'AFD** dont le délai moyen d'exécution est de quatre ans, avec une majorité de décaissements réalisés sur les deux dernières années (notamment parce qu'il s'agit alors de financer des projets portés par les maîtrises d'ouvrage nationales). Un volume non négligeable de décaissements additionnels liés à des engagements pris à la suite du sommet de Muskoka devrait donc se poursuivre au-delà de 2015 ;
- la méthodologie de redevabilité ne valorise que trop peu **des projets de natures différentes**, non nécessairement définis comme relevant de la SRMNI, qui contribuent pourtant fortement à l'amélioration de la santé des femmes et des enfants. Par exemple, même s'il est ciblé sur la mère et l'enfant, un projet de construction ou de réhabilitation du département pédiatrique d'un hôpital serait codé « infrastructures santé de base » et ne serait donc comptabilisé qu'à 40 % au titre de l'initiative Muskoka. De la même manière, un projet bilatéral de vaccination

serait probablement codé «lutte contre les maladies infectieuses» et ne serait donc éligible à Muskoka qu'à 40 %, alors qu'un financement GAVI est pris en compte à 100 % ;

- les nouveaux projets de santé soutenus par les subventions Muskoka de l'AFD («projets Muskoka») devraient générer le gros des décaissements que l'AFD peut et pourra déclarer au titre de l'effort Muskoka de la France (sous réserve d'une exécution rapide d'ici 2015). Le reste des décaissements provient des concours «eau et assainissement», qui ne sont déclarables qu'à hauteur de 15 %, des projets des ONG et des aides budgétaires dont les décaissements ne sont déclarables qu'à hauteur de 4 %, même dans le cas d'une forte composante sectorielle en SRMNI. Les décaissements relatifs aux contrats de désendettement et de développement (C2D) ne peuvent pas être pris en compte selon la méthodologie du groupe de travail du G8.

Pour sa part, le volet multilatéral des interventions françaises suit un rythme d'exécution conforme aux prévisions initiales (52 millions d'euros par an), malgré un certain retard en 2011[24]. Ce décaissement au niveau des organisations multilatérales ne correspond pas à l'utilisation effective des fonds sur le terrain, qui implique inévitablement un certain délai de mise en œuvre. **Les contributions multilatérales éligibles** contribuent en effet aux engagements Muskoka à partir du moment où elles sont versées aux organisations ou aux initiatives multilatérales (et non quand les fonds sont décaissés dans les pays bénéficiaires).

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

2.5.3 Une additionnalité réelle, bien qu'inférieure aux prévisions 2011-2015

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

Muskoka a ainsi sécurisé l'intervention de l'AFD en matière de coopération sanitaire, parfois au détriment d'autres secteurs financés par le biais de subventions, compte tenu de l'enveloppe globale constante des subventions attribuées à l'agence par l'État. Ainsi, depuis 2010, l'AFD a engagé 16 projets bilatéraux et six projets régionaux identifiés comme des interventions Muskoka. Des engagements ont été réalisés pour l'ensemble des projets, pour un montant total de 127 millions d'euros. À mi-parcours de la mise en place de l'initiative Muskoka, environ la moitié des projets engagés ont fait l'objet de décaissements en 2012 et 2013, pour un montant total de 19 millions d'euros, et dans six pays : Niger, RDC, Mali, Madagascar, Mauritanie et Bénin.

En ce qui concerne le volet multilatéral, à l'exception du programme FSP mis en œuvre par les agences du système des Nations unies, les interventions de la France s'inscrivent dans la continuité des contributions françaises antérieures (GAVI et Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme). La contribution complémentaire attribuée au Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme avait d'ailleurs été décidée indépendamment de l'initiative Muskoka, et a été valorisée *a posteriori* dans le cadre de la méthodologie de redevabilité Muskoka.

24 - En effet, hormis la contribution au Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, aucun chiffre n'est présenté pour 2011 puisque les conventions financières n'ont été signées avec les quatre agences onusiennes qu'en novembre 2011 et que les chiffres disponibles pour GAVI et l'AKDN ne couvrent pas l'année complète.

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

Si l'évaluation met en avant plusieurs réalisations des interventions financées dans le cadre de l'initiative Muskoka, elle se situe au premier semestre 2014 à un mi-parcours **temporel**, et non pas à un mi-parcours opérationnel des engagements pris pour 2011-2015. Les projets conçus pour répondre à la problématique de la SRMNI, engagés à partir de 2011 et partiellement exécutés, ne présenteront des résultats qu'à plus long terme. Ceci est d'autant plus vrai que ces projets sont en grande partie axés sur le renforcement des systèmes de santé dont les effets, plus structurants, ne sont pas toujours immédiatement perceptibles et mesurables.

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

Dans la plupart des pays bénéficiaires, l'initiative Muskoka a conduit à **une priorisation très nette des OMD n°s 4 et 5 dans les stratégies de développement et de réduction de la pauvreté ainsi que dans les politiques de développement sanitaire nationales**. Ces progrès ne semblent néanmoins pas encore avoir eu d'effet catalyseur sur le volume des financements nationaux affectés à la SRMNI, voire à la santé en général. La part des budgets publics attribuée aux dépenses de santé reste loin des 15 % que les États africains s'étaient engagés à verser à Abuja en 2003 et plafonne à 8 % pour la plupart des pays africains. Ce constat questionne la pérennité des résultats des projets Muskoka au-delà de la période d'appui par les bailleurs internationaux.

De manière globale, **la pérennité des résultats de l'aide française** dépendra de nombreux facteurs **structurels** souvent exogènes à l'aide française, tels que l'appropriation nationale des stratégies et le renforcement de la connaissance des situations et des dynamiques des épidémies et des maladies chroniques. Elle dépendra de la capacité des pays (avec l'appui de leurs partenaires français, européens et internationaux) à anticiper les enjeux liés aux transitions démographiques et épidémiologiques, à estimer les besoins de santé qui en découleraient et à en évaluer les coûts pour les populations, le système de santé, l'État et les partenaires.

Ces aspects devront à l'avenir retenir toute l'attention des acteurs bilatéraux et multilatéraux de l'aide française en matière de SRMNI.

3. Recommandations

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

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

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

Cependant, compte tenu du contexte budgétaire contraint qui renforce l'exigence d'une utilisation optimale des crédits d'aide publique au développement, **l'aide en faveur de la SRMNI doit s'inscrire dans un effort de rationalisation** des instruments et des modes d'intervention ainsi que de concentration des crédits pour espérer un impact réellement mesurable (voir la recommandation 2.2).

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

Recommandation n° 2.1
Mieux définir et communiquer la doctrine d'intervention de la France en faveur des OMD n°s 4 et 5

La France s'est engagée en faveur des OMD n°s 4 et 5 à la hauteur de ses ambitions sur le champ de la santé, secteur réaffirmé comme prioritaire depuis plus d'une décennie au sein de sa politique de coopération en matière de développement. Si cet engagement lui a permis de s'affirmer parmi les principaux bailleurs dans le domaine de la santé, la manière dont la France entend agir en direction de la santé des femmes et des enfants n'a pas été suffisamment construite et préparée. Aucun document global[25] ne permet de caractériser l'approche française en matière de SRMNI, qui manque de lisibilité et de cohérence. Il importe, pour rendre l'action française à la fois plus lisible et plus visible, mais aussi pour augmenter son impact et permettre de le mesurer, d'élaborer et de formaliser **une doctrine d'action spécifique à la SRMNI** qui explicite mieux :

- l'approche de renforcement des systèmes de santé privilégiée par la France pour traiter la question particulière de la santé des femmes et des enfants ;
- la répartition choisie entre les différentes institutions multilatérales et le bilatéral (quelle valeur ajoutée de chaque institution sur la SRMNI ?).

25 - Même si l'AFD dispose d'un cadre d'intervention stratégique santé 2012-2014 dont le premier axe est la santé maternelle et infantile.

Dans la perspective des contributions futures aux nouveaux objectifs 2030 du développement durable, il importe que la France communique davantage et de manière plus claire et plus lisible sur son positionnement stratégique dans ce domaine. Afin de mieux défendre et expliciter son positionnement Muskoka axé sur le renforcement de systèmes de santé, la France pourrait en particulier adresser à la société civile, mais aussi à d'autres bailleurs et opérateurs, des éléments sur la stratégie française en matière de genre, de nutrition ainsi que de santé sexuelle et reproductive.

Recommandation n° 2.2
Cibler et préciser le périmètre d'intervention de la France en fonction du volume de financement disponible pour la SRMNI

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

Dans l'hypothèse (souhaitable) d'un financement maintenu, **l'actuelle répartition entre canaux bilatéral et multilatéral pourrait être conservée**, à condition par ailleurs d'être justifiée, argumentée et mise en cohérence dans le cadre d'une stratégie en matière de SRMNI. Cet équilibre bi/multi mis en place dans le cadre de l'initiative Muskoka se justifie par la pertinence de conserver une aide bilatérale significative (et renforcée) en santé, tout en s'appuyant sur l'expertise des organisations multilatérales compétentes sur certains champs de la SRMNI. Les institutions multilatérales, par leur positionnement spécifique, constituent en effet des relais à forte valeur ajoutée potentielle sur certaines thématiques qui seraient à renforcer (voir recommandation n° 2.3).

Ce maintien devrait néanmoins s'accompagner d'une pression accrue sur GAVI et le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme pour favoriser leur alignement sur les priorités géographiques françaises Muskoka. À défaut d'obtenir satisfaction sur ce point, un suivi *ex post* paraît indispensable afin de vérifier la contribution des efforts additionnels français au développement de ces pays prioritaires.

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

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

Dans l'hypothèse où le volume des engagements de la France ne serait pas maintenu à son niveau de 2011-2015, la France devrait opérer un **recentrage géographique de l'ensemble des interventions Muskoka (bi- et multilatérales)** :

- **sur le volet bilatéral**, il s'agit notamment de garantir les investissements réalisés par l'AFD sur la période 2011-2014 en continuant à mettre en place des « phases 2 » des projets engagés et en les consolidant dans une perspective de reprise progressive par les autorités nationales. Dans ce cadre, la France devrait cibler exclusivement les pays pauvres prioritaires (PPP) ; à partir de 2015, un ciblage encore plus poussé pourrait être envisagé, favorisant par exemple les interventions dans les pays du Sahel, qui constituent historiquement une zone privilégiée d'intervention pour la France et dont l'importance stratégique s'est renforcée ces dernières années ;
- **sur le volet multilatéral** :
  - dans le cadre du projet FSP mis en œuvre par les quatre agences des Nations unies, cibler uniquement les « pays phares » (pays bénéficiant en 2014 d'interventions de toutes les agences concernées : Bénin, Côte d'Ivoire, Guinée, Mali, Niger, Sénégal, Togo) et renoncer aux pays où seule une agence est présente,

- envisager un passage de relais du MAEDI à l'AFD pour le soutien accordé à l'AKDN. Cette dernière bénéficie déjà d'un soutien de la part de l'AFD pour différents projets (sur les thématiques autres que la santé maternelle). Par ailleurs, l'AFD prévoit d'octroyer à l'AKDN un projet Muskoka pour l'Afghanistan en 2015. Dans un souci de concentration, le soutien actuel du MAEDI pourrait être redistribué vers d'autres opérateurs multilatéraux soutenus dans le cadre de l'initiative Muskoka (par exemple les agences des Nations unies) ou transféré vers le projet de l'AFD,
- exiger un fléchage *ex ante* des financements Muskoka versés au Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme et à GAVI vers les pays prioritaires de la France sur la thématique SRMNI.

Recommandation n° 2.3
Engager une réflexion approfondie sur les thématiques à privilégier et sur les interventions à mettre en œuvre en matière de SRMNI

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

- qualifie la typologie des interventions qu'elle souhaite promouvoir et mettre en œuvre et valorise sa « doctrine d'intervention SRMNI », qui reste à mieux expliciter ;
- définisse, en particulier, les interventions à haut impact qu'elle souhaite prioriser, car les thématiques des projets financés dans les pays sont nombreuses et aucune priorisation des interventions à haut impact n'a été établie. Ceci permettrait de consolider l'axe du renforcement des systèmes de santé, mais aussi d'intégrer de nouvelles dimensions en tant que thématiques transversales afin de lever les obstacles spécifiques à la situation des femmes et des enfants (notamment en termes d'accessibilité financière et de demande de soins ainsi que de suivi néonatal et post-accouchement). La France pourrait également valoriser davantage les déterminants connexes de la santé des populations (projets d'eau et d'assainissement par exemple) et élargir son champ d'intervention vers des problématiques peu valorisées jusque-là, telles que les grossesses précoces et la malnutrition des enfants.

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

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

- anticiper, dans le cadre de ses propres projets bilatéraux mais aussi dans le cadre de certaines dimensions de son action multilatérale, les conditions nécessaires à la prolongation des impacts attendus à l'issue des projets. Selon la nature des projets, cet impératif peut par exemple être pris en compte par l'intégration de composantes spécifiques à la durabilité des projets (recherche de financement, phase de transition post-projet, prise en compte des situations où le développement économique des pays leur fait perdre leur éligibilité aux grands fonds multilatéraux...) ;
- identifier les leviers de renforcement de la demande de services par les filles et les femmes en relation directe avec l'objectif 2030 de couverture maladie universelle. Dans le cadre de ses interventions en soutien aux systèmes de santé nationaux, la France devrait également s'assurer que la demande de soins de qualité est bien prise en compte dans les projets afin que

les populations concernées puissent bénéficier des structures soutenues. À ce titre, la France pourrait réaliser un état des lieux par pays de la facilité d'accès aux soins par les femmes et le lier aux discussions en cours sur l'élaboration des objectifs de développement durable post-2015 (en particulier celui de couverture sanitaire universelle) ;

- intégrer la capacité d'adaptation des services et des projets aux changements résultant de la croissance démographique et de la transition épidémiologique (poids croissant des maladies chroniques non transmissibles). La contribution des interventions françaises à l'amélioration de la santé maternelle et infantile dépendra à moyen terme de la capacité des services de santé nationaux à faire face à la transition démographique et épidémiologique. À ce titre, la France pourrait utilement analyser l'état de cette double transition dans chaque pays, en identifier les impacts sur les besoins de santé actuels et futurs et en estimer l'impact potentiel en termes de coûts pour les populations, le système de santé, l'État et les partenaires.

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

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

Il s'agit dans ce contexte d'appuyer le pôle santé du MAEDI dans le pilotage, la coordination et le suivi des interventions Muskoka, en exploitant notamment la contribution de la recherche française.

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

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

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

Recommandation n° 5.1
Confirmer la visibilité de la France parmi les bailleurs en matière de santé et de SRMNI

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

- systématiser la présence d'un membre d'une direction ou sous-direction du MAEDI aux réunions HHA et aux autres réunions jugées importantes en la matière[26] afin d'aligner le portage politique et technique au plus haut niveau avec la position de financeur majeur de la France sur la thématique de la santé et de la SRMNI en particulier ;
- instaurer un dialogue avec les différents partenaires (notamment le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme) sur des sujets transversaux (genre, populations marginalisées).

Recommandation n° 5.2
Valoriser la contribution française à l'atteinte des OMD n°s 4 et 5 au-delà de la méthodologie de redevabilité Muskoka et porter au niveau international une analyse des incohérences de cette méthodologie

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

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

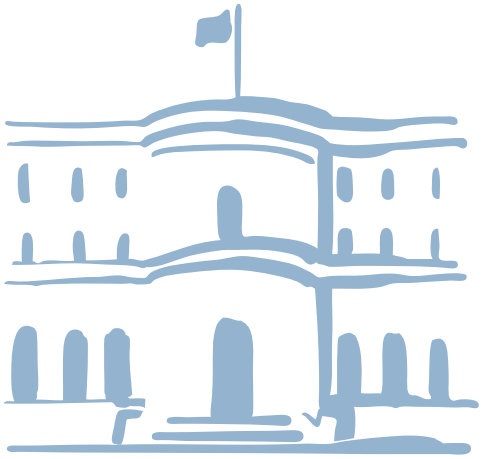
26 - Par exemple, le sommet « Sauvons chaque femme, chaque enfant », tenu à Toronto du 28 au 30 mai 2014, où certains bailleurs de fonds, comme le Canada, ont annoncé leurs engagements en faveur de la SRMNI pour la période après 2015.

Principaux sigles utilisés

AFD	Agence française de développement
AKDN	Fondation Aga Khan pour le développement (*Aga Khan Development Network*)
APD	Aide publique au développement
C2D	Contrat de désendettement et de développement
CAD	Comité d'aide au développement (de l'OCDE)
CICID	Comité interministériel pour la coopération internationale et le développement
COM	Contrat d'objectifs et de moyens
CRCS	Conseiller régional de coopération en santé
DGM	Direction générale de la mondialisation, du développement et des partenariats (du MAEDI)
DOHaD	Origine développementale des maladies et de la santé (*Developmental Origins of Health and Disease*)
DPO	Division du partenariat avec les ONG (de l'AFD)
EAA	Division eau, assainissement et aide budgétaire (de l'AFD)
ETI	Expert technique international
FMLSTP	Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme
FNUAP	Fonds des Nations unies pour la population
FSP	Fonds de solidarité prioritaire
GAVI	Alliance du vaccin (anciennement *Global Alliance for Vaccines and Immunisation*)
H4+	Groupe santé 4 plus
HHA	Harmonisation de la santé en Afrique (*Harmonization for Health in Africa*)
IHP+	Partenariat international de la santé (*International Health Partnership*)
MAEDI	Ministère des Affaires étrangères et du Développement international
OCDE	Organisation pour la coopération et le développement économiques
OMD	Objectifs du millénaire pour le développement
OMS	Organisation mondiale de la santé
ONG	Organisation non gouvernementale
ONU	Organisation des Nations unies
ONU Femmes	Entité des Nations unies pour l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes
PMNCH	Partenariat pour la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant (*Partnership for Maternal, Newborn and Child Health*)
PPP	Pays pauvre prioritaire (de la coopération française en matière de développement)
RDC	République démocratique du Congo
RMNCH	Santé reproductive, maternelle, néonatale et infantile (*Reproductive, Maternal, Neonatal and Child Health*)
RSS	Renforcement des systèmes de santé
SAH	Sous-direction de la santé, de la sécurité alimentaire et du développement humain (située au sein de la DGM du MAEDI)
SRMNI	Santé reproductive, maternelle, néonatale et infantile
UNCT	Équipe pays des Nations unies (*United Nations Country Team*)
UNICEF	Fonds des Nations unies pour l'enfance

Liste des figures, tableaux et encadrés

Figure 1 : Ventilation des engagements annuels Muskoka par instrument *6*
Figure 2 : Le dispositif institutionnel *11*
Tableau 1 : Pays d'intervention des autres bailleurs bilatéraux *12*
Tableau 2 : Participation de la France aux instances de coordination internationale en matière de SRMNI *13*
Encadré : La méthodologie de redevabilité des engagements Muskoka retenue par le G8 ..... *14*
Figure 3 : Avancement financier des décaissements de l'AFD en matière de SRMNI *15*



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

Lors du sommet du G8 de juin 2010 à Muskoka (Canada), les pays membres et leurs partenaires se sont engagés à consacrer 5 milliards de dollars additionnels sur la période 2011-2015 à accélérer la réalisation des objectifs du millénaire pour le développement visant la réduction de la mortalité infantile (OMD n° 4) et l'amélioration de la santé maternelle (OMD n° 5), à travers le renforcement des systèmes de santé nationaux.

À ce titre, la France s'est engagée à financer un montant additionnel de 500 millions d'euros sur la période 2011-2015, devenant ainsi le 4e contributeur de cette initiative. Cette contribution est inscrite au budget du ministère des Affaires étrangères et du Développement international à hauteur de 100 millions d'euros par an. Ces crédits sont mis en œuvre à travers des partenariats avec des organisations internationales (ONU, Fondation Aga Khan pour le développement, GAVI), une contribution accrue au Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, ainsi que sous forme de projets conduits par l'Agence française de développement.

Compte tenu de l'importance du secteur de la santé dans la politique française de coopération en matière de développement, la France a souhaité mener une évaluation à mi-parcours afin d'établir un état des lieux de ses interventions et d'en analyser l'approche stratégique et opérationnelle. L'évaluation propose une série de recommandations visant à améliorer la pertinence, la cohérence, l'efficacité, la durabilité et la visibilité des interventions françaises d'ici la fin de l'initiative et apporte des éléments de réflexion pour l'après Muskoka.

© 2015 – Direction de la communication et de la presse

Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
MINISTÈRE DES AFFAIRES ÉTRANGÈRES ET DU DÉVELOPPEMENT INTERNATIONAL
diplomatie.gouv.fr

AGENCE FRANÇAISE DE DÉVELOPPEMENT

© MAEDI 2015
Direction générale de la mondialisation, du développement et des partenariats
Direction des programmes et du réseau
Impression : Service de reprographie MAEDI
Photo de couverture : Clinique mobile au Togo © ATBEF