

# RAPPORT GLOBAL 2018



LE FONDS FRANÇAIS  
**MUSKOKA**



# RAPPORT GLOBAL 2018





1



# CONTEXTE ET CADRE D'INTERVENTION

## ■ CONTEXTE ET CADRE D'INTERVENTION

### 1.1 CONTEXTE MONDIAL DE LA SANTE MATERNELLE NÉONATALE INFANTILE ET DES ADOLESCENTS

La santé des femmes, des nouveau-nés et des enfants doit rester centrale si les pays veulent conduire le changement en profondeur que les populations attendent des Objectifs de Développement Durable (20130). Aujourd'hui, le cadre d'action est défini avec la Stratégie Mondiale pour la Santé des Femmes, des Enfants et des Adolescents, 2016 – 2030 et l'on dispose des connaissances nécessaires pour mettre fin aux décès évitables pour les mères et leurs nouveau-nés. Ces décès sont évitables parce qu'il est possible d'en reconnaître et analyser les causes, et parce que les interventions médicales nécessaires existent, sont bien connues et sont applicables.

En matière de SMNEA, il existe un déséquilibre majeur entre les pays du Nord et les pays du Sud.

**La santé des femmes et des jeunes filles** doit faire l'objet d'attention particulière parce que, dans de nombreuses sociétés, celles-ci sont désavantagées en raison de discriminations ancrées dans des facteurs socioculturels. Elles sont par exemple plus vulnérables face au VIH/sida.

Parmi les facteurs socioculturels empêchant les femmes et les jeunes filles de bénéficier de services de santé de qualité et de parvenir au meilleur état de santé possible, on trouve:

- des relations inégales entre hommes et femmes;
- des normes sociales qui réduisent leurs possibilités d'éducation et d'emploi rémunéré;
- une vision de la femme centrée exclusivement sur son rôle procréateur;
- des menaces ou de réelles violences physiques, sexuelles et psychologiques.

Alors que la pauvreté représente un obstacle important à l'amélioration de la santé des hommes comme des femmes, elle tend à faire peser une charge encore plus lourde sur la santé des femmes et des jeunes filles en raison par exemple de leurs habitudes alimentaires (malnutrition).

**L'avenir de toutes les sociétés repose sur les enfants**, dont il faut absolument assurer la santé, la croissance et le développement. Les enfants sont susceptibles d'être victimes de malnutrition et de maladies infectieuses, qu'il est souvent possible de prévenir ou de traiter efficacement. Les nouveau-nés sont particulièrement vulnérables.

On pense souvent que **les adolescents**, c'est-à-dire les jeunes entre 10 et 19 ans, forment un groupe de la population en bonne santé. Néanmoins, nombre d'entre eux meurent

prématurément des suites d'accidents, de suicides, d'actes de violence, de complications liées à la grossesse et d'autres maladies que l'on pourrait éviter ou traiter.

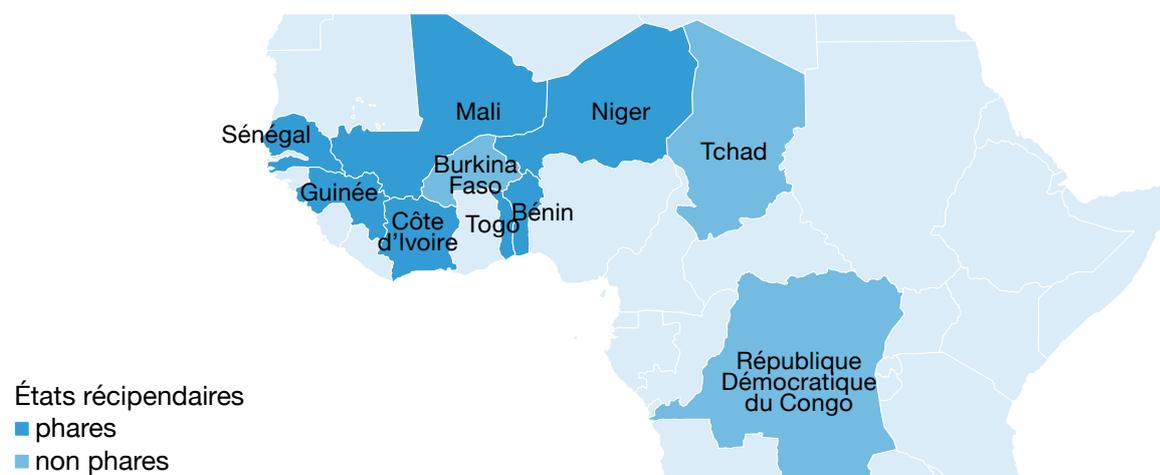
Beaucoup plus encore souffrent de maladies chroniques et d'incapacités. En outre, de nombreuses maladies graves à l'âge adulte trouvent leur origine à l'adolescence. Le tabagisme, les infections sexuellement transmissibles, dont le VIH, les mauvaises habitudes alimentaires ou la sédentarité par exemple entraînent à un stade ultérieur de la vie une morbidité et des décès prématurés.

Ce sont les pays du Sud, et en particulier ceux de l'Afrique sub-saharienne, qui présentent les indicateurs en SMNEA les plus préoccupants. A titre d'exemple, le risque cumulé de mourir au cours de la vie d'une complication liée à la grossesse ou à l'accouchement en 2015 est très variable d'un pays et d'un continent à l'autre. Au Tchad, ce risque est le plus élevé : 1 sur 18 contre 1 sur 36 en Afrique sub-saharienne et 1 sur 61 au Sénégal. Il est de 1 sur 8000 en France.

## 1.2 CONTEXTE RÉGIONAL DE LA SMNIA

La situation de l'Afrique de l'Ouest et du Centre, et plus spécifiquement des pays Muskoka, reste préoccupante même si, à l'échéance des OMD en 2015, le Niger a atteint l'OMD 4 et deux pays ciblés par le FFM, le Burkina Faso et la Côte d'Ivoire, sont parmi les 20 pays africains qui ont triplé leurs taux de réduction annuelle de mortalité infantile et inversé la tendance de mortalité infantile entre 2000 et 2015.

**La région des pays d'intervention des Fonds Français Muskoka dans 7 pays d'Afrique de l'Ouest (Bénin, Côte d'Ivoire, Guinée, Mali, Niger, Sénégal et Togo) et dans un pays d'Afrique Centrale (Tchad) représente une population totale d'environ 120 millions d'habitants, l'une des plus défavorisées du monde.**



Au-delà des chocs conjoncturels que connaît la région (conflits, épidémies, catastrophes naturelles), la majorité des femmes et des enfants sont affectés par une **vulnérabilité et une pauvreté chronique**. Parmi les 10 pays du monde avec l'indice de développement humain le plus faible, 4 sont de la région « FFM » (IDH 2016), les 4 autres sont dans les 25 pays avec l'IDH le plus faible. Cette partie du monde connaît un faible accès aux services sociaux de base, un faible niveau d'éducation surtout chez les jeunes filles, un niveau de mortalité maternelle et infantile parmi les plus élevés au monde, la persistance des violences basées sur le genre, etc.



**Les pays FFM restent la région avec les plus hauts niveaux de mortalité maternelle** avec une estimation de 28.000 décès maternels par an. A l'origine de cela, l'inadéquation prise en charge des principales causes de la mortalité maternelle : hémorragie, hypertension et infections (figure 1). La couverture des services de santé maternelle est également encore faible et la qualité des soins ne correspond pas aux standards attendus. Néanmoins, en moyenne, dans les 8 pays FFM, le ratio de mortalité maternelle est passé de 942 à 549 pour 100.000 naissances vivantes entre 1990 et 2015, soit une réduction de 40 %. Bien que ces chiffres soient encourageants, ce taux est encore deux fois supérieur aux taux mondiaux et 60 fois supérieur aux pays industrialisés.

**Le taux de mortalité des moins de 5 ans** en 2015 s'échelonne de 47 décès pour 1000 au Sénégal à 139 au Tchad (contre 83 en Afrique sub-saharienne). Au Niger, ce taux est passé de 138 à 96 entre 2010 et 2015, soit une baisse de 30%.

D'une façon globale, pour la mortalité des enfants de moins de 5 ans dans la région africaine :

- la probabilité de décéder avant l'âge de 5 ans est 24 fois plus importante dans les pays européens ;
- la mortalité néonatale est la cause la plus importante (31%) chez les enfants de moins de 5 ans ;
- les maladies infectieuses et évitables continuent de tuer des enfants. L'épidémiologie de la mortalité infantile n'a pas changé de façon significative par rapport à 1990 – le paludisme, les infections respiratoires et la diarrhée sont encore d'importants tueurs des enfants de moins de 5 ans représentant respectivement 10 %, 16 % et 10 % des décès d'enfants ;

A noter la part importante des maladies non transmissibles et des traumatismes dans les causes de mortalité (15% au total).

**Le taux de mortalité des moins de 1 an** en 2015 s'échelonne de 42 décès pour 1000 au Sénégal à 85 au Tchad (contre 56 en Afrique sub-saharienne). Les progrès dans la survie de l'enfant dans les pays FFM depuis 1990 ont été significatifs. Le taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans a baissé de façon remarquable de 55 %, passant de 213/1000 en 1990 à 96/1000 en 2015, en dépit de tous les challenges auxquels cette région fait face de façon chronique (mauvaise gouvernance, instabilité politique, conflits, etc.) ou aigüe (épidémie à virus Ebola, pics épidémiques récurrents de choléra, rougeole, méningites, etc.).

**Près des deux tiers de la population de l'AOC ont moins de 24 ans**, 32% entre l'âge de 10 et 24. Dans les pays FFM chaque femme a en moyenne 5 enfants dans les pays FFM (7,6 pour le Niger) contre 2,5 pour le monde entier, seulement 14% des femmes âgées de 15 à 49 ans utilisent une méthode contraceptive moderne. Le taux de grossesse chez les adolescentes de 15 à 19 ans (149/1000) est 3 fois supérieur au taux mondial avec plus d'une fille sur dix âgées de 15 à 19 ans qui donnent naissance.

**Dans le monde en développement, l'AOC est la région où le pourcentage des accouchements des filles de moins de 15 ans est le plus élevé** - 6% -, sachant que ce sont ces dernières (filles de 14 et moins) qui sont le plus vulnérables et les plus à risque des complications et décès à la suite d'une grossesse. 9 80% des grossesses non désirées dans le groupe d'âge des 15-19 ans se produisent chez les adolescents qui n'utilisent pas les méthodes modernes de contraception ou s'appuient sur des méthodes traditionnelles. 16% des jeunes, en comparaison avec 7% des jeunes garçons, commencent leur vie sexuelle avant l'âge de 15 ans. Comparé aux autres groupes d'âge, les adolescents mariés ou en union ont à la fois les taux les plus bas d'utilisation des méthodes contraceptives modernes.

Deux jeunes filles sur 5 en Afrique Sub-Saharienne sont mariées avant l'âge de 18 ans. Les conséquences des mariages précoces en termes de santé maternelle, à travers notamment les grossesses précoces, sont nombreuses. Les complications liées à la grossesse sont la principale cause de décès chez les jeunes filles de 15 à 19 ans. Les fistules qui résultent des pratiques néfastes sont une tragédie physique, psychologique et sociale.

Les adolescentes sont ainsi les premières victimes du manque d'accès et de qualité des soins maternels et de la reproduction, trop souvent en dehors de circuits scolaires, sujettes à des mariages précoces, faisant face à des grossesses non désirées et principales victimes du VIH/SIDA.

### **Concernant les ressources humaines en santé**

En Afrique sub-saharienne, on compte 1,2 infirmières sages-femmes pour 1000 habitants en 2014, cette région représente 24 % de la charge des maladies mais seulement 3 % des personnels de santé.

Globalement, en Afrique on observe une pénurie de 2,7 millions de médecins, infirmières et sages-femmes en 2013, bien en-dessous du seuil critique de 4,45 médecins, infirmières et sages-femmes indiqués dans la Stratégie mondiale des personnels de santé à l'horizon 2030. Le déficit total est de 4,1 millions de personnels de santé, un déficit de 6,1 millions de personnels de santé est prévu pour 2030.

## 1.3 LE FONDS FRANÇAIS MUSKOKA ET SON CADRE D'INTERVENTION

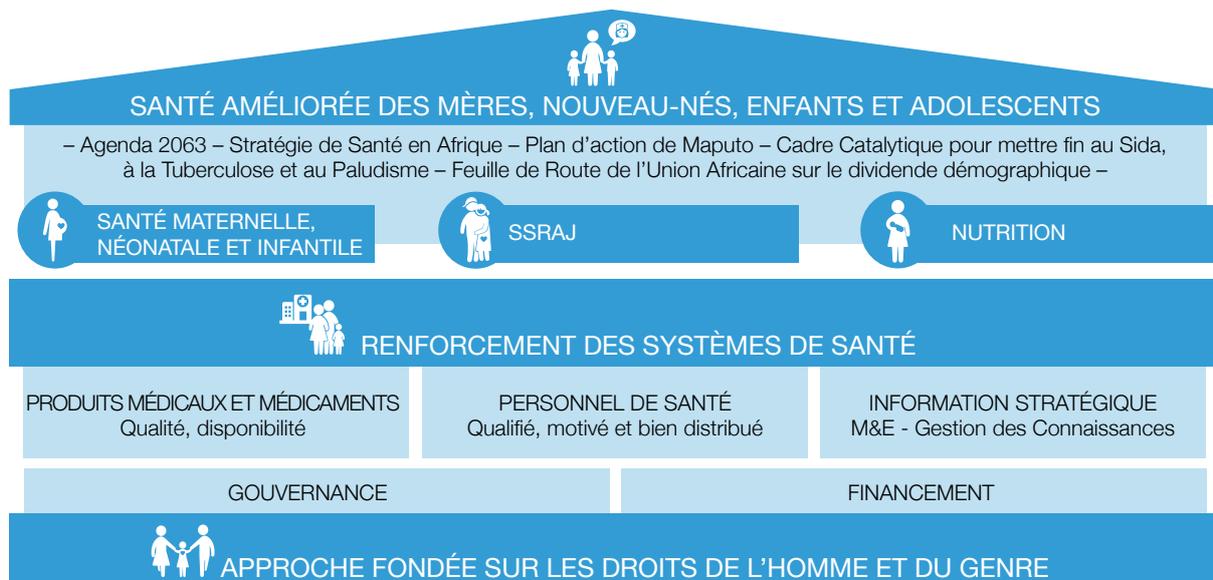
Le Fonds Français Muskoka (FFM) est un financement de la France, créé en 2010, en réponse à un appel urgent à l'action pour améliorer la santé des mères, des nouveaux nés, des enfants, adolescent(e)s et jeunes. L'appel a été lancé lors du sommet du G8 au Canada, afin d'accélérer l'atteinte, en 2015, des OMD 4 et 5, liés à la santé maternelle et infantile.

- Un **mécanisme novateur** de coordination, d'appui technique et de mise en œuvre aux niveaux régional et national.
- Initialement prévu pour 5 ans, **prolongé pour 2 années supplémentaires**, (2017 et 2018).
- Réunit les mandats complémentaires et les avantages comparatifs distincts de **4 agences des Nations Unies**.

### Les partenaires selon les pays

				
Bénin	X	X	X	X
Burkina Faso			X	
Côte d'Ivoire	X	X	X	X
Guinée	X	X	X	X
Mali	X	X	X	X
Niger	X	X	X	X
RDC			X	
Sénégal	X	X	X	X
Tchad	X	X	X	X
Togo	X	X	X	X

Le FFM met en œuvre des interventions à haut impact ciblées pour améliorer la santé des femmes, des enfants et des jeunes. Il s'aligne avec les politiques nationales, appuie les mécanismes de coordination, assure la synchronisation des activités inter-pays et offre des synergies avec les initiatives régionales.



## 1.4 BREF HISTORIQUE DES ORIENTATIONS STRATÉGIQUES DEPUIS L'ORIGINE DU DISPOSITIF

De par le mécanisme de fonctionnement du dispositif Muskoka, le Comité de Pilotage (COFIL), composé des Directeurs Régionaux des 4 agences (UNICEF, OMS, FNUAP, ONU Femmes), des directeurs des départements impliqués du siège de l'OMS et les hauts représentants du Ministère de l'Europe et des Affaires Etrangères (MEAE) de la France, se réunit chaque année pour faire le point sur l'état d'avancement du projet, définir la vision et les priorités à moyen terme, et arrêter les orientations stratégiques. Le Comité technique (COTECH), bras technique du COFIL, composé des techniciens des 4 agences et du MEAE, organise systématiquement son travail autour de ces orientations stratégiques qui sont principalement articulées autour de :

- **l'encadrement méthodologique solide pour le suivi des interventions en alignement avec les cadres globaux de redevabilité en matière de la SRMNA.**
- **La première année** de mise en œuvre du FFM a permis de développer un arsenal d'outils de planification, suivi et reportage, de développer un plan de suivi-évaluation en commun, de faire des analyses de situation de base en matière de SMNI dans les huit pays et les appuyer à la planification et au rapportage.
- **En année 2**, le focus a été mis sur l'alignement du FFM avec les cycles de programmation nationaux afin d'assurer la contribution des interventions FFM aux objectifs des plans nationaux en SMNI et de renforcer ainsi la traçabilité et la redevabilité de l'utilisation du FFM.

- **En année 3**, il était question de recentrage des activités pays et des activités régionales avec des interventions à haut impact afin de mieux cibler les interventions et de faciliter la lisibilité des interventions appuyées par le FFM.
- **En année 4**, un processus d'identification et de documentation des pratiques intéressantes a été initié en vue de la restitution finale du FFM.
- **En année 5**, l'attention a été sur la continuation de l'exercice de documentation des pratiques intéressantes et le renforcement du focus programmatique, au niveau pays et régional, sur quelques thématiques prioritaires, notamment sur le Renforcement du Système de Santé (RSS), la nutrition et la Santé Reproductive des Adolescents et des Jeunes (SRAJ).

- **le périmètre géographique d'intervention**

- Concentration des interventions sur les pays pour lesquels la plus-value des programmes Muskoka est la plus significative, en se focalisant sur la zone africaine avec un renforcement sur les pays du Sahel, qui concentrent à la fois des défis démographiques et une forte mortalité materno-infantile
- Augmentation du nombre des pays phares. Il est apparu important qu'un minimum de trois agences soit présent dans les pays, pour un meilleur effet de levier et une meilleure visibilité. Sur les 11 pays, ceci a été le cas depuis le début pour quatre pays dit « phares » (la Guinée, le Mali, le Togo et la Côte d'Ivoire). En 2014 le Bénin, le Niger et le Sénégal ont été ajoutés à la liste.
- Suppression des 3 pays qui ne bénéficiaient de l'appui que d'une seule agence et d'un faible montant financier (Burkina-Faso, RDC et Haïti) en année 4.
- Focus programmatique et financier sur les 3 pays du Sahel (Tchad, Niger et Mali) et la Guinée à partir de l'année 5. En année 6 ces 4 pays ont été appuyés à la hauteur de respectivement 19% (Tchad), 21% (Niger), 21% (Mali) et 21,5% (Guinée) du budget alloué à l'ensemble des pays Muskoka.

- **les thématiques**

Dans un souci de mieux faire correspondre les focus programmatiques du FFM aux autres enjeux stratégiques défendus par la France, notamment les questions liées à la dynamique de population et la priorité accordée à la jeunesse, une proportion plus importante des subventions a été allouée à des interventions visant à l'amélioration de la santé sexuelle et reproductive des adolescents et celle de l'état nutritionnel des jeunes enfants (à partir de l'année 5).

- Pour la **SSRAJ** on note une évolution importante, de 6% en année 4 à 16% en année 5, à **24% en année 6**. Résultat atteint grâce à un renforcement programmatique et technique des interventions ciblant des jeunes et des adolescents et par une

valorisation des activités relatives à la santé maternelle et à la planification familiale, qui du fait de la précocité des grossesses dans la région, s'adressent en grande proportion aux jeunes filles et femmes. Ainsi, des activités de SSRAJ sont également incluses dans les activités SR, PF et SM de routine. Les détails des activités pays et régionales contenus dans les rapports illustrent bien de manière chiffrée la prépondérance de la cible adolescents et jeunes.

- En termes d'interventions pour l'amélioration de l'**état nutritionnel** des enfants et des mères, on note une évolution de 10% en année 4, à 17% en année 5, à **19% en année 6**.

Ce pourcentage reflète l'existence et le renforcement dans le cadre du FFM des relations nutrition-santé, et nutrition-système de santé. Dans un contexte où plus de 50% des femmes (excepté au Tchad où il avoisine 13%) accouchent dans des formations sanitaires, le centrage des interventions SMNI-PF-RH-Nutrition financées par les FSP Muskoka sur les maternités est une évidence et l'a été depuis le début de l'initiative.

- Pour le **RSS** et la **SMNI PF** on note respectivement **26% et 31%** des interventions<sup>1</sup>. Du fait du focus stratégique du FFM depuis le début, ces pourcentages sont une confirmation de l'importance centrale de ces thématiques au cœur du dispositif inter-agences.

#### • **les types d'interventions financées**

Privilégier la première composante, à savoir les interventions dans les pays bénéficiaires et réduire les financements de coordination et autres activités régionales.

- Augmentation de la part allouée aux pays de 70% (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 a subi une coupure budgétaire importante. Cependant, grâce à l'expérience accumulée au cours des années depuis la création du FFM, le dispositif opérationnel a largement renforcé la coordination technique entre les agences au-delà des domaines financés sur les FFM.

#### • **La communication pour une bonne visibilité**

Afin d'**assurer la visibilité du Fonds**, d'établir un réflexe de communication de la part des différents acteurs et de disposer d'une vision commune au niveau de la sensibilisation des gouvernements africains concernés, les quatre agences onusiennes (OMS, ONUFEMMES, UNFPA et UNICEF) se sont coordonnées pour établir et mettre en œuvre une stratégie de communication intégrée et harmonisée. Cette stratégie est actualisée chaque année, avec le développement d'un plan de communication intégrant un ensemble d'outils et de canaux de communication pour atteindre les objectifs et les cibles définis. Ceci a permis d'obtenir des résultats notables en termes d'identité visuelle, de présence dans les médias (Le Monde Afrique, RFI/Priorité Santé, France24, TV5Monde Afrique), dans les conférences internationales (ICASA, RH en sante, EU-AU, etc), sur les réseaux sociaux, avec une mise en avant importante des programmes et des résultats atteints au niveau régional et des pays.

1. En année 6 du FFM

## 1.5 BUDGET ET BILAN FINANCIER (2011-2016)

PAR AGENCE	UNICEF			UNFPA		
	Alloué	Utilisé	Ratio	Alloué	Utilisé	Ratio
<b>Composante 1</b> Renforcement des systèmes de santé dans les pays cibles						
<b>Composante 2</b> Appui au mécanisme de coordination HHA et les activités inter-pays et régionales						
<b>Composante 3</b> Gestion, Suivi, Evaluation et Documentation des FSP)						
Total composantes 1, 2 et 3						
Frais administratifs						
<b>TOTAL année 1 à 6</b>						

PAR COMPOSANTE	TOTAL PAR COMPOSANTE		
	Alloué	Utilisé	Ratio
<b>Composante 1</b> Renforcement des systèmes de santé dans les pays cibles			
<b>Composante 2</b> Appui au mécanisme de coordination HHA et les activités inter-pays et régionales			
<b>Composante 3</b> Gestion, Suivi, Evaluation et Documentation des FSP)			
Total composantes 1, 2 et 3			
Frais administratifs			
<b>TOTAL année 1 à 6</b>			

OMS			ONU FEMMES		
Alloué	Utilisé	Ratio	Alloué	Utilisé	Ratio
18 128 142	17 528 144	96,7 %	3 150 162	3 195 831	101,45%
9 822 114	9 661 819	98,3 %	1 064 028	1 033 751	97,15%
			484 387	456 966	94,34%
27 950 256	27 189 963	97,3 %	4 698 577	4 686 548	99,74%
3 633 533	3 543 901		366 423	366 423	100,00%
31 583 789	30 733 864	97,3 % (*)	5 065 000	5 052 971	99,76%

\* Pour l'OMS, les composantes 2 et 3 sont liées. Le pourcentage de 2,7% de budget global non déboursé correspond exclusivement à l'année 6 du programme et a été calculé, comme demandé par le MEAE, au 30 novembre 2017. L'année 6 a bénéficié d'une extension jusqu'en juin 2018. La fin de son déboursement de l'année 6 est en cours et l'OMS sera en mesure d'afficher 100 % de dépense à la fin de la période considérée. Selon la convention financière qui lie l'OMS au MEAE, rapports financiers et états de compte sont libellés en dollars des Etats-Unis.



2



RÉSULTATS

## ■ RÉSULTATS

### I. SANTE MATERNELLE, NEONATALE, INFANTILE ET PLANIFICATION FAMILIALE

#### SANTÉ MATERNELLE ET NÉONATALE

##### Chaque année, dans les pays Muskoka

- 29.000 femmes décèdent d'une cause liée à la grossesse et au post-partum
- 160.000 nouveau-nés décèdent dans les 28 premiers jours de vie
- 180.000 grossesses se terminent par l'accouchement d'un enfant mort-né, dont 45% sont liés à la prise en charge de l'accouchement

##### Mortalité maternelle : des progrès notables mais insuffisants

Tous les pays Muskoka ont réduit leurs ratios de mortalité maternelle (RMM) dans la période des OMD (1990-2015) mais à un rythme très insuffisant. Avec une moyenne de 646 décès maternels pour 100.000 naissances vivantes (NV) en 2015, l'Afrique de l'Ouest et du Centre a les RMM les plus élevés du monde, à comparer à des RMM de 182 pour l'Asie du Sud et 68 en Amérique Latine. Des disparités importantes existent entre les pays Muskoka avec un ratio allant de 300 pour 100.000 NV au Sénégal (très inférieur à la moyenne de l'Afrique au Sud du Sahara) à un vertigineux 910 au Tchad.

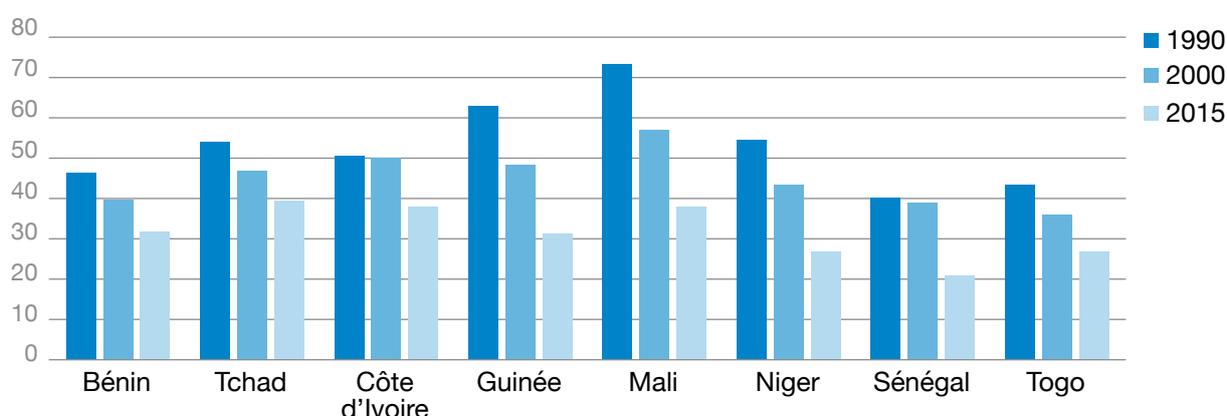
##### Évolution des ratios de mortalité maternelle dans les pays Muskoka 1990-2015 selon les années

	1990	2000	2010	2015	2010/2015
<b>Afrique sub-saharienne</b>	<b>990</b>	<b>830</b>	<b>560</b>	<b>510</b>	<b>-8,9 %</b>
Bénin	600	490	370	320	-13,5 %
Côte d'Ivoire	740	710	750	670	-10,7 %
Guinée	1.100	950	690	600	-13,0 %
Mali	1.100	960	600	520	-13,3 %
Niger	1.000	850	690	580	-15,9 %
Sénégal	530	480	360	300	-16,7 %
Tchad	1.700	1.500	1.100	910	-17,3 %
Togo	660	580	480	430	-10,4 %

Source : UN Maternal Mortality Estimation Inter-Agency Group 2017

## Mortalité néonatale : le taux de mortalité diminue mais le nombre de décès augmente

### Evolution des taux de mortalité néonatale dans les pays Muskoka



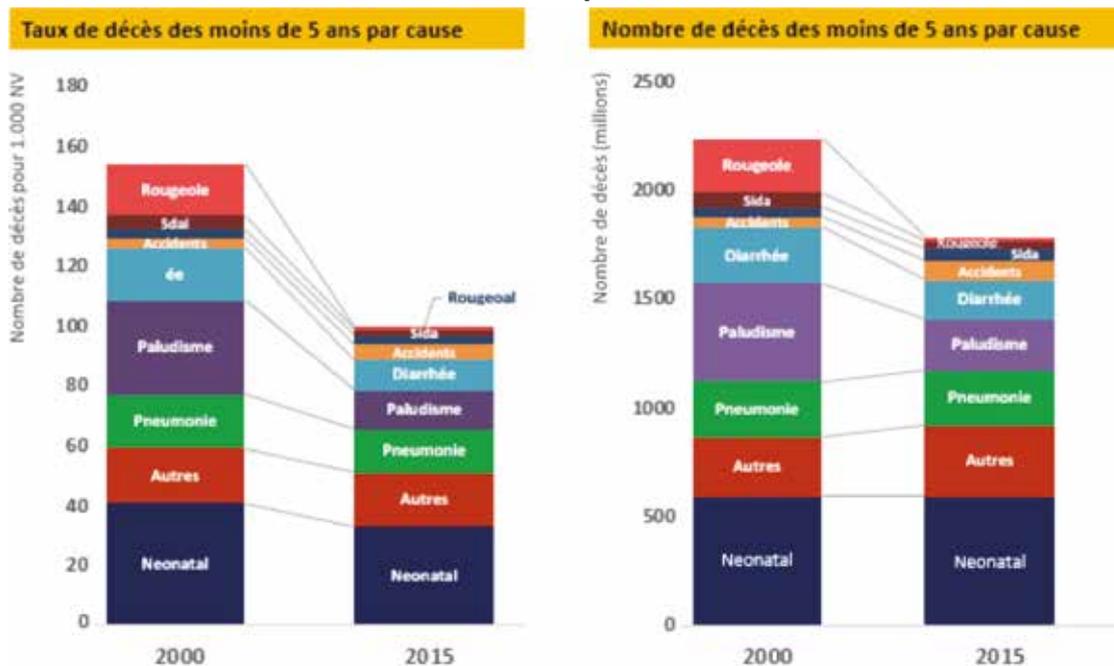
Environ 160.000 nouveau-nés décèdent chaque année dans l'ensemble des 8 pays Muskoka. Le Mali (28.000 décès NN/an) et le Niger (26.000 décès NN/an) comptent à eux-seuls 1/3 des décès néonataux des 8 pays Muskoka. On compte environ le même nombre de mort-nés.

La cible des ODD pour 2035, soit 12 décès néonataux pour 1.000 naissances vivantes et 12 mort-nés pour 1.000 naissances représente une réduction des 2/3 de la situation actuelle pour la Côte d'Ivoire, le Mali et le Tchad et de 50% pour les autres (ligne bleue claire de la figure ci-dessus). Des interventions simples, efficaces et, pour beaucoup peu coûteuses, existent

La mortalité néonatale compte désormais **35% de la mortalité des enfants de moins de cinq ans** en Afrique de l'Ouest et du Centre.

**Le nombre de décès néonataux augmente en raison de la combinaison de la faible réduction de la mortalité néonatale (-35% sur la période des OMD 1990-2015) et la forte croissance démographique.**

## Evolution du nombre de décès d'enfants par cause



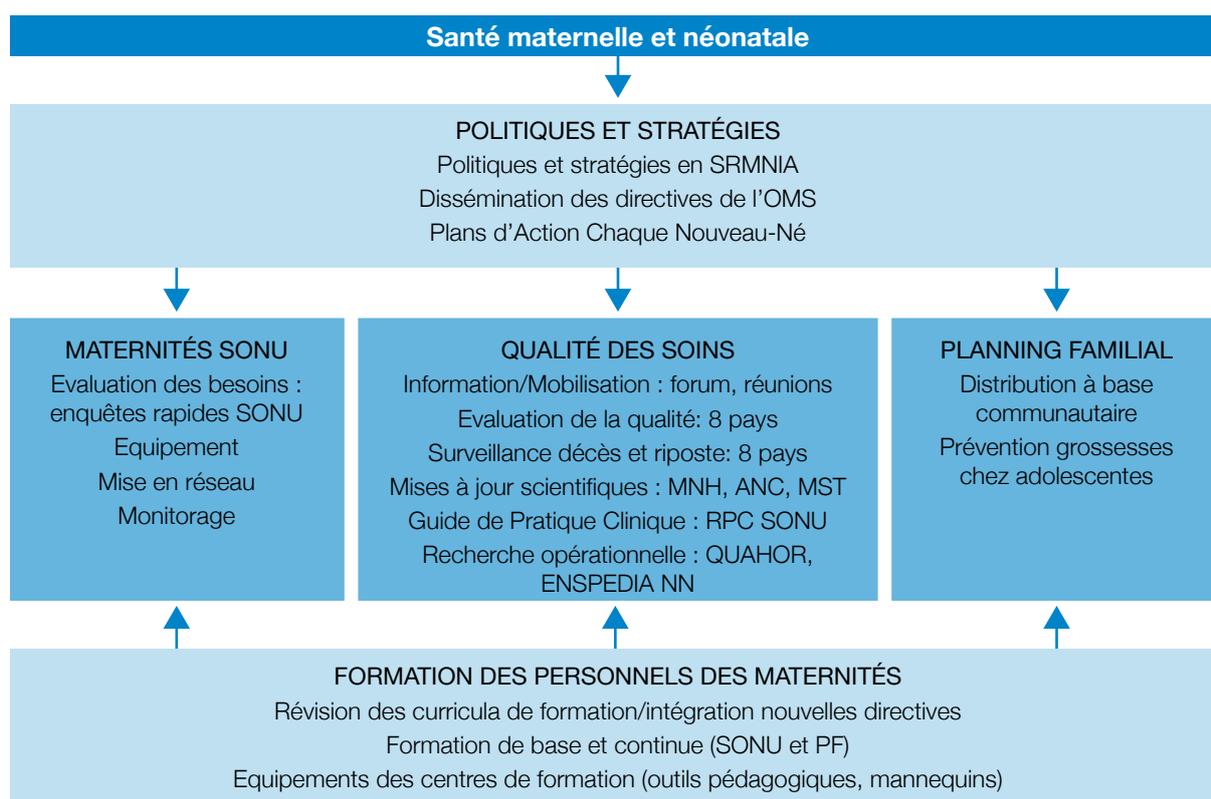
Recomputed from: Liu L, Johnson HL, Cousens S, et al, for the Child Health Epidemiology Reference Group of WHO and UNICEF. Global, regional, and national causes of child mortality: an updated systematic analysis for 2010 with time trends since 2000. *Lancet* 2012, published online May 11. DOI:10.1016/S0140-6736(12)60560-1 and MCEE 2015 (A promised revised report 2015)

Les ratios de mortalité maternelle tout comme les taux de mortalité néonatale ne paraissent pas directement corrélés aux taux d'accouchements dans les formations sanitaires ce qui témoigne de la faible qualité des soins aux mères et aux nouveau-nés dans les maternités y compris dans les centres de référence tels que les hôpitaux universitaires.

### Approche stratégique mise en œuvre par les agences avec les FFM

Cette performance insuffisante des services de santé maternelle et néonatale est due avant tout aux dysfonctionnements des systèmes de santé et aux défaillances en chaîne de ses piliers (gouvernance-ressources humaines-financement-approvisionnement-offre de services-suivi/données) aggravée par la forte croissance démographique. Les progrès réels accomplis sont insuffisants pour compenser l'accroissement important du nombre de grossesses chaque année.

## Approche stratégique du Fonds Français Muskoka en santé maternelle et néonatale



## Les interventions et leurs résultats

### Politiques et stratégies

#### SANTÉ MATERNELLE

Les études scientifiques ont montré que la mortalité maternelle ne pouvait être réduite qu'à travers des interventions dans les formations sanitaires, en particulier les maternités. La réduction de la mortalité maternelle nécessite en effet du personnel qualifié en Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence, un équipement médical et chirurgical, un environnement favorable et un approvisionnement en intrants (médicaments, consommables, etc.) d'où le centrage des interventions sur les maternités pour leur permettre d'offrir les 7 fonctions essentielles, 24h/24, 7j/7. Hormis le Tchad qui a un taux d'accouchement en formations sanitaires particulièrement bas (22%), les autres pays Muskoka ont des taux moyens (#50%), voire élevés au Sénégal (77%) et

au Bénin (87%), permettant d'obtenir des résultats importants sur le moyen terme.

Lors de sa première phase (2012-2014), le Fonds Français Muskoka a donc appuyé les interventions à haut impact en santé maternelle centrées sur les maternités. En raison du fort lien entre santé maternelle et santé des nouveau-nés, en particulier avec la mortalité due aux conditions de la grossesse et de l'accouchement, les interventions en santé maternelle bénéficient directement à la santé néonatale.

### Interventions à Haut Impact en santé maternelle

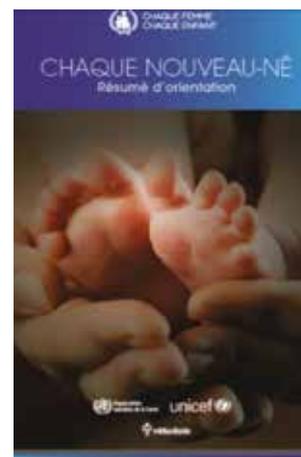
	Bénin	Côte d'Ivoire	Guinée	Mali	Niger	Sénégal	Tchad	Togo
<b>ACCÈS ÉQUITABLE À UN PROFESSIONNEL COMPÉTENT</b>								
Appui à la formation des personnels de santé (conception, validation, évaluation de curricula)		•	•	•	•	•	•	•
Appui aux écoles de formation		•	•		•		•	
Evaluation et dynamisation des pratiques professionnelles des sages-femmes		•	•		•	•		•
Mise en œuvre des mécanismes d'accréditation des écoles sages-femmes								
<b>CAPACITER LES MATERNITÉS POUR ÊTRE CLASSÉES SONU DE BASE EFFECTIFS</b>								
Réalisation d'enquêtes en SONU, appui à la cartographie des SONU, estimation des besoins		•	•	•	•	•		
Monitoring	•			•				
Renforcement des capacités des prestataires en SONUB et SONUC		•	•	•		•	•	•
Equipements, matériels, intrants et installations, formations, dissémination de documents	•	•	•	•	•		•	•
<b>SURVEILLANCE DES DÉCÈS MATERNELS ET RÉPONSE</b>								
Plaidoyer sur l'institutionnalisation de la revue et la notification des décès maternels, revues	•	•			•	•	•	
Intégration dans les systèmes d'information les données sur les décès maternels	•		•			•		•
Utilisation des nouvelles technologies, en particulier les téléphones portables, pour la notification des décès maternels et infantiles			•					
Expérimentation d'un système pilote d'enregistrement à base communautaire des données sur les décès maternels						•		
Formation et supervision en surveillance		•	•	•			•	

## SANTÉ NÉONATALE

En 2014 (année 3 de Muskoka), l'UNICEF et l'OMS lançaient ensemble, après consultation de plus de 300 partenaires, le Plan d'Action « Chaque Nouveau-Né » en réponse à la « Stratégie Mondiale pour la Santé des Femmes et des Enfants » du Secrétaire Général des Nations Unies.

La focalisation était mise, depuis 1988, sur la seule réduction de l'effrayante mortalité maternelle en oubliant que l'issue de la grossesse était un accouchement aboutissant à la naissance d'un enfant vivant et à terme.

Parallèlement, la forte, bien qu'insuffisante, réduction de la mortalité infanto-juvénile, surtout due aux succès de la vaccination, a montré la contribution croissante que la mortalité néonatale avait dans la mortalité infanto-juvénile.



Le lancement du Plan d'Action « Chaque Nouveau-Né » en 2014 est donc arrivé au bon moment pour compléter les interventions à haut impact sur la grossesse et l'accouchement (mortalité maternelle et mortinatalité) avec les interventions à haut impact sur les nouveau-nés :

- Soins essentiels aux nouveau-nés, dont l'allaitement maternel précoce et exclusif
- Réanimation néonatale (asphyxie)
- Soins essentiels aux nouveau-nés malades ou de petits poids, dont les soins «mères kangourou»
- Prévention et prise en charge des infections sévères

### **Mobilisation : « Forum Régional Inter-Agences sur la Santé Néonatale » :**

Afin de faire prendre conscience aux ministères de la santé et à leurs partenaires de la gravité de la situation du nouveau-né dans la région et les informer sur les actions à entreprendre, l'UNICEF a organisé conjointement avec l'OMS et UNFPA un « Forum Régional Inter-Agences sur la Santé Néonatale » (Dakar, 31 Octobre-4 novembre 2016) qui a réuni 123 participants de 17 pays d'Afrique de l'Ouest et du Centre, représentants des ministères de la santé, les agences des Nations Unies, l'Organisation Ouest Africaine de la Santé, les principaux bailleurs internationaux (USAID, BMGF), les associations professionnelles, des ONG internationales (jhpiego, Save The Children) et des scientifiques de différentes disciplines (santé néonatale, épidémiologie, anthropologie).

A l'issue de ce Forum très réussi, chaque pays a élaboré un plan d'action en définissant les prochaines étapes.

### **Coordination : la « Task Force régionale sur la Santé de la Mère et du Nouveau-Né »**

La coordination entre les partenaires est essentielle pour une plus grande efficacité de l'aide et pour éviter les duplications et surenchères. Dans l'«esprit Muskoka » et en se basant sur les leçons apprises, un mécanisme de coordination régionale pour la santé néonatale et maternelle a été mise en place, réunissant des représentants des agences, des associations professionnelles

régionales (pédiatres de l'UNAPSA et APANF ; gynéco-obstétriciens de la SAGO), des bailleurs (MEAE, BMGF) et l'OOAS. Ce mécanisme se réunit une fois par an à l'occasion d'un événement commun et permet des contacts réguliers entre partenaires pour une meilleure coordination et une harmonisation de l'appui technique aux pays.

### **Planification : plans *Chaque Nouveau-Né***

Les agences ont développé un guide de développement d'un plan *Chaque Nouveau-Né* détaillant les différentes étapes et centré sur la qualité des soins. Les pays ont le choix entre développer un plan d'action séparé pour le nouveau-né, un plan d'action mères-nouveaux-nés ou des interventions intégrées dans un plan SRMNIA. Les pays avancent selon leurs cycles de programmation (PNDS, stratégies SRMNIA, Feuilles de Route, etc.). Le Mali et la Côte d'Ivoire, les deux pays avec la plus forte mortalité néonatale, ont finalisé leurs plans d'action *Chaque Nouveau-Né* en 2017 ; le Tchad vient de commencer le processus en mai 2018 ; le Sénégal et le Togo vont démarrer le processus au dernier trimestre 2018 ; le Bénin et la Guinée ont opté pour une intégration des interventions dans un plan SRMNIA. En 2019, 6 des 8 pays Muskoka auront un plan d'action.

### **Standards et directives**

Le FFM a permis de diffuser, notamment à l'occasion de réunions régionales, les normes, standards et directives de l'OMS que les pays ont pu mettre en pratique, dans le cadre des actions mises en œuvre conjointement par les agences du partenariat.

### **Directives de l'OMS disséminées dans les pays Muskoka grâce aux FFM**

- |             |   |
|-------------|---|
| <b>2012</b> | <ul style="list-style-type: none"><li>• La surveillance des décès maternels /périnataux &amp; riposte (SDMPR)</li></ul>   |
| <b>2013</b> | <ul style="list-style-type: none"><li>• WHO recommendations on postnatal care of the mother and newborn</li><li>• Pocket book of hospital care for children, WHO 2013.</li><li>• Consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIVinfection. Recommendations for a public health approach</li></ul>  |
| <b>2014</b> | <ul style="list-style-type: none"><li>• WHO Recommendations for Augmentation of Labor</li><li>• WHO, Clinical Practice Handbook for Safe Abortion</li></ul>   |
| <b>2015</b> | <ul style="list-style-type: none"><li>• WHO, recommendations for prevention and treatment of maternal peripartum Infections.</li><li>• The prevention and elimination of disrespect and abuse during facility-based childbirth.</li><li>• WHO recommendations on interventions to improve preterm birth outcomes, 2015.</li><li>• WHO, Medical eligibility criteria for contraceptive use, 5th ed., 2015.</li><li>• WHO guidelines for the treatment of Malaria, 2015.</li><li>• WHO statement on caesarean section rates, 2015.</li><li>• WHO Policy statement on intermittent preventive treatment of Malaria in pregnancy using Sulfadoxine-Pyrimethamine (IPTp-SP), WHO 2015.</li></ul> |

- 
- 2016**
- WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience, 2016.
  - Approches & standards d'amélioration de la qualité des soins de santé de la mère et du nouveau-né (2016)
  - Césarienne: Classification de Robson (2016)
- 
- 2017**
- Recommandations sur l'utilisation de l'Acide Tranexamique pour le traitement des hémorragies de la délivrance (2017)
- 
- 2018**
- WHO recommendations on intrapartum care for a positive childbirth experience
  - Recommandation sur la Fistule obstétricale (2018)
- 

- Les nouvelles directives de l'OMS pour le traitement des Infections Sexuellement Transmises et les Soins Périnataux ont été disséminées lors d'un atelier régional coordonné par l'équipe régionale OMS et UNFPA à Ouagadougou, Burkina Faso 15 au 17 novembre 2016 qui a rassemblé 93 participants venus de 20 Pays dont 8 pays Muskoka (Benin, Côte, d'Ivoire, Guinée, Niger, Sénégal, Tchad, Togo Burkina Faso).
- Les standards de l'OMS pour la santé maternelle et néonatale ainsi que l'outil d'évaluation et d'amélioration de la qualité des soins ont été présentés lors d'un atelier régional inter agences et inter pays tenu à Dakar en juillet 2017 par OMS, UNICEF et UNFPA. Quinze pays ont participé à la réunion : Benin, Burkina Faso, Burundi, Cameroun, Congo, RDC, Côte d'Ivoire, Guinée, Mali, Madagascar, Mauritanie, Niger, Sénégal, Tchad et Togo. D'autres partenaires ont participé, comme JHPIEGO, WAHO, SAGO, UNAPSA and APANF.
- OMS, UNICEF et UNFPA collaborent avec la Société Africaine de Gynécologie Obstétrique (SAGO) qui rassemble des professionnels issus de 20 pays utilisant la langue Française (Algérie, Benin, Burkina Faso, Burundi, Cameroun, Congo, Côte d'Ivoire, RCA, RDC, Gabon, Guinée, Madagascar, Mali, Maroc, Mauritanie, Niger, Sénégal, Tchad, Togo, Tunisie), avec pour but de disséminer les directives, à travers le réseau de la SAGO. C'est ainsi que les nouvelles recommandations en matière de contraception, de surveillance des décès maternels et riposte (SDMR) et de qualité des services SRMNI ont été diffusées à 1500 professionnels de santé, dont des gynécologues – obstétriciens, des pédiatres, des sages-femmes, à l'occasion de la Conférence de la SAGO.

## CARTOGRAPHIE ET AMELIORATION DE L'OFFRE DE SOINS OBSTETRICAUX ET NEONATALS D'URGENCE (SONU)

La mise en place d'un réseau de maternités SONU vise la prise en charge des urgences obstétricales offrant les fonctions essentielles définies par l'OMS 24h/24 et 7j/7. L'établissement et la fonctionnalité d'un réseau national de structures SONU nécessitent de disposer de données actualisées et cartographiées, d'identifier et de prioriser les structures, de les renforcer en matière d'équipement, de personnel et de fonctionnement, et d'assurer un monitoring rigoureux et régulier des indicateurs.

La mise en place d'un réseau de maternités SONU de référence dans les pays reste un challenge et nécessite pour ce faire, une adaptation régulière des outils. La disponibilité des SONU constitue une mesure de la capacité de réponse du système de santé face aux complications obstétricales et néonatales directes et indirectes. Suite au constat de la lourdeur et du coût important des enquêtes d'évaluation des besoins en SONU, une version allégée de l'enquête dénommée *Enquête Rapide SONU-ER/SONU* a été développée et s'est très vite

imposée dans les pays du fait notamment de sa facilité et rapidité d'exécution (2-3 mois) et de son coût réduit (autour de 90.000 euros) par rapport aux enquêtes antérieures (500.000 euros).

#### **SONU de base (SONU-B) / 7 fonctions**

1. Administration d'antibiotiques
2. Administration d'anticonvulsivants
3. Administration d'utéro toniques
4. Délivrance artificielle du placenta
5. Accouchement par voie basse assistée
6. Extraction des produits résiduels
7. Réanimation néonatale

#### **SONU complets (SONU-C) / 7+2 fonctions**

1. Césariennes
2. Transfusion sanguine

### **Chronologie de l'élaboration de la version allégée de l'enquête**

- |                          |   |
|--------------------------|---|
| <b>Mars 2015</b>         | • Révision du questionnaire d'évaluation des SONU à des fins d'enquête rapide   |
| <b>Avril et mai 2016</b> | • Ateliers régionaux de validation des outils de collecte des données d'évaluation rapide des SONU                      |
| <b>Octobre 2016</b>      | • Atelier régional de dissémination des outils d'évaluation rapide des soins obstétricaux et néonataux d'urgence (SONU) |
| <b>2016 - 2017</b>       | • Finalisation de la version éditée des questionnaires et du guide d'utilisateur  |
| <b>2015 - 2017</b>       | • L'ensemble des pays Muskoka a réalisé cette enquête   |

A noter le caractère à haut impact de cet outil conçu avec les financements Muskoka et déployé et **utilisé dans l'ensemble de la région et au-delà des pays Muskoka** (Burkina Faso, Mauritanie, Sierra Leone).

L'appui technique, financier et l'assurance qualité en inter-agences en matière de SONU s'est ainsi manifesté tout au long de la période afin d'accompagner les pays à mettre en place ce dispositif s'étalant sur plusieurs années. Le rôle des bureaux régionaux au sein du dispositif Muskoka a également été de développer une démarche de recherche, documentation, et d'innovation sur les pratiques afin d'améliorer l'appui technique fourni aux pays.

### **Sénégal : le nombre de SONUB fonctionnels 24h/24 a triplé entre 2013 et 2016.**

Ceci est lié à la décentralisation et à la délégation des tâches dans l'offre de SONU grâce notamment à la formation des sages-femmes et des infirmiers en SOUB, SAA, échographie, formation d'équipe médicaux en SONU et le renforcement de l'équipement SONU dans les points de prestation de services des régions périphériques mais aussi le recrutement et l'affectation par l'Etat de 1000 Sage femmes d'Etat dans les régions périphériques.

**Résultat stratégique** : Une note officielle instituant la mise en œuvre du monitoring SONU a été signée par le Ministre de la Santé et de l'Action Sociale (Note N°12884/MSAS du 23 octobre 2017).

### **Togo : évolution des SONU et de la SDMR:**

2012 : La carte SONU a été réalisée (71 SONUB et 38 SONUC potentiels)

Sur cette base, le processus de renforcement des structures SONU s'est développé par la mise en œuvre des activités clés suivantes :

- **Formation des prestataires** : entre 2014 et 2015, ce sont 119 prestataires répartis dans les 71 SONUB (publics et privés) qui ont été formés en mettant l'accent sur les fonctions essentielles souvent déficitaires telles que l'utilisation de la ventouse et l'Aspiration Manuelle Intra-Utérine (AMIU) pour la prise en charge des cas d'avortement incomplets (source de saignement et de décès maternels).
- **Fourniture d'équipements** (lit, tables d'accouchement, tables d'examen, boîtes d'accouchement, matériel de stérilisation...)
- **Monitoring SONU** réalisé au cours des 4 années, de 2014 à 2017 chaque trimestre
- **Formation et renforcement de la SDMR**, des progrès sensibles mais fragiles ont été observés de 2013 à 2017 amenant l'équipe pays à suggérer que désormais l'apprentissage de la SDMR et notamment de la notification et de l'audit des décès maternels et néonataux soit intégré dans la formation initiale.

**Résultat stratégique** : Intégration des SONU et de la Surveillance des Décès maternels et Riposte Les SONU et la SDMR, sont deux piliers fondamentaux pour la réduction des décès maternels et néonataux. Les agences ont travaillé en synergie sur ces deux piliers avec une répartition harmonieuse des rôles et responsabilités dans le temps et l'espace en articulant les différents programmes EPMM (Ending Preventable Maternal Mortality), ENAP (Every Newborn Action Plan) et qualité des soins.

### **Mali : Transfusion sanguine**

Le FFM a amélioré et renforcé le système de collecte et de stockage des produits sanguins du CNTS et des hôpitaux de Mopti et de Gao. Il s'agit d'une activité à haut impact : la transfusion sanguine est un acte salvateur en réponse à l'hémorragie de la délivrance qui est responsable d'un tiers des décès maternels. Ainsi, pour des structures de soins qui drainent une population d'un million d'habitants, il y a potentiellement 50 000 femmes enceintes à prendre en charge. Dans un pays où le ratio de mortalité maternelle est de 600 décès pour 100 000 naissances, 300 de ces femmes vont mourir chaque année de complications liées à la grossesse ou à l'accouchement. Sur ces 300 femmes, 100 mourront d'hémorragie.

Dans ce contexte, un système opérationnel de transfusion sanguine, c'est 100 décès maternels évités chaque année

### **Guinée : Evolution des SONU en Guinée**

2013, l'évaluation nationale des SONU a été validée, les guides de recommandation SONU diffusés dans 3 régions, et des formations SONU réalisées dans 16 centres de santé et 4 hôpitaux généraux, avec 20 formateurs et 40 médecins formés aux soins essentiels du nouveau-né et à la réanimation, ainsi que le renforcement des capacités de 3 écoles de sages-femmes.

2014, des formations sur sites et la mise à disposition du matériel adéquat a permis de renforcer la disponibilité des 7 fonctions SONUB dans 44 centres de santé et les 9 fonctions SONUC dans 11 hôpitaux de districts.

2015, 155.390 femmes enceintes ont bénéficié de 3 CPN sur les 207.187 grossesses attendues au cours de l'année (75%). Parmi ces femmes enceintes, 80.448 ont accouché dans une formation sanitaire (51%)

Ainsi le nombre de structures de santé pouvant prétendre à être **SONUB** est passé de quasi nulle en 2012, à 3 SONUB en 2013, 47 SONUB en 2014, à 72 en 2015, soit une potentielle progression de la couverture des besoins de 41% en 3 ans, permettant d'améliorer l'offrir de service SONU à une population de 5,5 millions d'habitants.

Ainsi, selon les normes internationales, un réseau de maternités SONU comprend quatre SONUB et un SONUC pour 500 000 habitants, donc les SONU disponibles en 2015 couvrent une population de 5 500000 sur 10 628 972 habitants du pays.

2016, l'accent a été mis sur l'accès au personnel de soins et la fourniture d'équipement et consommables : 140 sages-femmes et 3 médecins gynéco-obstétriciens recrutés et déployés dans 70 centres de santé, maternités et hôpitaux des régions de Kindia, Kankan, Labé Faranah et N'Zérékoré. Cela a permis à 34.666 femmes enceintes de bénéficier de 4 CPN sur 47.178 grossesses attendues et 32.315 accouchements effectués dans les structures sanitaires par ces sages-femmes. 390 centres de santé, 38 hôpitaux de district et 2 hôpitaux nationaux ont été dotés en médicaments, équipements, matériels et consommables;

L'exercice de priorisation des maternités de référence reste un grand challenge, qui comme dans la plupart des pays, doit être poursuivi et renforcé. En effet, de nombreuses contraintes amènent les pays à retenir un nombre de maternités de référence plus élevé que la norme recommandée, ce qui entraîne le développement d'un réseau trop important pour concentrer suffisamment de moyens sur chacune des maternités du réseau.

2017 a permis la réalisation de l'enquête rapide SONU dans le but de faire le point de la situation, de mesurer les efforts et d'envisager les pistes d'amélioration. Ainsi, le processus de priorisation des maternités SONU est en cours de révision et à date de l'enquête rapide en 2017, **34 SONUB et 25 SONUC étaient pleinement fonctionnels** c'est-à-dire disposant de l'ensemble des fonctions 24h/24 – 7j sur 7. D'autres maternités sont proches de l'objectif mais ne peuvent être considérés dans le comptage si tous les critères ne sont pas remplis.

## AMELIORATION DE LA QUALITE DES SOINS AUX MERES ET AUX NOUVEAU-NES

Evaluer et améliorer la qualité des soins, c'est identifier, en regard des directives et des standards attendus, les faiblesses, lacunes et dysfonctionnements dans les domaines-clés des soins maternels, néonataux et infantiles, afin de proposer des recommandations et de prendre action pour résoudre les problèmes et optimiser la prise en charge des patient(e)s.

L'amélioration de la qualité des soins concerne les cliniciens comme les prestataires médicotéchniques, les gestionnaires comme les responsables des différentes directions du ministère.

C'est une démarche concrète effectuée au niveau des services de soins et des maternités, en collaboration étroite avec les équipes soignantes et le personnel administratif des structures de soins concernées, et en lien avec les points focaux du ministère de la santé.

Les trois agences du FFM, OMS, UNICEF et UNFPA travaillent conjointement autour de l'outil commun conçu par l'OMS.

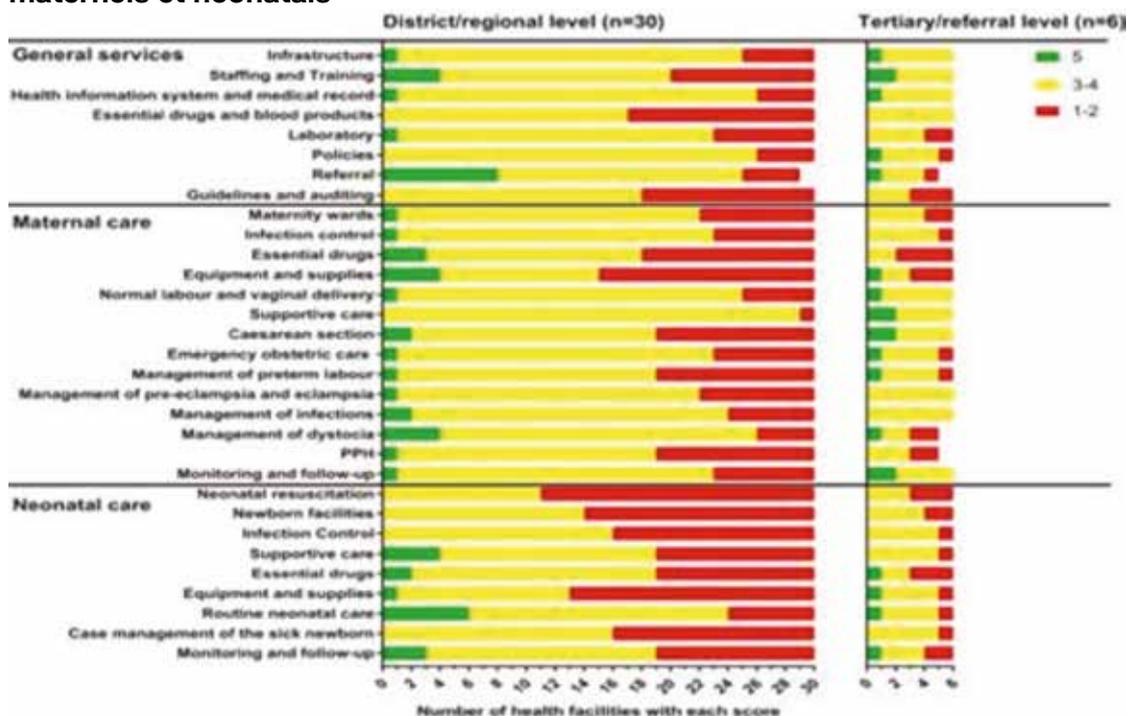
### **Mobiliser et informer : Atelier régional Inter-Agences sur la Qualité des Soins (QDS) de Santé Maternelle et Néonatale en Afrique de l'Ouest et du Centre. (Dakar, 17-20 Juillet 2017)**

- Les analyses des données issues des enquêtes « Démographie et Santé » et « MICS » montrent le peu de relation directe entre le taux d'accouchements dans les formations sanitaires et la mortalité néonatale, révélant ainsi une très faible qualité des soins, y compris dans les centres de formation. L'OMS et l'Unicef ont défini des standards et critères de qualité des soins aux mères, aux nouveau-nés et aux enfants pour les formations sanitaires.
- OMS, UNICEF et UNFPA ont organisé conjointement en juillet 2017 un atelier destiné à informer les 17 pays francophones d'Afrique sub-saharienne sur les méthodes d'évaluation de la qualité de soins et à élaborer des plans d'action.

### **Evaluer la qualité des soins aux mères et aux nouveau-nés**

Cette démarche d'évaluation et d'amélioration de la qualité des soins a été menée dans sept pays d'Afrique francophone (dont le Burkina Faso, le Bénin, la Côte d'Ivoire, le Niger et le Tchad), avec un total de plus de cinquante maternités visitées, des recommandations diffusées et un certain nombre d'actions correctives mises en œuvre à la suite des recommandations (meilleure répartition des ressources humaines, création de coins nouveau-nés, meilleur suivi et contrôle de la qualité des médicaments essentiels et des mécanismes d'approvisionnement...).

## Bilan de l'évaluation et des recommandations pour 36 services de soins maternels et néonataux



Ce tableau de bord révèle qu'une minorité d'établissements de soins sont conformes aux standards. La mise en œuvre des recommandations doit rester une priorité dans la poursuite du programme Muskoka (cf. *Perspectives*, chapitre IV du document).

### SURVEILLER LES DECES MATERNELS POUR RIPOSTER (SDMR)

La surveillance des décès maternels et riposte (SDMR) réalise en routine l'identification, la notification, la quantification et la détermination des causes des décès maternels et des possibilités de les éviter. Elle permet l'utilisation de cette information pour mettre en place des actions correctrices, immédiates **comme à long terme, de prévention de décès, et donc de réduction de la mortalité maternelle.**

La SDMR constitue une forme de surveillance continue qui établit une passerelle entre le système d'information sanitaire et les processus d'amélioration de la qualité des soins du niveau local au niveau national. Elle permet de traduire les données sanitaires

**La SDMR est une démarche d'évaluation de la qualité des soins.** Cela permet d'identifier dans les structures de soins : les faiblesses, lacunes et dysfonctionnements dans les domaines-clés des soins maternels, néonataux et infantiles, afin de proposer des actions correctrices pour résoudre les problèmes et optimiser la prise en charge des patient(e)s.

en langage politique et alimenter le plaidoyer en faveur de la santé maternelle.

**Evaluer l'amplitude de la mortalité maternelle oblige les responsables politiques à prêter attention au drame de la mort d'une mère et à y apporter les réponses appropriées.**

L'institutionnalisation de la surveillance des décès maternels et riposte a été un des grands objectifs de dispositif ainsi que l'augmentation du nombre et de la qualité des notifications et audits des décès maternels. Cette intervention est clé pour analyser, comprendre et corriger la survenue des décès maternels en milieu sanitaire. A ce titre, cette intervention est complémentaire à l'établissement d'un réseau fonctionnel de SONU, les deux activités étant liées dans la réduction de la mortalité maternelle.

### **Rappel de la chronologie de cette activité pluriannuelle**

- |                    |   |
|--------------------|---|
| <b>2013</b>        | • Appel à l'action lancé par la Commission de l'Union Africaine, les Etats-Membres doivent s'assurer que la SDMR est intégrée au système existant de surveillance intégrée des maladies et riposte (SIMR), et est institutionnalisée à tous les niveaux du système de santé   |
| <b>Mai 2014</b>    | • Un atelier a été organisé en Côte d'Ivoire en vue d'harmoniser les approches pour réaliser une intégration effective dans les pays de la SDMR dans la SIMR. Des recommandations claires et un plan de travail détaillé et opérationnel sont élaborés pour une mise en place effective de la SDMR dans chacun des 8 pays Muskoka |
| <b>2015 - 2016</b> | • Appui technique continu pour la mise en place et en œuvre des recommandations et du plan de travail dans les pays   |
| <b>2016 - 2017</b> | • Finalisation de la version éditée des questionnaires et du guide d'utilisateur  |
| <b>2015 - 2017</b> | • Soutien au niveau régional de l'initiative globale et conjointe UNFPA et OMS sur l'évaluation de l'état d'avancé de la SDMR dans le monde   |

L'appui technique aux pays en matière de planification d'activités adéquates et stratégiques en matière de SDMR et coordonnées avec la mise en place des SONU s'est déroulé tout au long de la période.

**Les agences poursuivent leur travail conjoint pour l'intégration de la SDMR** dans les stratégies de développement des pays et pour le développement du processus de SDMR au niveau des établissements de soins, tout en apportant un appui au renforcement des systèmes nationaux d'information sanitaire.

Beaucoup a été fait dans l'ensemble des pays Muskoka pour la formation aux audits, l'institutionnalisation de la SDMR et la mise en place des comités ad hoc. L'accent a été mis sur la notification. La priorité doit maintenant être à la revue et à la riposte. Plutôt qu'un objectif de 100 % de notifications, le FFM doit viser 100 % de riposte sur ce qui est notifié, seule façon de réduire les décès évitables.

### Sénégal : évolution de la SDMR

- En 2014 : 7 régions sur les 14 que compte le pays (50%) et 30 districts sanitaires (DS) soit 39% des DS ont notifié les cas de décès maternels. Total notifié = 73 décès maternels
- En 2015 : 14 régions sur 14 ont notifié 316 cas de décès maternels en 2015.
- En 2016 : 14 régions ont notifié 421 décès maternels en 2016
- En 2017 : 14 régions en ont notifié 436 en 2017. L'essentiel des cas ont été notifiés par Dakar (17%) et Tambacounda (16% des cas). Le pourcentage de décès maternels audités reste cependant faible car n'atteint pas 30% décès maternels notifiés.

### Revue des décès maternels et Notification des décès en Afrique de l'Ouest et du Centre, avril 2016

	Bénin	Côte d'Ivoire	Guinée	Mali	Niger	Sénégal	Tchad	Togo
Décret/loi sur la revue des décès maternels	Oui	Non	Arrêté	Non	Arrêté	Non	Oui	Oui
Comité national de revue des décès maternels	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Non
Rapport national de revue de décès maternels	Oui	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Oui	Oui
Existence des outils de revue de décès maternels	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
<b>PRATIQUES – MÉTHODOLOGIES</b>								
Notification des décès maternels								
CHU	Oui	Oui	Oui (SNIS)	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Hôpital régional	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Hôpital de District	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Centre de santé	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Non	Oui
Communauté	+	+	Non	Oui	Non	Oui	Non	8/40 districts
Revue des décès maternels								
CHU	2/2	Oui	Oui	Oui	Non	Oui	Oui	3/3

La SDMR actuellement mise en œuvre s'est focalisée sur la santé maternelle. La revue des décès périnataux, dont une grande partie est due à la mauvaise prise en charge de la grossesse et de l'accouchement devra être intégrée rapidement.

## FORMER ET EQUIPER: UNE INTERVENTION ESSENTIELLE POUR AMELIORER LA QUALITE DES SOINS

### **Formations in situ « à faible dose et haute fréquence » associées à l'équipement : soins essentiels et réanimation du nouveau-né, soins mère-kangourou**

Pour former plus efficacement les personnels de santé, les agences ont financé l'achat de mannequins adaptés à chaque groupe de pathologies, tant pour la mère que le nouveau-né. Ces mannequins et leurs accessoires (accouchement, hémorragie de la délivrance, allaitement maternel, nouveau-né, prématuré) ont permis d'équiper les centres nationaux et régionaux de formation. Les enseignants des écoles de formation ont été formés à l'approche par compétence (Bénin, Côte d'Ivoire, Guinée (photo), Niger, Tchad, Togo) en utilisant des mannequins puis en faisant du tutorat clinique sur site.



Pour former plus efficacement les personnels de santé, les agences ont financé l'achat de mannequins adaptés à chaque groupe de pathologies, tant pour la mère que le nouveau-né. Ces mannequins et leurs accessoires (accouchement, hémorragie de la délivrance, allaitement maternel, nouveau-né, prématuré) ont permis d'équiper les centres nationaux et régionaux de formation. Les enseignants des écoles de formation ont été formés à l'approche par compétence (Bénin, Côte d'Ivoire, Guinée (photo), Niger, Tchad, Togo) en utilisant des mannequins puis en faisant du tutorat clinique sur site.

Après la formation des personnels des maternités, les « coins nouveau-nés » ont été mise en place dans toutes les maternités des régions ciblées permettant ainsi aux professionnels de mettre en pratique leurs compétences.

Une formation clinique en soins mère-kangourou à l'intention des équipes de néonatalogie est organisée en juin 2018 à l'hôpital Kalafong de Prétoria, centre de référence pour l'Afrique subsaharienne. La Côte d'Ivoire, le Niger et le Togo ont ainsi pu envoyer chacun de deux équipes de soignants (néonatalogue, sages-femmes, infirmières-cheffes) se former en soins mères-kangourous avec l'objectif de créer des centres de référence et de formation nationaux dans chacun des pays Muskoka afin d'améliorer la prise en charge et donc diminuer la mortalité des nouveau-nés prématurés et/ou de faible poids de naissance (30% de la mortalité néonatale).

## **Niger**

L'UNICEF a lancé une initiative de renforcement des capacités des prestataires des trois Centres de Santé de la Mère et de l'Enfant (CSME) et 44 structures SONUB des régions de Maradi, Zinder et Diffa.

L'UNICEF a fait un plaidoyer pour la création d'unités de néonatalogie dans les hôpitaux régionaux avec l'affectation d'au moins un pédiatre pour chacune. Il a financé la formation et l'équipement des 3 premières unités de néonatalogie de ces trois régions. Ces unités ont enregistré 5.262 nouveau-nés pris en charge, dont 40.104 hospitalisés parmi lesquels 709 prématurés ou ayant un petit poids à la naissance. Parmi ces derniers, 210 ont été pris en charge par la méthode Kangourou. L'unité néonatale de soins intensifs de la maternité IKG de Niamey a aussi reçu un appui important.

**Les interventions SONU, SDMR, de nature complémentaire, menées en matière de santé maternelle se sont progressivement orientées au fil des années et des nouvelles évidences vers une approche plus intégrée basée sur la qualité des soins. Le nouveau-né est progressivement intégré dans la démarche surveillance-évaluation de la qualité-riposte. Cette approche devrait se confirmer pour les années à venir.**

## **LA PLANIFICATION FAMILIALE : ESPACEMENT DES NAISSANCES COMME CONTRIBUTION A LA REDUCTION DE LA MM & NN**

La planification familiale (PF) est une intervention à haut impact dans la réduction de la mortalité maternelle et infantile. On estime qu'**environ 30% des décès maternels peuvent être évités grâce aux services de planification familiale.**

Plus généralement, la planification familiale aide à assurer une meilleure santé de la mère, l'équité des femmes, la survie des enfants, la prévention du VIH et autres infections sexuellement transmissibles ainsi que l'épanouissement de la femme et le bien-être des familles.

Dans nombre de pays de l'Afrique de l'Ouest et du Centre, force est de constater que l'accès aux services de planification familiale est toujours limité pour beaucoup de femmes sexuellement actives qui souhaitent éviter une grossesse mais ne sont pas en mesure de recourir librement à l'utilisation des méthodes de contraceptions modernes en raison, entre autres, des pesanteurs culturelles ou de la désapprobation de la communauté, des coûts peu abordables de ces produits par rapport au niveau de vie de la grande majorité de la population notamment celle en zone rurale, des longues distances à parcourir pour accéder à des services de planification familiale, du manque d'accès à l'information et des ruptures fréquentes de stocks auxquelles les prestataires de service font face.

**Lors de sa première phase le Fonds Français Muskoka a appuyé les interventions à haut impact en planification familiale suivantes :**

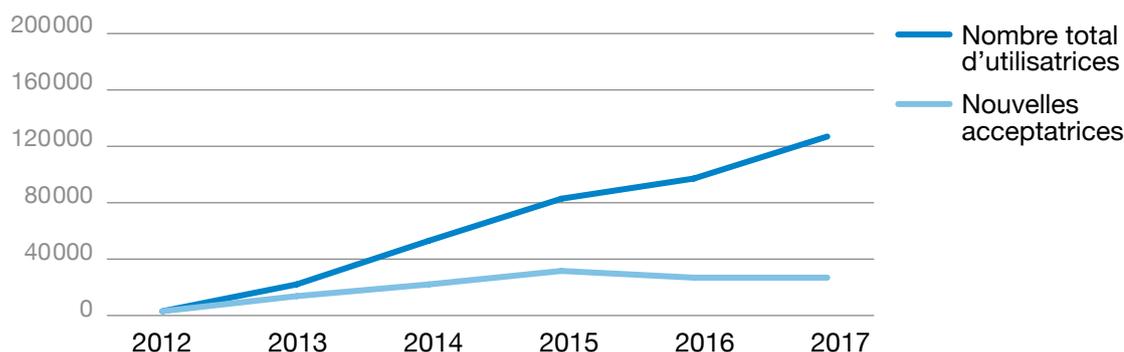
	Bénin	Côte d'Ivoire	Guinée	Mali	Niger	Sénégal	Tchad	Togo
<b>SERVICES À BASE COMMUNAUTAIRE</b>								
Plaidoyer sur le repositionnement du PF	•		•			•		
Intégration dans les systèmes d'information les données sur le PF	•							
Expérimentation d'un système pilote d'enregistrement à base communautaire des données du PF	•			•			•	
Formation de relais communautaires	•			•		•	•	•
Campagnes de services gratuits en PF et dépistage	•							

### **Togo : La Distribution à Base Communautaire des produits PF, des acquis substantiels grâce aux Fonds MUSKOKA (2012 – 2017)**

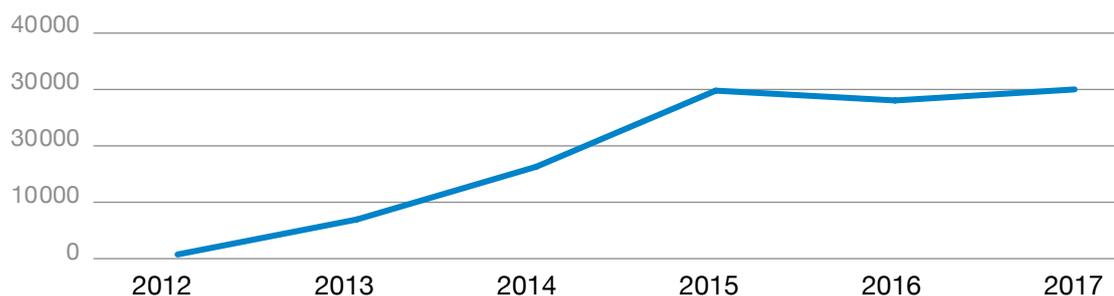
La Planification familiale a bénéficié d'un plan de repositionnement au Togo. Parmi les stratégies innovantes mises en œuvre en ce sens, la Distribution à Base Communautaire (DBC) des produits PF est celle qui a permis au pays de démedicaliser la prescription des méthodes injectables. Par ailleurs, la DBC s'est avérée le modèle qui assure au mieux la participation de la communauté à la planification, à la mise en œuvre et aux bénéfices des activités de santé. Elle a également contribué à la promotion du genre et l'autonomisation de la femme. En effet 50% des 420 Agents de Santé Communautaire (ASC) qui mettent en œuvre les activités de DBC dans les zones d'intervention sont des femmes. Enfin, la DBC a apporté une réponse adéquate aux problèmes d'accessibilité géographique et financière aux services PF.

Les résultats obtenus par la DBC prouvent à suffisance son efficacité au fil des années telles que le montrent les graphiques ci-dessous.

### Evolution du nombre d'utilisatrice DBC-PF de 2012-2017 au Togo



### Evolution du CAP DBC-PF de 2012-2017 au Togo



Les courbes évolutives du nombre d'utilisatrices et du Couple-Année-Protection (CAP) réalisées sont d'allure exponentielle avec des points d'inflexion qui correspondent aux périodes de perturbation dans la mise en œuvre des activités. Ces perturbations relevant de difficultés de financement qui ont entraîné soit la réduction de la motivation des ASC, soit la suspension ou la réduction de la période de mise en œuvre des activités.

**Résultat stratégique :** Fort du succès de la DBC et au regard des défis pour la coordination des initiatives à base communautaire, le Ministère de la Santé a initié l'élaboration d'une Politique Nationale ainsi qu'un nouveau Plan Stratégique des Interventions à Base Communautaire (IBC) 2016-2020. La Politique nationale et le Plan stratégique prennent en compte la délégation de tâches pour une administration des méthodes de planification familiale y compris les injectables par les agents de santé communautaire.

L'introduction du dispositif intra-utérin dans le post-partum, une intervention prometteuse rendue visible grâce aux Fonds MUSKOKA (2014 – 2016):

L'introduction du dispositif intra-utérin dans le post-partum (DIUPP) a été une innovation majeure dans le renforcement de la disponibilité des services PF. Le DIUPP a été intégré

progressivement dans les 109 formations sanitaires offrant des Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence (SONU): **6 formations sanitaires en 2014, 14 formations sanitaires en 2015 et 33 formations sanitaires en 2016**. La proportion du DIUPP par rapport aux accouchements était de 24,7% en 2015.

Sur les 3 dernières années, 2.510 femmes ont pu bénéficier d'une insertion du DIU en post-partum immédiat: **194 en 2014, 801 en 2015 et 1515 en 2016**.

L'effet intégré de ce résultat est que le DIUPP a été introduit dans les formations sanitaires SONU également soutenues et renforcées par le dispositif Muskoka, démontrant l'approche par le continuum de soins.

A l'échelle régionale, la mise à l'échelle progressive au cours des 5 dernières années de services de haute qualité en planification familiale du postpartum (PFPP) se détaille comme suit :

- **2013** - Formation intensive et pratique des prestataires en counseling PF et formation pratique en insertion du DIU de 6 pays (Bénin, Côte d'Ivoire, Guinée, Niger, Sénégal, Tchad).
- **2014** - Suivi et renforcement de la pratique in-situ des équipes formées en 2013 dans les 6 pays ainsi que l'identification de ceux qui ont rejoint le pool de formateurs régionaux en 2015. Egalement en 2014, parmi ces six pays, deux (Bénin et Niger) ont pu bénéficier d'un appui à l'extension de cette formation à des maternités en zone rurale.
- **2015** - Constitution du pool régional de formateurs et atelier de formation pour ces 18 prestataires (Gynécologues Obstétriciens, Gynécologues Chirurgiens et Sages-femmes) formateurs sur l'insertion du Dispositif Intra-utérin (DIU) du postpartum provenant de cinq pays de la région (Bénin, Côte d'Ivoire, Niger, Sénégal, Togo).
- **2016** - Qualification des formateurs à travers des visites in situ et des exercices pratiques évalués dans deux pays (Togo et Bénin).
- **2017**-Documentation des travaux réalisés au cours des 4 dernières années en faveur de « l'amélioration de l'accès aux services de planification familiale du postpartum (PFPP) en Afrique de l'Ouest. Mesure des efforts réalisés et contribution pour la mise à l'échelle des services de PFPP ».



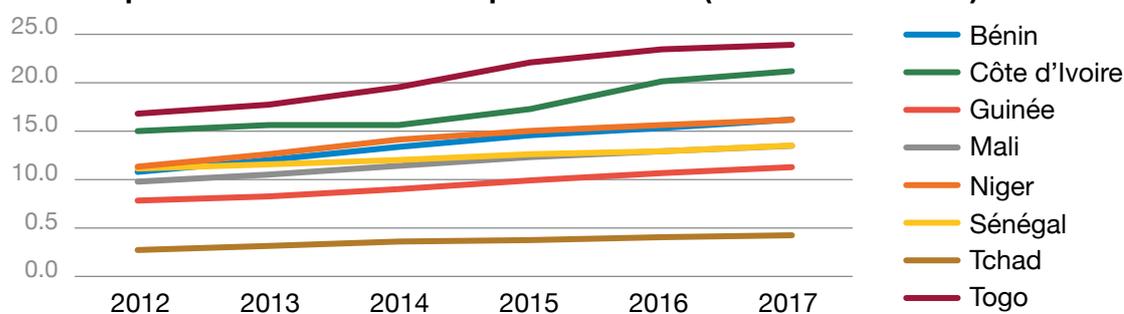
**Résultat stratégique :** La PFPP, bien qu'intervention à haut impact pour lutter contre la mortalité maternelle, doit encore être soutenue. En effet, les marges de progression pour le recours à cette méthode ont été importantes mais les chiffres restent en absolue en deçà des attentes de la région en matière de PF. La PFPP y compris du PP immédiat doit être poursuivi car elle s'inscrit pleinement dans l'approche Muskoka basée sur le continuum de soins. Une femme qui a reçu des informations sur la PF lors de ses CPN et qui accouche dans un centre de santé SONU devrait pouvoir quitter la maternité avec une méthode de PFPP immédiat ou lors de ses premières consultations post-natales. La contribution de la PFPP à l'augmentation générale de la prévalence contraceptive dans les pays est déterminante et mérite d'être soutenue et renforcée au cours des prochaines années.

### Evolution de la prévalence de la contraception moderne (%) dans les pays Muskoka (toutes les femmes) selon les années

	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Bénin	10,5	11,6	13,0	14,1	14,9	15,7
Côte d'Ivoire	14,6	15,1	15,2	16,8	19,6	20,6
Guinée	7,6	8,1	8,8	9,6	10,3	11,0
Mali	9,5	10,2	11,1	11,9	12,5	13,1
Niger	10,8	11,3	11,6	12,3	12,5	13,1
Sénégal	11,0	12,3	13,7	14,6	15,1	15,7
Tchad	2,7	3,0	3,4	3,7	3,9	4,1
Togo	16,3	17,3	19,0	21,5	22,7	23,2

Source : Family Planning Estimation Tool (FPET), en utilisant toutes les enquêtes auprès des ménages disponibles telles que les EDS, les enquêtes PMA2020, les enquêtes MICS et les sources nationales comparables, y compris les statistiques de service lorsque cela est possible

### Taux de prévalence de la contraception moderne (toutes les femmes)

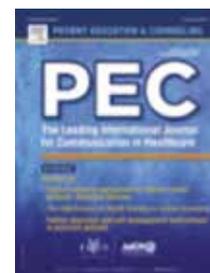


### Recherche opérationnelle : manuscrit sur la contraception du post-partum

Titre : Birth spacing and informed family planning choices after childbirth in Burkina Faso and the Democratic Republic of Congo: participatory action research to design and evaluate a decision-making tool for providers and their clients

Auteurs : Nguyen Toan Tran, Maurice Yamaego, Félicité Langwana, Seni Kouanda, Blandine Thieba, Désiré Mashinda, Rachel Yodi, Jean Nyandwe Kyloka, Tieba Millogo, Abou Coulibaly, Souleymane Zan, Brigitte Kini, Bibata Ouedraogo, Fifi Puludisi, Asa Cuzin-kihl, Suzanne Reier, James Kiarie, Mary Eluned Gaffield

Parution : Patient Education and Counseling, 05-2018



## PREVENTION ET PRISE EN CHARGE DES VIOLENCES FAITES AUX FEMMES ET AUX FILLES

Dans le cadre du FFM, 7 études ont été menées dans plusieurs pays à savoir la Guinée, Haïti, le Mali, le Niger, la Centrafrique, le Tchad et le Togo. Ces études ont permis la réalisation d'un rapport consolidé sur « Liens entre violences et santé maternelle ». Elles ont abouti à un intérêt particulier de la part des autres agences pour la prise en compte des violences dans la réponse à la mortalité maternelle et infantile.

- Quatre études ont été réalisées sur les violences en milieu hospitalier en Haïti, Togo, Mali et Côte d'Ivoire. Leurs résultats ont été utilisés pour enrichir les modules de formation du personnel de santé et pour inspirer des stratégies nationales d'amélioration de l'accueil dans les services de santé (Côte d'Ivoire, Mali)
- Quatre audits socioculturels analysant les normes socioculturelles positives et négatives influençant la santé maternelle et infantile ont été réalisés. Ils ont servi de base de négociation et de plaidoyer avec les leaders communautaires, pour l'abandon des pratiques néfastes,
- Les compétences de milliers de travailleurs sanitaires et sociaux ont été renforcées sur les droits humains, la communication, l'éthique, le droit du patient. Les questions de genre, d'équité et de planification familiale ont été intégrées dans plusieurs SONU. Elles ont abouti à l'amélioration de la demande dans plusieurs pays (Togo, Guinée, Côte d'Ivoire).  
Les modules de formation sur les violences et la santé ont été intégrés dans une dizaine d'écoles de sages-femmes.
- Dans le cadre du partenariat avec l'OOAS de la CEDEAO, le genre et les violences ont été intégrés dans les Curricula de formation des sages-femmes et des infirmiers. Cela influencera les formations dans les 15 pays de la CEDEAO.
- L'amélioration des connaissances s'est aussi faite dans le cadre de la coopération sud-sud au cours de laquelle la Guinée a formé la RCA sur la prise en charge des complications des violences pendant la grossesse et l'accouchement et sur la prise en charge des violences sexuelles.
- Le plaidoyer au Tchad et au Togo a permis l'intégration de dispositions concernant les VBG dans le code pénal.

**Au Mali, au Sénégal, au Tchad, au Togo, au Niger, des centaines de leaders communautaires ont été formés et orientés sur leurs rôles et responsabilités dans la lutte contre les VBG, la mortalité maternelle et infantile à travers les comités communaux de lutte contre la morbidité et la mortalité maternelle, néonatale et infantile, mis sur pied grâce à l'engagement de certains maires.**

- Une centaine de plateformes communautaires se sont mobilisées, ont formé et sensibilisé les leaders religieux, leaders locaux, traditionnels, les organisations de femmes, les prestataires de santé, les para juristes, les radios communautaires, les associations de jeunes.
- 700 leaders religieux ont été touchés par les sensibilisations et les formations sur le genre, les VBG, les pratiques discriminatoires. De nombreux arguments religieux sur la SR et sur les violences ont été produits et disséminés dans la région.
- Au Togo, cumulativement, 78 500 000 ont été touchés par les émissions radios faites avec les jeunes, les femmes et les leaders religieux et traditionnels.

- Au Niger, 450 émissions radios ont cumulativement touché plus de 21, 000,000 de personnes par an.
- Des milliers de personnes ont été touchées par les prêches au sein des églises et des mosquées. Des prêches ou causeries religieuses, des activités de mobilisation sociale et de sensibilisation sur les VBG et la SSRAJ ont permis de renforcer la synergie des interventions de lutte contre les violences pour la protection des jeunes,

L'influence de la communauté a abouti à la réduction des viols, réduction des mariages forcés dans la plupart des pays en particulier au Niger et au Tchad, la prise d'arrêté communautaire contre les viols, la collecte des poches de sang pour lutter contre les hémorragies au Sénégal.

### **L'intégration de la prise en charge des violences basées sur le genre dans les formations sanitaires au Togo**

Cette intervention met en évidence un modèle de collaboration entre les ONG, les organisations communautaires engagées dans la lutte contre la violence faite à la femme et les structures de santé, et un modèle de partenariat entre la société civile, le secteur public et le secteur privé dans la promotion des droits et de la santé de la femme.

**Cette action a été mise en place à travers une stratégie basée sur le renforcement des capacités des professionnels de santé sur les techniques d'accueil, la qualité des prestations de services et la prise en charge médicale des femmes et filles victimes de violences, la mise en place d'un système de référencement des victimes vers les structures de santé, et l'implication de la police et des instances judiciaires.**

Cette intervention a permis la prise en charge de 432 cas de violences sexuelles dans les formations sanitaires de référence (CHR, CHP, Polycliniques) dans les 18 districts sanitaires de la zone d'intervention.

Résultat en termes d'intégration thématique entre la santé maternelle et l'approche genre y compris la prise en charge des VBG.

## **SANTÉ INFANTILE ET COMMUNAUTAIRE**

Les progrès dans la survie de l'enfant dans les pays FFM depuis 1990 ont été **significatifs**. Le taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans a baissé de 55 %, passant de 213/1000 en 1990 à 96/1000 en 2015, en dépit de tous les défis auxquels cette région fait face de façon chronique (mauvaise gouvernance, instabilité politique, conflits, etc.) ou aigüe (épidémie à virus Ebola, pics épidémiques récurrents de choléra, rougeole, méningites, etc.). On notera que, dans ce contexte global, le Niger (qui est l'avant dernier pays le plus pauvre du monde), fait partie des très rares pays d'Afrique sub-saharienne à avoir atteint l'OMD 4.

Dans la région FFM, on note un taux annuel de réduction de la mortalité infanto-juvénile entre 1990 et 2015 de 3,1 %, qui est sensiblement celui observé dans les autres régions du monde (3,0 %). Cependant ce fardeau des décès est encore très important dans les pays FFM puisqu'environ 500.000 enfants meurent encore avant leur cinquième anniversaire, et près de 1000 décès infantiles liés à des causes en grande partie évitables sont enregistrés chaque jour. Les taux de mortalité infantiles et infanto-juvéniles sont encore 2 fois supérieurs aux taux mondiaux. Les plus fortes baisses en mortalité des moins de 5 ans entre 2010 et 2015 sont de 23%, passant respectivement de 124 à 96 au Mali et de 66 à 51 au Sénégal entre 2010 et 2015, contre une moyenne de -18% en Afrique sub-saharienne.

**OMD 4** : Le Niger et le Sénégal ont atteint l'OMD 4 et deux pays, le Burkina Faso et la Côte d'Ivoire, sont parmi les 20 pays africains qui ont triplé leurs taux de réduction annuelle de mortalité infantile et inversé la tendance de mortalité infantile entre 2000 et 2015. Le FFM a contribué à ces résultats, à cette amélioration qui se poursuit au fil des années, notamment par ses actions à haut impact au niveau du centre de santé et communautaire sur les trois principales maladies de l'enfant.

#### Evolution des taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans dans les pays Muskoka selon les années

	1990	2000	2010	2015	2015/2010
Afrique sub-saharienne	180	154	101	83	-18%
Bénin	107	91	72	65	-10%
Côte d'Ivoire	156	149	113	95	-15%
Guinée	233	172	113	95	-16%
Mali	251	221	138	116	-16%
Niger	322	228	124	96	-23%
Sénégal	140	136	66	51	-23%
Tchad	213	191	161	140	-13%
Togo	146	123	93	80	-14%

Les enfants de l'Afrique de l'Ouest et du Centre ont une probabilité de décéder avant l'âge de 5 ans de 1 sur 9 comparée à 1 sur 152 dans les pays à hauts revenus. Pourtant **les causes de mortalité des enfants de moins de cinq ans sont connues et peuvent être évitées dans la plupart des cas** :

- Les maladies infectieuses et évitables continuent à tuer des enfants. L'épidémiologie de la mortalité infantile n'a pas changé de façon significative par rapport à 1990 - le paludisme, la pneumonie et la diarrhée sont encore les principaux tueurs des enfants de moins de 5 ans représentant respectivement 19%, 13% et 10% des décès d'enfants ;
- La malnutrition chronique affecte 27,6 millions d'enfants de moins de cinq ans dans la région et chaque année, 45% des décès y sont associés (retards de croissance, carences en micronutriments et vitamines) ;

- Le taux d'allaitement maternel exclusif jusqu'à 6 mois est plus bas que dans n'importe quelle autre région du monde : en Afrique de l'Ouest et du Centre, seulement 20 pour cent des jeunes enfants de moins de six mois sont allaités exclusivement au sein ;
- La mortalité néonatale, qui a diminué parallèlement à la mortalité des moins de 5 ans, mais dans une proportion moindre, représente un tiers des décès d'enfants de moins de 5 ans alors que dans les autres régions, elle représente désormais 45% du fait de la diminution importante des autres causes de décès ;
- 53% des enfants dans la région n'ont pas d'identité officielle n'ayant pas été enregistrés à l'État civil. Or c'est un droit humain fondamental et un moyen essentiel de protéger le droit d'un enfant, entre autres à accéder à l'école.

**Lors de sa première phase le Fonds Français Muskoka a appuyé les interventions à haut impact en santé néonatale et infantile**

	Bénin	Côte d'Ivoire	Guinée	Mali	Niger	Sénégal	Tchad	Togo
<b>OFFRE DE SERVICES POUR LA SANTÉ NÉONATALE</b>								
Renforcement des capacités des agents de santé communautaires pour les soins essentielles aux nouveau-nés	•		•	•	•	•		•
<b>OFFRE DE SERVICES POUR LA SANTÉ INFANTILE</b>								
Mise en œuvre et extension de la Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME) et renforcement des capacités pour la PCIME (formations, intrants, supervisions)	•	•	•	•	•		•	•
Développement des Pratiques Familiales Essentielles à la survie de l'enfant	•	•	•	•	•		•	•
Actions de sensibilisation et de communication	•				•	•	•	
Interventions contribuant à l'amélioration de l'état nutritionnel des jeunes enfants	•	•	•	•		•		•
Chimio prophylaxie préventive du paludisme							•	•

**Offre de services pour la santé infantile**

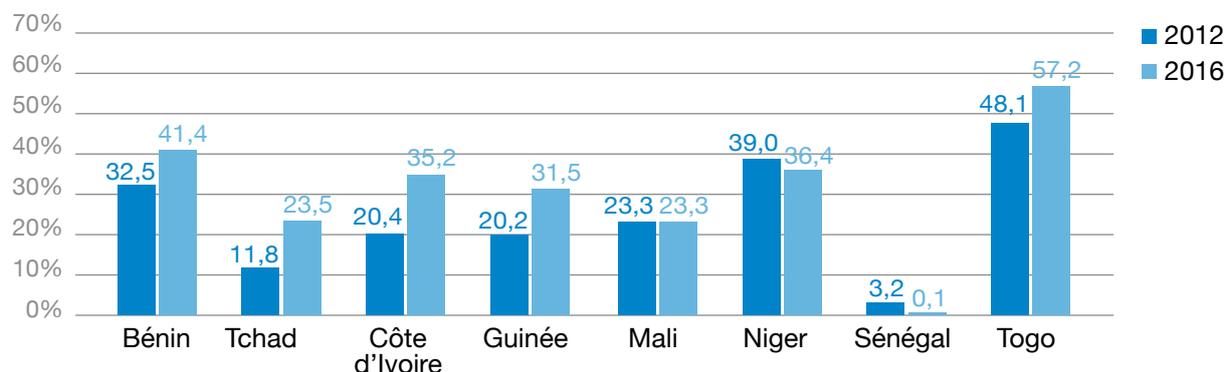
Conformément aux ODD et guidées par la Stratégie globale et les Priorités régionales qui appellent l'équité, la multisectorialité et l'engagement communautaire complet, les agences des Nations Unies promeuvent une approche multisectorielle intégrée et communautaire qui permet aux communautés de rassembler leurs parties prenantes

(responsables politiques, administratifs et communautaires, organisations de la société civile ou OSC, partenaires au développement et donateurs) et diriger l'agenda des ODD. Cette approche vise à répondre aux multiples privations d'enfants en décentralisant la gestion et la fourniture de services à la communauté en tant qu'unité opérationnelle principale. L'objectif est d'accélérer les progrès et de parvenir à des résultats durables en s'attaquant aux privations qui se chevauchent sur les plates-formes communautaires en tant que principaux points d'entrée pour la fourniture d'un ensemble intégré d'interventions préventives et curatives à tous les enfants.

La première phase de la mise en œuvre des Fonds Français Muskoka s'est concentrée sur la réduction de mortalité infantile par la **mise à l'échelle d'interventions de santé communautaire pour compenser les problèmes d'accessibilité aux services de santé et de mauvaise répartition des ressources humaines**. Cette stratégie permet de rapprocher les services de soins des populations éloignées par le renforcement des compétences des Agents de Santé Communautaire (ASC) pour la promotion de la santé, la prestation de services de santé à la fois préventifs et curatifs, ainsi qu'une meilleure implication des populations cibles grâce à une meilleure compréhension des problématiques de santé :

1. **La promotion des pratiques familiales essentielles** à la survie de l'enfant et à son développement a été au cœur des interventions à base communautaire, en vue de favoriser les soins de santé et l'adoption de comportements favorables à la SMNI. Des études sur les connaissances, attitudes et pratiques ont été organisées pour mieux comprendre les facteurs limitants et favorables leur adoption. Bien qu'il soit difficile d'attribuer les résultats seulement aux efforts Muskoka, on peut néanmoins observer par l'exemple ci-dessous sur l'Allaitement Maternel Exclusif, une tendance à l'augmentation dans la plupart des pays, à l'exception du Sénégal et du Tchad.

### Taux d'allaitement maternel exclusif



L'appui aux communautés a été apporté pour le renforcement des acteurs de communications au niveau communautaire tels les autorités locales, les leaders religieux, les ASC, et les médias et radios locales. D'une approche strictement promotionnelle, les interventions se sont progressivement renforcées vers une approche à base communautaire où la communauté est au centre du dialogue, du diagnostic et de la prise de décision.

## Exemples d'investissement progressif vers les approches à base communautaire

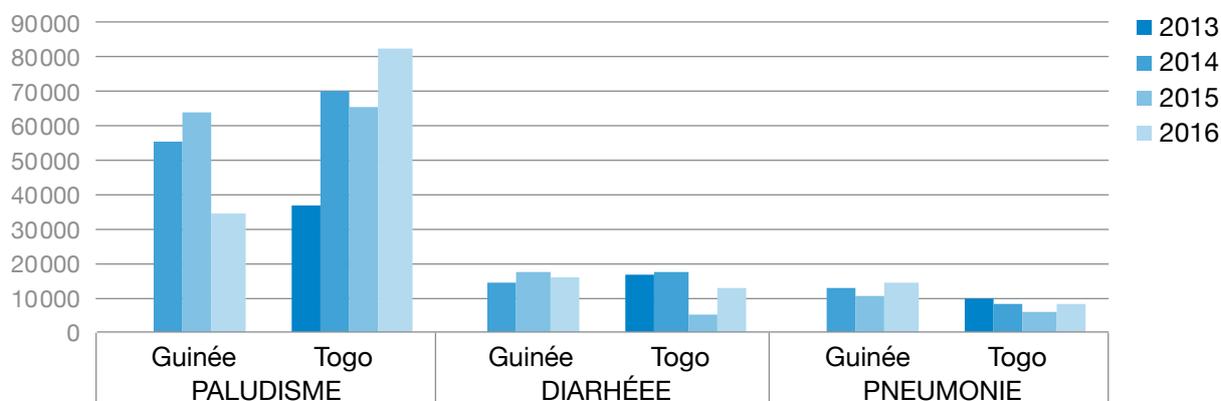
Bénin	Processus participatif d'élaboration du plan de communication avec un diagnostic communautaire
Guinée	Promotion des religieux sur la santé de la mère et de l'enfant
Mali	Promotion des PFE par les adolescents et les jeunes dans le cercle de Kita, région de Kayes
Niger	Autodiagnostic communautaire
Tchad	Mobilisation et engagement des leaders traditionnels et religieux pour la prévention du mariage des enfants et la promotion des pratiques familiales essentielles
Togo	Production de films de promotion de la santé réalisés par la communauté

- La prestation des soins préventifs a aussi contribué aux efforts conjoints des agences des Nations Unies. Les interventions de prévention sont mises en œuvre au niveau communautaire, avec l'appui des ASC sous forme de services offerts régulièrement à la population dans les zones les plus éloignées tels que la distribution de mode de contraception au niveau communautaire ou la distribution de poudres de micronutriments, ou sous forme de contribution à l'organisation de campagnes telle que la supplémentation en Vitamine A et le déparasitage (Togo et Tchad), ou encore la chimio-prévention du paludisme saisonnier (CPS) entre autres au Bénin, Niger, Tchad et Togo.
- La prestation des soins curatifs** joue un rôle crucial dans la réduction de la mortalité infantile et a joué un rôle important dans les efforts appuyés par le FFM. Dans le cadre de ce financement, les services ont principalement ciblé la prise en charge intégrée des trois maladies tueuses des enfants de moins de cinq ans (pneumonie, paludisme et diarrhée), et renforcer ainsi le lien qui existe entre prise en charge de ces maladies et prévention de la malnutrition aigüe sévère (MAS). Seuls les ASC du Togo prennent en charge au niveau communautaire les enfants atteints de MAS. Dans les autres pays, l'ASC est habilitée à dépister la MAS et à référer les enfants qui nécessitent de soins appropriés vers les centres de réhabilitation nutritionnelle (CRENI et CRENAS). Par exemple, cette stratégie à base communautaire a permis la prise en charge du paludisme, diarrhée, de la pneumonie des enfants de moins de cinq ans tout au long du programme Muskoka en Guinée et au Togo et malnutrition au Togo, comme montré dans le tableau ci-joint.
- Le monitoring décentralisé** a permis aussi de renforcer la participation communautaire dans l'identification des problèmes pour une meilleure gestion des services de santé. Cette approche a été développée et mise en œuvre dans deux pays (Bénin, Togo).
- L'appui à l'élaboration des documents politiques de santé communautaire** (politiques, stratégies et les directives nationales). Tous les pays Muskoka ont tous au moins un document cadre de santé communautaire légitimant les Agents de Santé Communautaire à offrir des soins, poser des diagnostics et à offrir des traitements lorsque approprié. Ces politiques évoluent progressivement vers une institutionnalisation des systèmes de santé, une meilleure appropriation et engagement des gouvernements, et une coordination plus efficace entre les partenaires techniques et financiers.

6. Finalement, des **études, recherches et évaluations** ont été conduites dans les pays 'Muskoka' pour apprécier, documenter et évaluer les progrès atteints grâce à la mise en œuvre des interventions à base communautaire. La majorité des pays cibles de l'intervention ont réalisé des études sur les causes sous-jacentes les barrières et les facteurs facilitants l'adoption de comportements favorables à la SMNI. Deux évaluations (2013 et 2016) des interventions à base communautaire (IBC) ont été conduites au Togo permettant d'ajuster l'approche et documenter les nouvelles politique et stratégie nationales.

**Togo : l'expérimentation de la chimio-prévention du paludisme** avec l'appui de l'UNICEF dans la région frontalière du Burkina Faso (Savanes), a montré non seulement l'efficacité de cette intervention, mais aussi sa faisabilité. Fort de ces résultats, le ministère de la santé a étendu cette approche dans deux autres régions du pays (Centrale et Kara) avec l'appui du Fonds Mondial, permettant une couverture totale des besoins dans ces trois régions proches de la bande sahéenne

#### Nombre d'enfants pris en charge par maladie en Guinée et au Togo



Les expériences des pays Muskoka dans la promotion et l'appui de la santé communautaire sont essentielles pour orienter et renforcer l'agenda en Afrique de l'Ouest et du Centre. Certains pays ont ainsi pu participer et partager leurs expériences à la Conférence sur l'Institutionnalisation des Systèmes de Santé Communautaire co-organisée à Johannesburg en mars 2017 par l'UNICEF et l'USAID (en collaboration avec l'OMS et la Fondation Bill et Melinda Gates). Dix principes des systèmes de santé communautaire ont été définis pour orienter les programmes de santé communautaires.

Suite à cette réorientation en faveur du renforcement des systèmes de santé et la prise en compte du niveau communautaire, ainsi que l'emphase redonnée à la communauté elle-même comme acteur principal du changement attendu, les programmes appuyés par le FFM doivent pouvoir se repositionner, en s'éloignant d'une approche spécifiquement d'offre de services vers une approche systémique, participative et de renforcement des mécanismes de redevabilité à tous les niveaux de la structure communautaire.

Une étude descriptive transversale des documents politiques et des programmes de santé communautaire a ainsi été réalisée par le Bureau Régional de l'Afrique de l'Ouest et du Centre (BRAOC) de l'UNICEF pour apporter une vue d'ensemble de la mise en œuvre des programmes de santé communautaire, des politiques et des systèmes qui l'appuient. Elle s'est déroulée, tout d'abord, par une étude documentaire des politiques disponibles (Politiques nationales, stratégies nationales, ainsi que les directives nationales de santé communautaire) et ensuite une analyse approfondie de leur application dans les pays. Cette étude permet un meilleur positionnement de la santé communautaire pour la phase 2 de la mise en œuvre des Fonds Français Muskoka.



## II. SANTE SEXUELLE REPRODUCTIVE DES ADOLESCENTES ET DES JEUNES

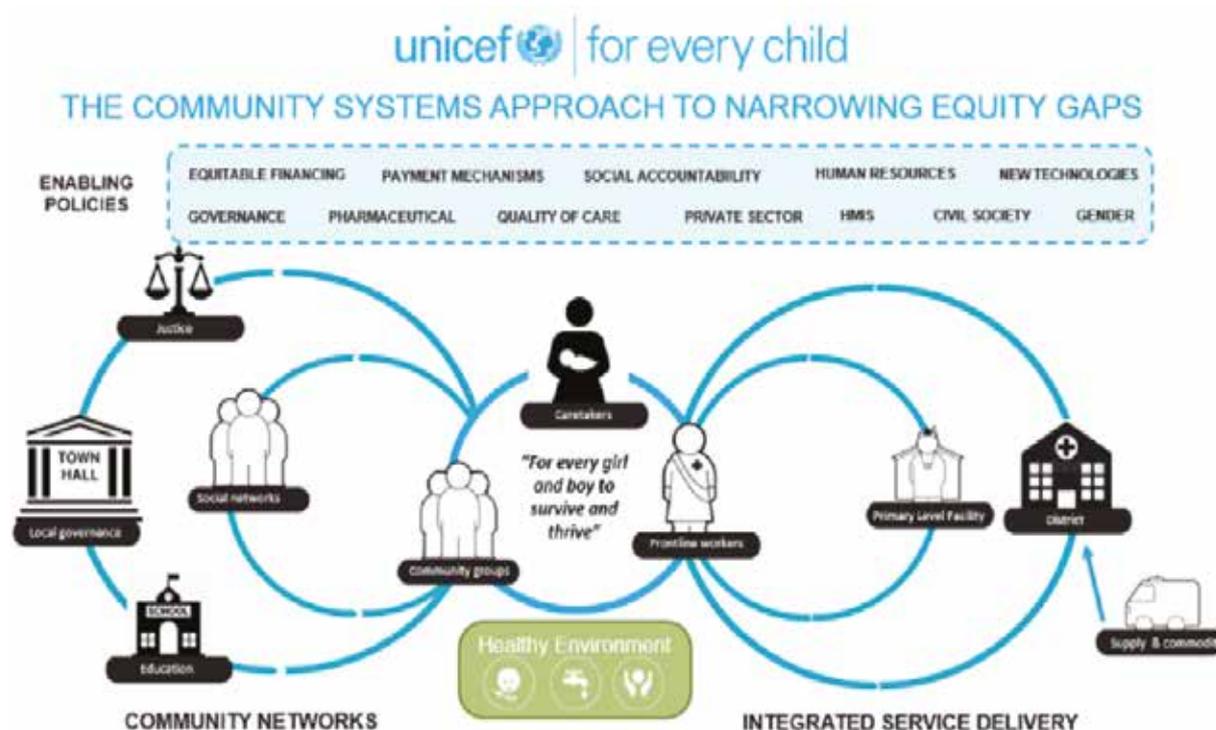
### DONNÉES CLÉS

- Une jeune fille mariée à l'âge de 15 ans a déjà **2 ou 3 enfants** à charge à l'âge de 20-24 ans.
- Les enfants nés de mère adolescente ont plus de chance d'être **en moins bonne santé** (prématurité, faible poids, difficultés nutritionnelles...) et ont **plus de risque de mortalité infantile**. Ceci représente également un risque pour la mère (anémie, difficultés d'allaitement maternel exclusif, etc.)
- Chaque heure, dans la région d'Afrique de l'Ouest, **7 adolescents de 15 à 19 ans sont nouvellement infectés par le VIH**, 70% sont des filles
- Près d'1 adolescente sur 3 signale des **incidents de violence physique** depuis l'âge de 15 ans
- 1 fille sur 10 a subi des actes de violence sexuelle au cours de sa vie.
- Dans la région d'Afrique de l'Ouest, 45% des filles pensent qu'il est justifié de battre sa femme dans certaines circonstances.

L'Afrique de l'Ouest et du Centre compte plus de 65% de la population ayant moins de 24 ans dont 32% entre 10 et 24 ans et un taux de grossesse chez les adolescentes plus de deux fois supérieur à la moyenne mondiale, avec plus d'une fille sur dix filles âgées de 15 à 19 ans donnant naissance. Dans le monde en développement, l'Afrique de l'Ouest et du Centre est également la région où le pourcentage des accouchements des filles de moins de 15 ans est le plus élevé - 6% -, sachant que ce sont ces dernières (filles de 14 et moins) qui sont le plus vulnérables et les plus à risque des complications et décès à la suite d'une grossesse.

Les adolescentes sont ainsi les premières victimes du manque d'accès et de qualité des soins maternels et de la reproduction, trop souvent en dehors de circuits scolaires, sujettes à des mariages précoces, faisant face à des grossesses non désirées et principales victimes du VIH/SIDA. D'ailleurs, les adolescents sont le seul groupe aujourd'hui qui connaît un accroissement du taux de mortalité dû à la maladie.

Dans ce contexte, la SRAJ plus que nulle part ailleurs est une priorité de santé publique et un axe d'intervention clé dans la réduction de la mortalité maternelle, néonatale, infantile et des adolescentes. La priorité accordée à la SRAJ dans le dispositif Muskoka est un fort signal envoyé par la France qui confirme ainsi son engagement stratégique<sup>2</sup> et opérationnel sur cette thématique.



2. Lancement du rapport de stratégie de l'action extérieure de la France sur les enjeux de population, des droits et santé sexuels et reproductifs de 2016 à 2020

**Lors de sa première phase le Fonds Français Muskoka a appuyé les interventions à haut impact en santé sexuelle et de la reproduction des jeunes et adolescents**

	Bénin	Côte d'Ivoire	Guinée	Mali	Niger	Sénégal	Tchad	Togo
<b>IHI 3.1 METTRE EN PLACE DES SERVICES SSR (PF INCLUSE) EN MILIEUX SCOLAIRE ET EXTRASCOLAIRE ET RENDRE LES CENTRES DE SANTÉ ACCUEILLANTS, CONVIVIAUX ET DE QUALITÉ POUR LES A&amp;J AFIN D'AUGMENTER LEUR FRÉQUENTATION À TRAVERS:</b>								
La formation du personnel de santé à la prise en charge et l'accompagnement des A&J dont les besoins sont spécifiques	•	•	•	•	•	•	•	•
L'aménagement d'espaces conviviaux pour les A&J notamment pour les services SRAJ et de lutte contre les VBG y compris la disponibilité des contraceptifs	•	•	•	•	•	•	•	•
L'information et la sensibilisation des A&J à l'utilisation des services de santé y compris en matière de SRAJ (contraception et PF incluses) et de lutte contre les VBG (ligne verte,...)	•	•	•	•	•	•	•	•
Le travail communautaire pour construire un environnement favorable et propice (y compris en matière de genre et de leadership des jeunes filles) à l'utilisation des services de santé par adolescent(e)s et les jeunes (mariés ou non) notamment les services de SRAJ (contraception et PF incluses) et de lutte contre les VBG	•	•	•	•	•	•	•	•
<b>IHI 3.2.METTRE EN PLACE UN ENVIRONNEMENT PROTECTEUR ET FAVORABLE À L'ÉPANOUISSEMENT DES JEUNES FILLES ET GARÇONS EN MILIEU SCOLAIRE ET DANS LES COMMUNAUTÉS</b>								
Mettre en place un programme d'éducation complète à la sexualité (ECS) Promouvoir, mettre en œuvre, suivre, évaluer et documenter l'ECS en milieu scolaire (y compris les actions au sein des infirmeries scolaires) Promouvoir, mettre en œuvre, suivre, évaluer et documenter l'ECS en milieu extra-scolaire (y compris à destination des groupes vulnérables et à travers des approches participatives) S'assurer que la mise en œuvre de l'ECS s'accompagne de référencement précis vers les centres de santé compétents	•	•	•	•	•	•	•	•

	Bénin	Côte d'Ivoire	Guinée	Mali	Niger	Sénégal	Tchad	Togo
<b>IHI 3.2.METTRE EN PLACE UN ENVIRONNEMENT PROTECTEUR ET FAVORABLE À L'ÉPANOUISSEMENT DES JEUNES FILLES ET GARÇONS EN MILIEU SCOLAIRE ET DANS LES COMMUNAUTÉS - SUITE</b>								
<b>Mariages et grossesses précoces</b> Promouvoir, mettre en œuvre, suivre, évaluer et documenter les initiatives et campagnes en matière de lutte contre les mariages et les grossesses précoces	•	•	•	•	•	•	•	•
<b>Prévention et lutte contre les VBG</b> Promouvoir, mettre en œuvre, suivre, évaluer et documenter les initiatives en matière de lutte contre les violences en milieu scolaire et extra-scolaire	•	•	•	•	•	•	•	•
<b>IHI 3.3. IMPULSER UN CHANGEMENT DURABLE DES HABITUDES SOCIALES ET DE LOIS PLUS FAVORABLES POUR LES JEUNES FILLES EN PARTICULIER EN SITUATION DE VULNÉRABILITÉ</b>								
Développer et documenter des approches innovantes en matière d'interventions directes en faveur des jeunes filles notamment en faveur de leur maintien à l'école					•		•	•
Développer et documenter des approches innovantes en matière de sensibilisation, d'information et de communication pour le changement de comportements notamment pour les plus vulnérables y compris les jeunes filles et notamment à travers le travail avec les parents	•	•	•	•	•	•	•	•
Développer, renforcer, réviser les campagnes, programmes, stratégies et plans nationaux pour réduire/éliminer les grossesses et mariages précoces, et de lutte contre les VBG (ligne verte,...)	•	•	•	•	•	•	•	•
Mobiliser les A&J à travers les nouvelles technologies, les réseaux de jeunes et à l'aide de la campagne cross-média de « C'est la vie » pour informer et sensibiliser et favoriser le leadership, la participation et l'autonomisation des jeunes et notamment des jeunes filles	•			•	•	•		•

## **Construction de la SSRAJ comme IHI au sein des FFM – Rétrospective programmatische**

- 
- 2011-2012** • Plaidoyer UNFPA/OMS pour l'intégration de la SRAJ comme pilier stratégique au sein des FFM
- 
- Novembre 2012** • Atelier de Cotonou – « Avancer la santé sexuelle et reproductive des adolescentes dans les programmes d'action du FSP Muskoka » en collaboration avec l'ONG Equilibres et Population
- 
- 2013-2014** • 3 études sont menées au Bénin, Niger, Togo par notre partenaire Equilibres et Population « Santé et droits sexuels et de la procréation des adolescentes : analyse des politiques et des programmes : opportunités et défis pour l'UNFPA »
- Les équipes pays développent des activités SRAJ dans leur plan inter-agences.
- 
- Septembre 2014** • Une première version de la théorie du changement sur le thème de la réduction des grossesses précoces est élaborée suite à l'atelier de Cotonou et aux enquêtes pays
- 
- 2015** • Suivi de la mise en œuvre des recommandations des études menées dans les pays et renforcement de l'appui technique régional auprès des pays sur la thématique
- 
- Mai 2015** • COPIL – Souhait d'une proportion plus importante des interventions en faveur de l'amélioration de la santé sexuelle et reproductive des adolescents, en particulier à travers un meilleur accès à la contraception
- 
- Novembre 2015** • Le COTECH valide la proposition d'un cadre commun d'intervention aux 4 agences en SRAJ, la création d'un comité ad-hoc de travail
- 
- 2016** • Poursuite de l'appui technique des pays et suivi rapproché pour une plus grande orientation des activités en faveur de la SRAJ et une augmentation de l'allocation financière dans les PTA inter-agences pays ainsi qu'à l'échelle régionale
- 

### **Résultats régionaux programmatiques :**

#### **1. Conception et mise en œuvre du premier cadre conjoint régional en matière de lutte contre les grossesses précoces**

Il s'agit de la première stratégie conjointe régionale de réduction de grossesses précoces mise en œuvre dans les pays cibles et à l'échelle régionale, maximisant les plus-values du dispositif Muskoka par la synergie et la complémentarité des expertises des différentes agences, chacune impliquée de par leur mandat et le contexte régional dans des activités socio-sanitaires à destination des adolescent(e)s et jeunes.

L'objectif principal étant de : « Contribuer à la réduction des grossesses précoces en milieu scolaire et extra-scolaire dans les pays ciblés du programme par des interventions à haut impact menées à l'échelle régionale et pays »

Les principales interventions proposées s'inscrivent dans le prolongement des interventions déjà établies dans le cadre de ressources et de résultats Muskoka, à savoir : (i.) Mettre en place des services SSR (PF incluse) en milieux scolaire et extrascolaire ; (ii.) Mettre en place un environnement protecteur et favorable à l'épanouissement des jeunes filles et garçons en milieu scolaire et dans les communautés dont l'ECS en milieux scolaire et extrascolaire ; (iii.) Impulser un changement durable des habitudes sociales et de lois plus favorables pour les jeunes filles en particulier en situation de vulnérabilité.

Cette stratégie a été explicitée lors d'un premier atelier conjoint régional réunissant pour la première fois les Ministères directement en charge de la santé des adolescents de 8 pays de la région avec des Représentants nationaux et régionaux de 4 agences des Nations unies (OMS, ONU Femmes, UNICEF et UNFPA) partenaires dans le cadre de Muskoka au côté de partenaires clés de la société civile. Les équipes pays et régionales étaient au complet pour faire le bilan et poursuivre l'engagement sur cette problématique si importante. Au total, plus de 70 personnes, délégation de tous les pays ainsi que les délégations des bureaux régionaux, les Représentants de la France étaient présents avec l'appui de notre partenaire de longue date dans ce domaine : Equilibres & Populations.

3 axes stratégiques ont été développés :

- Les adolescentes et les jeunes, une cible privilégiée pour réduire les grossesses précoces et non désirées: bilan, évidences et perspectives.
- Renforcer la prise en compte des adolescent·e·s et des jeunes pour réduire les grossesses des adolescentes- Vers la conception programmatique
- Passer à l'action: identification des interventions conjointes et prochaines étapes pour assurer une meilleure prise en compte des adolescent·e·s des jeunes

## **2. Production de documents techniques de référence et documentation des bonnes pratiques sur les pratiques prometteuses en matière de SSRAJ**

### Documents sur l'ECS

- 4 rapports pays (Benin, Cote d'Ivoire, Sénégal, Togo)
- 2 rapports régionaux FR et EN de guidance et de documentation des bonnes pratiques FR et EN
- 2 brochures FR et EN pour rappeler les principaux les éléments clés de la mise en œuvre de l'ECS

L'ECS est partie intégrante des politiques de SRAJ en milieu scolaire et extra-scolaire. Couplée à la disponibilité des services de santé conviviaux pour les jeunes, elle permet de s'inscrire

dans une logique de demande et d'offre de qualité des services sexuels et reproductifs pour les adolescents et jeunes.

Documents sur les services de Santé Sexuelle et Reproductive Adaptés pour les A&J

- 4 rapports pays (Guinée, Sénégal, Tchad, Togo)
- 2 rapports régionaux FR et EN de guidance et de documentation des bonnes pratiques FR et EN
- 2 brochures FR et EN pour rappeler les principaux les éléments clés de la mise en œuvre de l'ECS
- 1 présentation ppt

**Au total ces deux séries d'études** complémentaires sont hautement catalytiques au niveau de la région et ont permis de :

- documenter les initiatives en cours dans les pays de la région
- faire connaître les initiatives prometteuses de la région au niveau global (région souvent oubliée) notamment grâce à leur disponibilité en anglais
- partager avec les pays de la région, « ce qui marche » et « ce qui ne marche pas » en matière de SSRAJ en rendant accessibles les dernières publications basées sur les preuves
- apporter un appui technique renforcé aux pays qui mettent en œuvre des activités relatives à l'ECS et aux services de SSRAJ
- **de rendre visible les financements Muskoka comme catalytique en matière de SSRAJ à l'échelle de la région**

**3. Appui technique continu aux pays notamment à travers le partenaire Equilibres et Population pour le développement d'interventions en matière de SSRAJ basées sur les dernières évidences**

- 4 études de références ont été menées au Bénin, Mali, Niger, Togo par le partenaire
- 1 atelier régional conjoint sur la SSRAJ dans le cadre de Muskoka
- 8 fiches profil pays SSRAJ ont été rédigées



4. *C'est la Vie !*, outil clé pour la promotion de la SSRAJ et cibler la population adolescents et jeunes à travers notamment la série mais également les adaptations sur les réseaux sociaux.

Muskoka se distingue dans la région pour être un mécanisme de financement assez unique en matière de financement de la SSRAJ et avec une approche conjointe. Cette approche a été valorisée et promue lors de différentes rencontres de hauts niveaux.

#### RÉSULTATS MAJEURS ATTEINTS AU NIVEAU DES PAYS EN MATIÈRE DE SSRAJ

**Togo : plaidoyer tant à l'endroit des décideurs et des prestataires pour une mobilisation en faveur de la promotion de la santé sexuelle et reproductive des jeunes et des adolescents.**

Résultats atteints:

- une analyse de situation sur les grossesses et mariages précoces qui a conduit à l'élaboration d'un Programme National de Lutte contre les grossesses et Mariages d'adolescentes
- 23 services de santé scolaire ont été rendus opérationnels dès 2014.
- une étude dans les établissements disposant d'infirmieries scolaires a permis de révéler que 82% des élèves ne savent pas qu'une fille peut tomber enceinte à son premier rapport sexuel.
- Formation des 28 prestataires des infirmieries et centres de jeunes ont été renforcées pour l'offre de service de planification familiale.
- La communication pour le changement de comportement a été accentuée avec la production de plusieurs supports (affichettes et panneaux, pamphlets sur les grossesses précoces et les violences sexuelles), des émissions interactives avec les jeunes sur les médias et la diffusion de spots sur les droits sexuels et la santé de la reproduction.
- Au total 50% des élèves interrogés ont déclaré avoir déjà bénéficié des services des infirmieries.
- Environ 100 000 adolescents et jeunes sensibilisés chaque année depuis 2014.
- L'offre de services intégrés dans les centres de jeunes et collèges/lycées et villages a permis de mettre sous méthode modernes de contraception environ 3000 jeunes filles 15-24 ans, le dépistage et le traitement de plus de 3 000 cas d'IST chaque année.

Les cas de grossesses ont sensiblement diminué dans les établissements ces deux dernières années. Le taux d'abandon scolaire pour raison de grossesse, initialement autour de 50% est actuellement autour de 20% dans ces établissements. Au total 50% des élèves interrogés ont déclaré avoir déjà bénéficié des services des infirmieries.

### Sénégal : La ligne verte dénommée GINDIMA (Éclaire-moi) 200 365 offre aux adolescent(e)s/jeunes des informations complètes et adaptées en matière de SRAJ intégrant les IST/VIH-Sida.

Lancée le 12 Août 2016 par le Ministre de la jeunesse, la ligne a pour objectif d'accroître l'accès à l'information et aux services de santé sexuelle et de la reproduction des adolescent(e)s/jeunes à travers la mise en place d'une relation d'aide à distance basée sur les Technologies de l'Information et de la Communication. Elle est gratuite pour l'utilisateur, 24h/24, 7j/7, 365j/365, informations accessibles en français et en wolof, et en mesure d'assurer la confidentialité et la protection des données.

Du 12 août 2016, jour du lancement, au 31 décembre 2017, plus de 230 000 appels ont été enregistrés avec un pic en avril 2017, mois au cours duquel plus de 26 287 appels ont été enregistrés

Multiple Choice Question  
CHOIX DE LA THEMATIQUE

Reponses		
1. CYCLE MENSTRUEL	19.0%	36188
2. IST, VIH SIDA ET CANCER DU COL DE L'UTERUS	11.6%	22075
3. ANATOMIE ET PUBERTE	15.3%	29044
4. CONTRACEPTION	11.3%	21640
5. GROSSESSES ET AVORTEMENT	11.3%	21476
6. VIOLENCES, MGF ET ABUS SEXUELS	7.7%	14677
7. SEXUALITE	22.4%	42720
8. Plus d'infos	2.0%	3874
9. Inconnu	0.0%	0
Total Responses		190758



### Guinée : Augmentation significative de l'offre de services SSRAJ

Les services de santé des A&J sont offerts dans différents types de points de services : les FS publiques ; les formations sanitaires gérées par une ONG/OSC pour rendre les espaces conviviaux aux A&J ; les infirmeries universitaires et scolaires. Certains services sont également offerts au travers de stratégies avancées tels que les campagnes sur la PF ou le VIH.

Les activités permettant l'effectivité de ces services sont :

- Formation des équipes cadres et des prestataires sur les standards de SSRAJ
- Approvisionnement en équipements et médicaments
- Mise en place d'espaces conviviaux

### Nombre de structures de services intégrant les services SSR pour les jeunes



## ELÉMENTS DE CONCLUSION

- **Au niveau des pays**
  - Institutionnalisation de l'ECS en cours dans la plupart des pays
  - Mise en place progressive des services de SSR adaptés aux adolescents et jeunes
  - Changement durable des habitudes sociales et de lois plus favorables pour les jeunes filles en particulier en situation de vulnérabilité
- **Au niveau régional**
  - Création et mise en œuvre du premier cadre stratégique régional inter-agences sur la réduction des grossesses précoces
  - Guidances techniques et partage des dernières évidences aux pays
- **Résultat stratégique**
  - Fonds Muskoka reconnu comme un fonds catalytique en SSRAJ dans la région

## III. RENFORCEMENT DES SYSTEMES DE SANTE

### ACCÈS ÉQUITABLE À DU PERSONNEL QUALIFIÉ

Au total, de l'année 1 à l'année 5 du programme du FFM, par l'action conjuguée des 4 agences du partenariat, c'est plus de 30 000 personnels de santé, médecins, infirmiers, sages-femmes, ASC, à qui un appui a été apporté : appui technique et financier, formation, renforcement des capacités.

Selon le contexte et les pays, une sage-femme pratique en moyenne entre 100 et 200 accouchements par an, et assure le suivi de 300 à 500 grossesses.

Au Bénin ou au Mali, les responsabilités ont été définies en fonction du nombre de ménages (entre 25 à 50 par agent), de villages (1 à 2/ASC) ou d'habitants (1500 habitants). L'objectif est de déployer une moyenne d'un ASC pour 650 habitants de milieux ruraux.

#### **Sages-femmes / personnel qualifié**

**Volet d'activités 1 :** Soutien à la pratique de soins de sages-femmes (formation initiale et continue, déploiement, gestion de carrière, fidélisation, association et régulation) pour l'offre de service de qualité en PF, SONU et SRAJ.

**Volet d'activités 2 :** Appuyer le développement d'un programme de formation régional en matière de compétences sages-femmes avec un accent particulier sur la pratique en zone rurale.

**Volet d'activités 3 :** Appuyer la mise en place d'un système d'accréditation régional des institutions de formation en santé et sites de stage des étudiants.

**1. Amélioration de la qualité de la formation et les capacités des sages-femmes : deux ateliers régionaux (2013 et 2015) inter-agences constitutifs d'une approche harmonisée sur la qualité de la formation des sages-femmes : progrès, défis et perspective.**

Un premier atelier a été organisé en 2013, au Bénin, conjointement par l'OOAS, UNFPA et OMS/AMPS portant sur "l'amélioration des programmes de formation de sages-femmes: enseignements tirés et voies à suivre pour les pays francophones de la région africaine". Cet atelier a donné lieu à l'élaboration de plans d'action-pays afin d'améliorer la qualité de la formation dans les écoles de sages-femmes pour une période quinquennale (2013-2017).

Le second atelier organisé à Abidjan du 03 au 05 février 2015 s'est inscrit dans la continuité du précédent afin de poursuivre et évaluer les efforts pour l'amélioration de la qualité de la formation des sages-femmes dans les pays ciblés. Le suivi de la mise en œuvre des plans quinquennaux d'amélioration de la qualité de la formation sage-femme développés en 2013 a ainsi été l'une des activités clés de l'atelier.

**2. Lancement de l'initiative de formation en ligne (e-learning) pour la région à travers le financement d'une première étude de faisabilité et de maturité suivi par des activités d'évaluation dans les pays tels que le Bénin et la Côte d'Ivoire.** Cette activité catalytique menée sur les premières années du dispositif Muskoka avec l'appui de l'AMREF aura permis de rendre possible cette activité innovante pour la région et créer les conditions d'une opérationnalisation dans les pays. Des financements complémentaires sont venus s'ajouter notamment ceux du projet SWEDD.

**Analyse du marché de travail et du retour sur investissement en Côte d'Ivoire**

Grâce à cette analyse, la pertinence d'une hausse des dépenses consacrées au personnel de santé pour l'économie ivoirienne a été démontrée. Ainsi une hausse de 1% des dépenses consacrée aux ressources humaines santé induit une hausse de 2,5% du revenu moyen des ménages avec un accroissement de l'ordre de 1,89% sur l'emploi et un accroissement du PIB de 3,2%. L'impact de cet investissement sur la création d'emploi est de 2,14% chez les hommes et 1,63% chez les femmes.

Grâce à ces études et au plaidoyer qui s'en est suivi le gouvernement de la Côte d'Ivoire a s'est engagé à créer 21 753 emplois additionnels en santé notamment pour couvrir les besoins en service de santé maternelle, infantile et des adolescents d'ici 2022.

L'analyse du marché de travail a été réalisée dans les pays suivants : Bénin, Burkina Faso, Niger, Togo et au Tchad. L'objectif de cette analyse du marché de travail était de permettre aux pays de prendre les décisions rationnelles et économiquement viables pour obtenir les personnels de santé dont ils ont besoin. Suite à l'analyse du marché de travail, ces pays ont également reçu l'assistance des fonds Muskoka pour étudier la faisabilité financière et économique du paquet d'incitatifs retenu pour

former, recruter et déployer le personnel SMNI. Les résultats de ces travaux ont permis à ces pays de réviser leur plan d'investissement du secteur de la santé en faveur des RHS. Ainsi, le Burkina a augmenté de 10% le recrutement annuel des personnels SMNI en 2016 pour les déployer dans les zones mal desservies. Le Niger va soumettre son plan d'investissement aux partenaires au développement et le Togo a adopté un plan biennuel de recrutement du personnel SMNI en faveur des zones rurales.

Politiques et plans stratégiques ont été élaborés dans tous les pays bénéficiaires du financement Muskoka pour faciliter la formation, le recrutement, le déploiement et la fidélisation des personnels de santé mères-enfant. Les interventions prioritaires contenues dans ces plans ont été utilisées pour faire un plaidoyer en faveur des personnels de santé aux fora mondiaux sur les ressources humaines en 2014 et en 2017.

[L'élaboration de politiques nationales de la pratique sage-femme et infirmières. Les évaluations \(2013,2014, 2015\) faites sur la qualité de la pratique sage-femme et la qualité de la formation des sages-femmes dans les pays ciblés par le fonds français Muskoka ont permis aux pays de développer en 2016 \(Côte d'Ivoire\) ou de réviser \(Niger\) leur politique de la pratique sage-femme et infirmière](#)

### **Commission sur l'emploi en Santé et la croissance économique pour la mise en œuvre des ODD**

Le Secrétaire Général de l'ONU a établi en mars 2016 la Commission de Haut Niveau sur l'Emploi en Santé et la Croissance Economique. Cette commission a été coprésidée par les Présidents français François HOLLANDE et sud-africain Jacob ZUMA. Pour obtenir des recommandations clés pour résoudre la pénurie des personnels de la santé et du social dans le monde. La Commission a produit d'un rapport intitulé « S'engager pour la santé et la croissance : Investir dans les personnels de santé », transformé en un plan d'action quinquennal 2017-2021 visant la réalisation des Objectifs de développement durable. Les pays bénéficiaires du FFM se sont investis dans la préparation des recommandations de la Commission qui ont été pris en compte dans le rapport final.

### **Union Economique Monétaire de l'Afrique de l'Ouest (UEMOA)**

Le FFM a permis de mobiliser les décideurs des pays membres de l'UEMOA (le Bénin, le Burkina Faso, la Côte d'Ivoire, le Mali, le Niger, le Togo et le Sénégal) autour de la problématique des ressources humaines de la santé. Ainsi, à Abidjan en 2017, les pays membres de l'UEMOA se sont approprié des recommandations de la Commission pour développer le premier plan sous régional pour l'investissement dans les ressources humaines de la santé et du social. Ce plan qui va favoriser la création d'emplois additionnels en santé et dans le social en particulier pour les jeunes et les femmes a été validé en 2018 par les ministres de la santé, de l'emploi et des finances de la zone UEMOA.

## PLANIFICATION

Tous les pays bénéficiaires des fonds Muskoka ont adopté un plan national quinquennal d'investissement dans les ressources humaines de la santé pour les 5 prochaines années 2018 -2022. Ainsi, plus de 40,000 emplois dans le secteur de la santé, notamment pour la prise en charge des mères, des enfants et des adolescents, seront créés grâce aux informations obtenues par ces différentes études économiques qui ont montré que l'investissement dans les personnels de la santé pouvait contribuer à la croissance économique.

## LEADERSHIP

Une communauté de pratique des personnels chargés de la santé de la mère, des enfants et des adolescents a été créée en 2012. Cette communauté d'environ 350 membres a contribué à réaliser différentes activités notamment l'organisation des rencontres de la fédération des sages-femmes francophones d'Afrique dans différents fora.

Sur le plan régional, deux actions principales ont été ciblées. La première a porté sur une réflexion sur l'évolution de la profession sage-femme et les compétences qui sont nécessaires pour que la pratique sage-femme soit de qualité. Cette réflexion a été menée en février 2015 au cours d'un atelier qui a réuni les chercheurs en maïeutique des pays francophones du nord et du sud.

La deuxième activité a porté sur l'organisation du premier congrès de la fédération des sages-femmes francophones en Afrique. Ce congrès s'est tenu au Mali au mois d'Octobre 2015 avec la participation d'une centaine de sages-femmes francophones africaines. Les questions relatives à la qualité de leur formation ainsi que la régulation de leur profession y ont été abordées.

Selon des estimations récentes, les pays ont besoin au minimum de six agents de santé dotés de compétences obstétricales pour 1000 naissances pour faire en sorte que 95% des femmes accouchent en présence de personnel qualifié et accélérer la réduction de la mortalité maternelle et néonatale.

Selon le contexte et les pays, une sage-femme pratique en moyenne entre 100 et 200 accouchements par an, et assure le suivi de 300 à 500 grossesses. Apporter un soutien à ce personnel qualifié a donc un fort impact sur les populations ciblées.

**Améliorer l'accès à du personnel obstétrical compétent** a constitué un des points forts du programme de ces six années, où chacune des agences s'est impliquée de façon complémentaire, pour la diffusion des normes, standards et protocoles de soins, l'évaluation de la qualité des soins délivrés, la formation du personnel et l'accréditation des écoles, la fidélisation du personnel de santé et sa meilleure répartition dans le pays, la fourniture de matériel et de médicaments essentiels. Les progrès réalisés, et auxquels a contribué le travail conjoint des quatre agences, sont reflétés dans l'évolution des RMM des pays ciblés par le FFM.

## **Sénégal : synthèse des actions en faveur des sages-femmes**

1000 agents de santé dont 500 sages-femmes ont été recrutés.

Le projet sage-femme itinérante a débuté dans deux régions pilotes : Sédhiou et Matam.

5 sages-femmes de la Région médicale de Tambacounda ont été formées en échographie.

26 Sages-femmes), et 12 prestataires (sages-femmes et infirmiers chef de poste) ont ensuite été formés grâce aux fonds FFM pour faciliter la levée des urgences (axé sur la pratique des gestes essentiels dans la réanimation du nouveau-né et de la patiente victime d'une hémorragie du postpartum).

36 prestataires (sages femmes et infirmiers) de la région de Tambacounda ont été formés sur les soins après avortement (SAA) combinant l'aspiration manuelle intra utérine et la PF du postpartum.

L'Initiative MUSKOKA a permis d'appuyer le renforcement des capacités de 120 prestataires sages-femmes d'Etat et médecins de la région de Dakar sur les soins essentiels du nouveau-né. 'Helping Babies Breath' et la méthode Kangourou.

**Dans le district de Keur Massar par exemple, avec une population estimée à 533,200 habitants, 4 626 accouchements ont été effectués, 4 414 nouveaux nés ont bénéficié du paquet de soins immédiats et 110 ont été réanimés à la naissance après l'appui conjoint du FFM et le RMNCH Trust Fund.**

En 2016, un coaching de l'ensemble des 609 élèves sages-femmes de 3ème année (100 % des élèves formées, pour un cycle d'étude de 3 ans) des 5 antennes de l'Institut National de Formation des Agents de Santé (INFAS) à la technique « Helping Mothers Survive » a été organisé pour une prise en charge adéquate des hémorragies du post-partum immédiat (HHPI) et la détresse respiratoire du nouveau-né.

## **L'ACCRÉDITATION DES ÉCOLES SAGES –FEMMES**

Les fonds français Muskoka ont permis de soutenir la réalisation et la diffusion du rapport mondial sur l'Etat de la pratique sage-femme publié en 2014 par l'UNFPA. La publication de ce rapport a renforcé les connaissances sur le rôle des prestataires de soins santé maternelle et néonatale. En effet, le rapport a démontré que 80% du continuum de soins maternel et infantile pouvait être pris en charge par la sage-femme si elle démontrait une maîtrise des compétences y afférents. Dans la même période, les pays bénéficiaires des fonds français Muskoka se sont tous engagés à relever le niveau de formation des professionnels de santé du niveau baccalauréat vers le niveau licence. Pour la mise en œuvre de cette stratégie, les fonds français Muskoka ont été mis à contribution pour entamer le processus d'accréditation des écoles de formation du personnel paramédical notamment des sages-femmes. Le Mali et le Togo sont les pays qui ont le plus avancés dans ce processus car l'INFAS au Mali a sorti la deuxième promotion de sage-femme du niveau licence. Cependant, l'élévation du niveau de formation des sages-femmes n'a pas pu permettre de résoudre le problème de la disponibilité de cette catégorie de personnel dans les zones rurales. Il est ainsi envisagé d'étendre la stratégie du pipeline rural à la majorité des régions du Mali. Cette stratégie est mise en œuvre avec succès dans la région de Gao.

## L'impact du FFM pour les accouchements assistés par du personnel qualifié au Niger

### Evolution des taux d'accouchements assistés par du personnel qualifié au Niger, 2006 – 2015

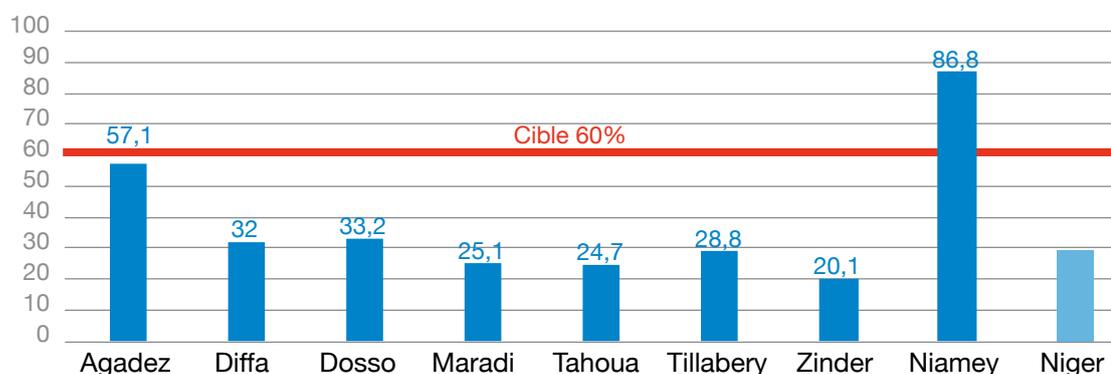
Années	Taux d'accouchements assistés
2006	17,2 %
2012	29 %
2015	40 %

Le nombre d'accouchements assistés par du personnel qualifié a augmenté de 27 % de 2012 à 2015, ce qui a contribué à une baisse du taux de mortalité maternelle de 657 à 580 pour 100 000 naissances, soit plus de 15 %.

Une partie des actions du FFM a porté sur la capitale, Niamey, où l'on observe le taux d'accouchement assisté le plus élevé du pays. C'est sur la cible de l'hôpital de référence que se sont concentrées les activités d'évaluation et d'amélioration de la qualité des soins. En parallèle de la mise en œuvre des recommandations issues des évaluations in situ, les efforts devront également porter sur les zones périphériques du fait, notamment, d'une répartition inégale des ressources humaines entre le milieu urbain et le milieu rural. C'est dans ce contexte que l'approche du pipeline rural a été adoptée par les autorités nigériennes pour former les jeunes et les femmes, les recruter et maintenir les équipes de soins de santé maternelle, infantile et des adolescents dans les zones rurales et défavorisées. Grâce aux fonds français Muskoka un projet pilote dans la région couvrant le lac Tchad et le Niger a été conçu par les responsables locaux afin de mettre en œuvre le pipeline rural

Le Niger a connu une croissance de 115 %, passant de 139 sages-femmes en 2012 à 300 en 2016, pour une densité de 1 sage-femme pour 2125 habitants en 2016.

### Répartition du taux d'accouchements assistés par un personnel qualifié par région (%) au Niger



Au Sénégal le nombre de sages-femmes est passé de 1.222 en 2012 à 2.300 en 2016, une augmentation de 88 % pour une densité de 1 sage-femme pour 1.426 habitants en 2016.

## ACCÈS AUX MÉDICAMENTS ET AUX TECHNOLOGIES SANITAIRES ET RENFORCEMENT DES MOYENS RÉGLEMENTAIRES

La disponibilité de services de santé de qualité nécessite la présence continue de médicaments essentiels et de produits de santé de qualité et leur utilisation rationnelle par le personnel de santé.

Il est aussi important que ces produits soient abordables dans les pays où les politiques de recouvrement des coûts amènent le plus souvent les malades à payer de leur poche les traitements ou pour les systèmes de santé lorsque les gouvernements décident de subventionner ces traitements ou encore lorsqu'ils sont pris en charge par un système de remboursement.

### Complémentarité de l'action des agences

Pour améliorer l'accès aux médicaments essentiels et produits de santé prioritaires pour la mère, l'adolescent et l'enfant, deux approches complémentaires ont été utilisées par les partenaires intervenant dans ce projet : l'approvisionnement de produits médicaux dans les pays et leur acheminement vers les structures de santé ou les communautés impliquant tout particulièrement l'UNICEF et l'UNFPA, mais aussi le renforcement des systèmes pharmaceutiques dans les pays, approche privilégiée par l'OMS. Si la première approche a permis d'améliorer la disponibilité de produits et donc l'offre de services, la seconde est absolument essentielle pour s'assurer que des systèmes soient en place pour garantir la pérennité de l'offre de services, sa qualité et son accessibilité financière.

### Synergie – effet de levier

Le travail fait à travers le Fonds Français Muskoka vient aussi en complément d'autres initiatives visant à renforcer les systèmes pharmaceutiques en Afrique tel que le Partenariat Renouvelé UE/ACP/OMS ou le projet MSH/SIAPS mais aussi les initiatives mises en place par les partenaires pour atteindre les ODM 4 et 5 tels que la Commission des Nations Unies pour les produits d'importance vitale pour la mère et l'enfant ou le RMNCH Trust Fund ainsi que les Objectifs de Développement Durable, qui placent l'accès aux produits de santé comme une top priorité.

Les pays priorités au cours de ces six années concernant cette composante ont été le Bénin, la Côte d'Ivoire, la Guinée, le Mali, le Niger et le Sénégal. Pour des difficultés d'ordre politique ou de disponibilité de ressources pour assurer un suivi et une mise en œuvre adéquate des activités, le Togo et le Tchad ont bénéficié d'un support plus ponctuel et moins structurant.

Le travail d'appui aux pays s'est principalement articulé autour de cinq domaines d'interventions visant à renforcer les systèmes pharmaceutiques nationaux: (1) sélection de médicaments essentiels, (2) le renforcement de la disponibilité, (3) l'amélioration de la qualité, de l'efficacité et de l'innocuité des médicaments essentiels, (4) un meilleur contrôle des coûts des traitements et (5) l'utilisation rationnelle des médicaments.

L'ensemble des activités menées dans le cadre de la composante « Accès aux Médicaments » contribue au renforcement des systèmes pharmaceutiques nationaux, maillons indispensables pour le bon fonctionnement des systèmes de santé, et en synergie avec d'autres programmes, contribuent à améliorer la qualité et la continuité de l'offre de services de santé en général.

#### 1. Sélection des médicaments :

Au niveau des pays, le résultat le plus notoire est le fait que 7 des 8 pays bénéficiaires ont révisé durant la période écoulée au moins une fois leur Liste Nationale de Médicaments Essentiels selon la Liste Modèle développée par l'OMS. Cette liste vise à rationaliser et prioriser la sélection des médicaments du système de santé publique et garantir une meilleure disponibilité aux niveaux des structures centrales d'approvisionnement et des points de prestation de service.

En 2014, le Niger a aussi révisé le « Guide thérapeutique + Santé Mère & Enfant » et formé 30 professionnels sur la gestion des médicaments essentiels pour la santé de la mère et de l'enfant.

**Bien que demeurant largement insuffisante, l'amélioration de la disponibilité des moyens de contraceptions a permis de contribuer à la hausse du taux d'utilisation de la contraception moderne de 2012 à 2016 au Niger, passant de 11% à 25%<sup>4</sup>.**

En ce qui concerne l'accès aux dispositifs médicaux, un atelier régional cofinancé par le gouvernement hollandais s'est tenu en 2017 en présence de représentants de sept pays Muskoka et de cinq autres pays d'Afrique francophone. Cet atelier s'est inscrit dans la continuité des activités menées dans le cadre du RMNCH Trust Fund depuis 2013 et a permis la validation d'une feuille de route ciblant les actions prioritaires pour les pays participants.

#### 2. L'amélioration de la disponibilité des Médicaments et des mécanismes d'approvisionnement:

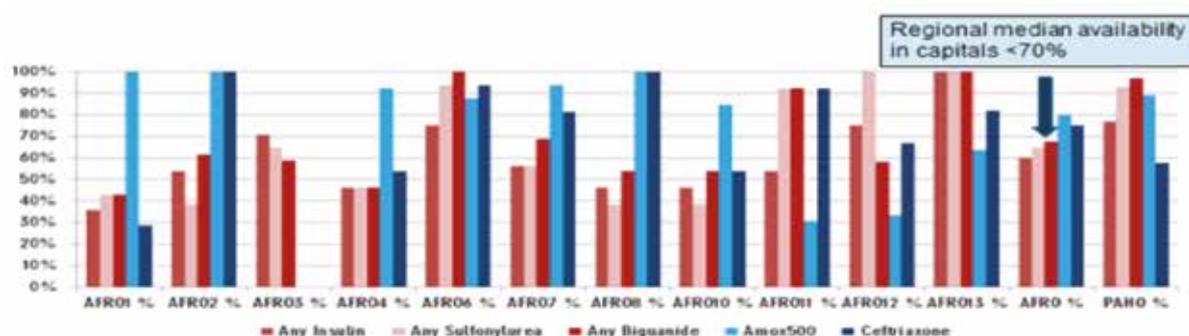
La disponibilité des Médicaments et produits de santé pour la mère et l'enfant est fondamentale pour prétendre au développement des systèmes de santé et à fortiori à l'atteinte des objectifs de Couverture Sanitaire Universelle d'ici à 2030.

Bien que la disponibilité ait tendance à s'améliorer, les résultats chiffrés restent toujours fragiles et démontrent la nécessité de poursuivre les efforts et investissements.

4. Source: Rapport d'exécution du PDS 2016 du MSP Niger et repris dans le rapport annuel 2016 OMS Niger.

Le tableau ci-dessous présente les résultats d'enquêtes réalisées en 2016 et 2017 mesurant la disponibilité de principaux produits anti diabétiques et antibiotiques, qui sont clés pour garantir la santé de la mère et de l'enfant, au niveau central et hospitalier dans 13 pays africains incluant plusieurs pays bénéficiaires du FFM. La disponibilité médiane avoisine le plus souvent les 50%, ce qui traduit le fait que la moitié du temps ces produits ne sont pas disponibles pour les patients.

### Access to diabete medicines varies



En ce qui concerne le Sulfate de Zinc, les résultats demeurent assez préoccupants, d'autant qu'il s'agit d'un produit peu cher, et souvent subventionné. Ce produit important et recommandé par l'OMS pour la prise en charge des diarrhées infantiles est même indisponible dans plusieurs pays aux différents niveaux du système. Une étude menée dans le cadre du FFM en 2017 a permis de mettre en évidence les principales barrières à l'utilisation du Sulfate de Zinc dans les pays et proposer des pistes de solutions pour améliorer la disponibilité et l'observance.

Le FFM a permis le renforcement de la collaboration de l'OMS avec le réseau africain des Centrales d'achats de Médicaments ACAME et la reconnaissance de cette entité comme partenaires en relation officielle avec l'OMS depuis janvier 2018. Au titre des activités prioritaires de collaboration, le développement et le lancement du Plan Stratégique ACAME 2017-2021 en mai 2017 dans les locaux de l'OMS, le développement d'un cadre de performance visant à améliorer la qualité de la gestion au niveau des Centrales d'Achats.

### 3. L'amélioration de la qualité des Médicaments :

Les activités visant à renforcer les autorités de réglementation pharmaceutiques ont contribué à garantir la qualité des produits disponibles depuis leur entrée dans le pays jusqu'au niveau des structures de santé et de diminuer la présence de produits falsifiés ou de qualité inférieure, qui demeure toutefois un fléau dans beaucoup de pays d'Afrique. Plus de 10% des médicaments circulant sont falsifiés. Ce pourcentage est plus sévère dans la plupart des pays d'Afrique lié notamment à la faiblesse ou immaturité des systèmes de réglementation. Les produits contraceptifs et les formulations pédiatriques d'antibiotiques sont parmi les catégories les plus falsifiées.

L'amélioration des systèmes de réglementation pharmaceutique, incluant la mise en œuvre de mécanisme d'assurance et de contrôle de qualité nécessite une synergie d'action et un processus d'harmonisation des procédures réglementaires. A ce titre l'implication des Communautés Régionales Economiques, notamment de la CEDEAO est une étape importante.

Le dispositif du FFM au travers de ses objectifs a eu un effet de levier sur le programme de préqualification de médicaments pédiatriques par l'OMS au cours des dernières années mais aussi pour les médicaments de la santé de la reproduction<sup>5</sup>, incluant notamment les contraceptifs, l'ocytocine, le sulfate de Magnesium, le Misoprostol ou encore le Mifepristone.

Une évaluation de la qualité de certains médicaments pour les mères et les enfants réalisée par le programme de préqualification de l'OMS à la demande de la Commission des Nations Unies pour les produits d'importance vitale pour la santé de la mère et de l'enfant a montré un taux de non-conformité de 23% sur la base des spécifications définies pour cette étude. On peut noter une non-conformité importante dans cette étude pour l'ocytocine, la gentamycine et l'ampicilline.

Une autre contribution importante du FFM est la préparation à la préqualification OMS de Laboratoires nationaux de contrôles de qualité notamment en Côte d'Ivoire et Sénégal qui permettra à ces structures nationales d'avoir un meilleur contrôle sur la qualité des médicaments circulant dans le pays.

#### **4 - Contrôle des prix du médicament :**

Un meilleur contrôle du prix des médicaments est important pour les mères qui doivent payer de leur poche leur traitement ou celui de leur enfant mais également lorsque les gouvernements décident de mettre en place des stratégies pour prendre en charge les soins pour les enfants de moins de 5 ans ou si ceux-ci sont pris en charge par un système de remboursement.

Le Bénin, le Burkina-Faso, la Guinée et le Sénégal ont ainsi revu la réglementation en vigueur pour fixer les prix des médicaments dans le secteur public. L'effet attendu est une amélioration de l'accessibilité financière des traitements.

#### **5 - L'utilisation rationnelle des médicaments :**

Pour garantir la qualité de l'offre de services aux mères et aux enfants, il est essentiel qu'une fois les produits rendus disponibles dans les structures de santé ceux-ci soient prescrits correctement selon les indications retenus dans les protocoles thérapeutiques nationaux. Ceci peut être évalué à travers des enquêtes servant de base à la révision des outils de formation du personnel.

5. <https://extranet.who.int/prequal/content/prequalified-lists/medicines>

Au cours du projet Muskoka, la Côte d'Ivoire, la Guinée, le Niger et le Togo ont revu les protocoles thérapeutiques pour améliorer la qualité de la prise en charge des mères et des enfants.

Le soutien du FFM à la Communauté de Pratique Médicaments Essentiels et Politiques Pharmaceutiques e-med a aussi été un élément important contribuant à la sensibilisation de la communauté du Médicament aux problèmes liés à la mise en œuvre des politiques pharmaceutiques.

## CONCLUSION

Si le FFM à travers sa composante médicaments, a pu contribuer à l'amélioration de la disponibilité de produits abordables de qualité dans les structures de santé des pays d'Afrique francophone et à leur meilleure utilisation, en complément des autres initiatives, il reste encore beaucoup à faire à l'heure où les pays entrent dans l'agenda des Objectifs de Développement Durable qui requiert à travers son objectif 3.8 la mise en place de la Couverture Sanitaire Universelle avec un accès aux médicaments essentiels et aux vaccins d'ici 2030 incluant bien sûr ceux pour la mère et l'enfant..

Cela nécessite la poursuite du renforcement des systèmes de réglementation et d'approvisionnement, l'amélioration du budget de l'état pour l'achat des produits, de s'assurer que les achats sont maîtrisés et que les interventions des partenaires contribuent au renforcement des systèmes en place.

## IV NUTRITION

Dans le contexte de la région Afrique de l'Ouest et du Centre, où plus de 33% des enfants de moins de cinq ans souffrent de retard de croissance, **l'allaitement maternel exclusif et la diversité alimentaire minimale chez les enfants de 6 à 23 mois ne sont respectivement que de 29% et 18%**, il est apparu progressivement nécessaire, à partir de 2016, de renforcer le volet nutrition. En effet, **la malnutrition est associée à près de la moitié des décès des enfants de moins de cinq ans, soit près de 400 000 décès par an pour les pays Muskoka** et il est donc capital d'assurer le passage à l'échelle des interventions nutritionnelles pour optimiser l'impact des interventions de sante maternelle, néonatale et infantile, et assurer une croissance et un développement optimal des enfants.

Reconnaissant l'importance croissante du volet nutrition pour optimiser les investissements dans le cadre du projet Muskoka, les pays ont renforcé progressivement les liens entre les interventions de SMNI et nutrition à partir de 2016 pour assurer des synergies dans l'action. De même, il est estimé à posteriori que les allocations pour les interventions nutritionnelles ont progressivement augmenté de 10% en 2015, à 17% en 2016 et 19% en 2017, avec des variations entre les pays<sup>6</sup>.

6. Côte d'Ivoire (10%), Togo (21%), Tchad (13%), Sénégal (17%), Niger (18%), Guinée (22%), Benin (16%), Mali (38%)

Bien que l'investissement en faveur de la nutrition soit resté limité au regard des cadres initiaux de planification pour le projet, un des résultats majeur est que le financement Muskoka a progressivement contribué à favoriser des synergies entre les interventions de SMNI et nutrition dans les pays cibles. Par exemple, dans un contexte où plus de 50% des femmes accouchent dans des formations sanitaires, le centrage des interventions SMNI-PF-RH-Nutrition financées par les FSP Muskoka sur les maternités en faveur d'une promotion de pratiques optimales d'allaitement maternel a été recommandé. De même au niveau communautaire, la mise en œuvre d'un paquet complet de prise en charge des maladies du jeune enfant y compris le dépistage de la malnutrition et la promotion des pratiques optimales d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant a été favorisée.

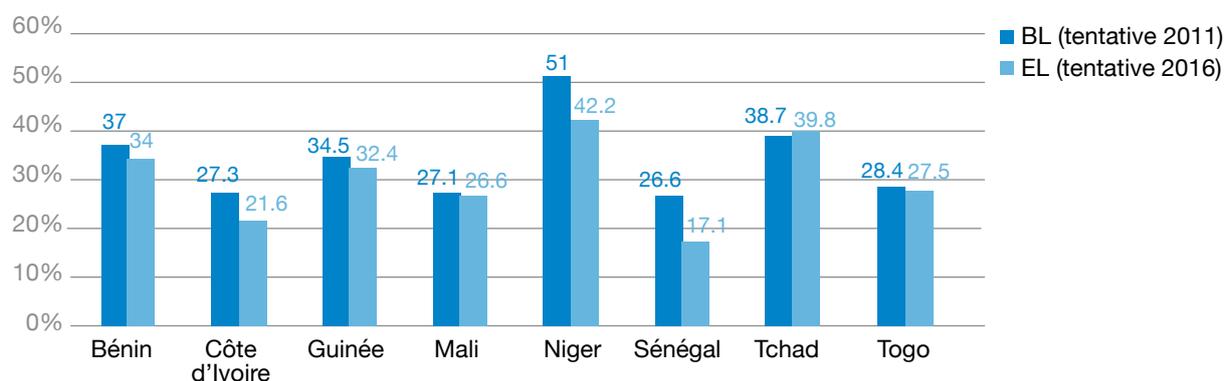
Ainsi, le financement Muskoka a contribué à la mise en œuvre d'un paquet minimum d'interventions spécifiques à la nutrition en suivant l'approche du cycle de vie au niveau des formations sanitaires et communautaires. Les interventions de nutrition essentielles suivantes ont été mises en œuvre avec une intensité variable entre les pays, en fonction de la planification, des besoins et des priorités nationales:

- **Nutrition maternelle optimale pendant la grossesse :**
  - o Prévention de l'anémie chez les femmes enceintes
- **Alimentation du nourrisson et du jeune enfant (ANJE)**
  - o Protection, promotion et soutien de pratiques optimales d'allaitement maternel, y compris mise au sein précoce et allaitement exclusif jusqu'à 6 mois
  - o Amélioration des pratiques d'alimentation de complément chez les enfants de 6 à 23 mois, en particulier la diversification alimentaire
- **Supplémentation en vitamines et minéraux chez les enfants à risque :**
  - o Supplémentation en vitamine A chez les enfants de 6 à 59 mois
  - o Supplémentation en zinc préventive chez les enfants de 12 à 59 mois
- **Prise en charge de la malnutrition aigüe sévère**

Des résultats encourageants ont été atteints, avec par exemple une contribution importante du financement Muskoka pour la prise en charge de la malnutrition aigüe sévère au Togo et en Guinée ou encore une contribution aux campagnes de supplémentation en vitamine A des enfants de moins de cinq ans dans certains pays.

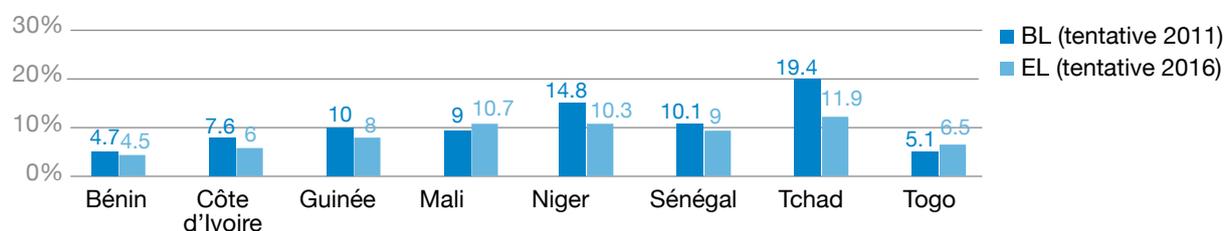
Les tendances des indicateurs clés de nutrition dans les pays Muskoka sur la période 2011-2017 sont présentées ci-dessous :

### Évolution de la prévalence du retard de croissance chez les enfants de moins de 5 ans



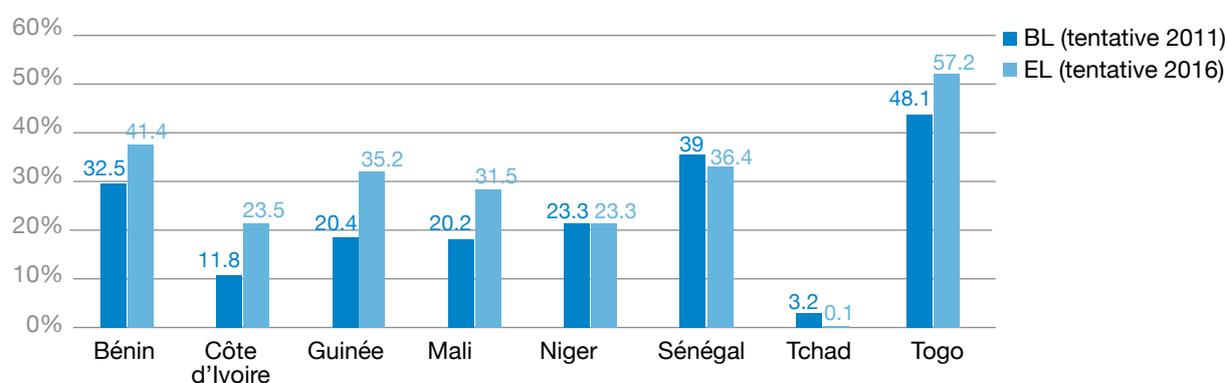
Sources : SMART/NNS; MICS; DHS; AGVSAM

### Évolution de la prévalence de la malnutrition aigue chez les enfants de moins de 5 ans



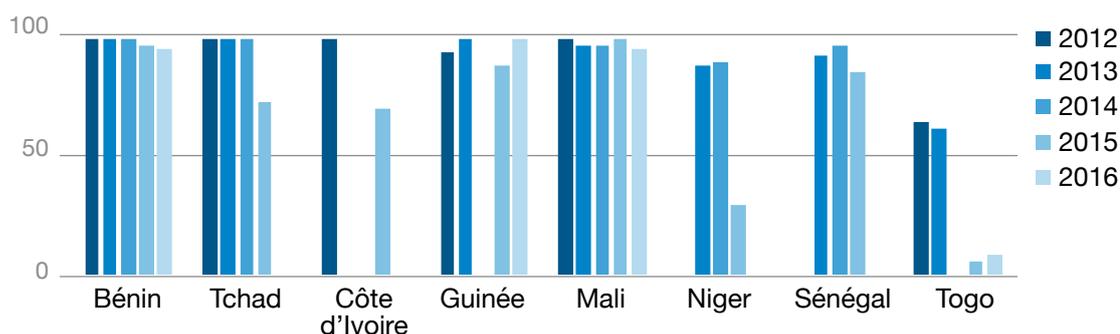
Sources : SMART/NNS; MICS; DHS; AGVSAM

### Taux d'allaitement maternel exclusif chez les enfants de moins de 6 mois



Sources : MICS; DHS

### Couverture Effective de Supplementation en Vitamine A chez les enfants de 6 a 59 mois



Sources : MICS; DHS

## V. LE FONDS FRANÇAIS MUSKOKA EN RÉPONSE AUX SITUATIONS DE CRISE

### Tchad

La région du lac Tchad, en situation de crise humanitaire, a vu ses indicateurs de santé maternelle déjà préoccupants se dégrader rapidement. A travers la campagne dénommée « All4Lakechad » pour laquelle le Fonds Français Muskoka a contribué en complémentarité avec d'autres, des interventions ont été menées afin de prendre en charge des réfugiés et des personnes déplacées internes et retournées au niveau des districts sanitaires de Bol, Baga-sola et Liwa, de mai à juillet 2016.

Les stratégies mises en œuvre étaient les suivantes:

- Déploiement de 160 sages-femmes et de trois gynécologues dans les centres de santé et les hôpitaux.
- Fourniture d'équipements, de produits SR, y compris des contraceptifs, des consommables et des outils de gestion aux établissements sanitaires.
- Implication des leaders traditionnels et religieux pour encourager la demande à base communautaire.
- Offre de prestations en stratégie fixe et mobile pour atteindre les populations dans les zones difficiles d'accès.
- Facilitation de la surveillance et de la collecte active de données sur une base mensuelle.

Durant la campagne, la fréquentation a augmenté de 69 pour cent et 6 078 femmes enceintes ont reçu des consultations prénatales.

Mois de juin-juillet-août	2016	2015	Observations
Nombre d'accouchements assistés	940	591	Augmentation de 59%
Nombre de première consultation prénatale (CPN1)	3848	2020	Augmentation de 90%
Nombre de complications reçues et prises en charge	74	33	Augmentation de 124%
Nombre de césariennes	31	11	Augmentation de 182%

## Mali

Le nord du Mali a connu un déplacement massif de population et souffre d'un accès très limité aux soins de santé en raison de la destruction et/ou du pillage des infrastructures et de l'arrêt des services de santé. Les agences, dans le cadre de Muskoka, ont été mobilisées pour assurer la continuité des soins de santé dans les districts sanitaires et les hôpitaux des régions de Gao, Tombouctou, Kidal, Mopti et Ségou.

Entre 2012 et 2013, des équipes multidisciplinaires chargées de la santé reproductive, maternelle, néonatale et infantile (SRMNI) ont été déployées dans les zones de conflit. Au total, 217 spécialistes ont été envoyés sur le terrain, dont 30 sages-femmes et infirmières obstétriciennes, 8 gynécologues obstétriciens et 26 agents du Programme élargi de vaccination (PEV).

Au total huit missions ont été réalisées. Ces interventions ont permis la réouverture de certains centres de santé pillés pendant l'occupation du Nord et d'assurer la continuité des services. Des médicaments d'urgence (kits) et d'autres produits médicaux et à usage non médical ont également été fournis.

### Activités réalisées:

- 956 interventions chirurgicales, dont 314 césariennes.
- 2 732 consultations prénatales et 878 accouchements assistés.
- 58 196 enfants de 0 à 11 mois vaccinés contre des maladies prioritaires du PEV.

## Guinée

En Guinée, le Fonds Français Muskoka a contribué en appui à d'autres fonds à lutter contre l'épidémie d'Ebola et à la prévention et le contrôle de l'infection dans les services de maternités au profit de six pays de l'Afrique francophone :

- Ce fonds a financé des produits et des intrants pour permettre à 68 sages-femmes de participer à l'Initiative de l'Union du fleuve Mano. Les interventions se sont concentrées dans les préfectures frontalières les plus touchées par Ebola, augmentant ainsi le nombre de femmes ayant recours aux services (comme le montrent les graphiques ci-dessous.)

La présence de sages-femmes dans les centres de santé a permis de restaurer la confiance publique chez les femmes enceintes ayant recours aux services.

- Des fonds additionnels (100.000 Euros via l’OMS) ont été alloués à la Guinée pour la prise en charge des enfants au niveau communautaire. Avec ces fonds le FFM a contribué à maintenir la continuité des services au niveau communautaire :
  - en assurant la sécurité des communautés et des ASC, par la diffusion des directives de bonnes pratiques au niveau des foyers, des familles, des structures de santé communautaires et des ASC,
  - avec la formation ou la remise à niveau des ASC sur l’approche de PCIME-C «sans contact», y compris en délivrant des messages clés sur le virus Ebola pour la mobilisation et la sensibilisation,
  - en participant à la fourniture des médicaments essentiels, antibiotiques, sels de réhydratation orale, zinc et antipaludiques complémentaires en raison du traitement présomptif, et le matériel nécessaires pour l’offre de services par les ASC.
- Le FFM a également soutenu l’organisation à Lomé d’un atelier de formation pour la prévention et le contrôle de l’infection dans les services de maternités au profit de six pays de l’Afrique francophone, dont deux pays Muskoka : République Démocratique du Congo et Togo. La formation aura permis à la Région de disposer d’une masse critique de personnels compétents et prêts à être utilisés pour renforcer la prévention et le contrôle de l’épidémie dans les pays.

## VI. COMMUNICATION - VISIBILITE

L’importance de rendre visibles l’engagement de la France et les réalisations du Fonds Français Muskoka (FFM), et porter un plaidoyer en faveur de la santé maternelle, néonatale, infantile et des adolescents en Afrique de l’Ouest et du Centre est un des axes stratégiques prioritaires pour le Ministère de l’Europe et des Affaires Etrangères (MEAE), depuis la mise en œuvre effective des activités relatives au Fonds Français Muskoka avec obtention de résultats concrets. Une importance soulignée à chacun des Comités techniques et Comités de Pilotage et lors de chacune des missions de suivi avec les pays depuis 2013.

**C’est dans ce contexte que les quatre agences onusiennes (OMS, ONUFEMMES, UNFPA et UNICEF) se sont coordonnées pour établir et mettre en œuvre une stratégie de communication intégrée et harmonisée, actualisée chaque année, avec le développement d’un plan de communication intégrant un ensemble d’outils de communication pour atteindre les objectifs et les cibles définis.**

## RESULTATS MAJEURS SUR LA PERIODE 2014-2018

### 1. Positionner le Fonds Français Muskoka comme une contribution majeure de la France en faveur de la santé de la reproduction maternelle, néonatale, infantile et des adolescents (SRMNIA)

Cet objectif vise, d'une part, à renforcer et assurer davantage la visibilité des financements de la France et des activités réalisées par les 4 agences soutenues par le FFM, en France, dans les 8 pays Muskoka et au sein de la communauté internationale. Et d'autre part, à faire émerger la thématique de la santé maternelle, néonatale, infantile et des adolescents, dans un contexte submergé par une actualité très forte.

#### **Identité visuelle du Fonds Français Muskoka**

La création d'une charte graphique composée d'un logo, d'un slogan, de divers templates a permis de donner une identité visuelle au FFM et le rendre visible sur tous les supports de communication produits et toutes les activités de visibilité réalisées.

#### **Présence dans les médias**

Informers, sensibiliser, intéresser, convaincre les décideurs politiques de la nécessité d'investir dans le domaine de la santé maternelle et infantile, et de la pertinence de l'initiative Muskoka à travers une couverture régulière, sérieuse et qualitative avec des articles de fond.

En plus de voyages de presse organisés chaque année, des collaborations sur la durée ont été mises en place depuis 2015 avec de grands médias français et internationaux, démontrant un intérêt particulier pour le continent africain et les questions de développement, avec une forte audience à la fois dans les pays africains et en France. Travailler sur la durée avec les médias permet de donner un écho plus régulier et plus large aux problématiques mais aussi aux solutions et résultats liés à nos thématiques.

A ce jour, le Fonds Français Muskoka, à travers les agences, a un accord de collaboration sur l'année avec Le Monde Afrique (5 millions de visiteurs et 10 millions de pages vues par mois), RFI/Priorité Santé (3 millions d'auditeurs/émission), France24 (Emissions ActuElles et le Journal de l'Afrique), TV5Monde Afrique (soutien à 2 émissions santé « Bonne santé » et « Les Maternelles »).

#### **Présence dans les conférences internationales**

Faire de la visibilité et du plaidoyer, présenter le Fonds Français Muskoka auprès de partenaires et d'experts, faire du partage d'expérience, organiser des side events, afin d'assurer une représentation visible et crédible du FFM sur la scène internationale de la SRMNIA.

Le FFM a évolué vers une participation plus importante aux rencontres internationales et événements de haut niveau (Forum des bonnes pratiques, ICASA, Dublin, Evènement en marge du Sommet UA-UE...).

Chaque année, le COTECH planifie 4 à 5 grandes conférences « incontournables » en matière de SRMNIA auxquelles le FFM participe en associant les 3 aspects programmatique, visibilité et plaidoyer.

## **2. Encourager l'action des décideurs politiques et des responsables de la santé en France et dans les 8 pays Muskoka**

Cet objectif vise à porter un plaidoyer en faveur de la santé reproductive, maternelle, néonatale, infantile et des adolescents (SRMNIA) pour l'atteinte des Objectifs du Développement Durable (ODD) en France et dans les pays.

### **Mise en avant des programmes et des résultats atteints, et renforcer la visibilité dans les pays**

Afin de consolider les liens avec les partenaires et les acteurs locaux et internationaux, il est important de montrer la mise en œuvre effective des programmes et les progrès réalisés, être transparent sur l'utilisation des fonds et ainsi gagner la confiance de bailleurs potentiels.

Des visites de terrain officielles avec les ambassades de France ont été organisées dans plusieurs pays (Tchad, Togo, Bénin, Sénégal, Mali)

Chaque année, un rapport est publié et met en lumière les résultats clés atteints.

Un kit d'outils de visibilité, composé de kakémonos, posters, autocollants, a été réalisé afin de permettre d'augmenter la visibilité du FFM dans les pays, à la fois en interne et en externe, via les réseaux sociaux et lors d'organisation d'événements.

## **3. Susciter l'engagement et la mobilisation en faveur de la santé maternelle, néonatale, infantile et des adolescents**

Cet objectif vise à donner un visage humain et à mettre au cœur de la communication la mère, le nouveau-né, l'enfant, l'adolescent mais aussi le père et la famille, afin que le FFM soit incarné et vivant.

Etre présent et actif sur la toile et les réseaux sociaux dans un contexte où nos pays comptent une grande majorité de population jeune.

### **Donner la parole et témoigner**

Des capsules vidéos ont été réalisées dans plusieurs des pays soutenus par le FFM. Des reportages photos sont actuellement en cours dans les 8 pays Muskoka, afin d'alimenter la banque d'images, des histoires de vie sont recueillies régulièrement, tout ce matériel permettant de nourrir toute activité de communication par des témoignages et de donner la parole aux personnes concernées par nos programmes et nos thématiques, que ce soit les bénéficiaires dans les pays, les acteurs de santé, les partenaires ou les autorités politiques.

### **Etre présent et actif sur la toile et les réseaux sociaux**

Depuis 2015 une page web <http://ffmuskoka.org/> et un compte Twitter @ffmuskoka ont été créés afin que les 4 agences onusiennes communiquent et témoignent d'une seule voix et à travers une même voie et envers un public plus jeune. Le choix s'est porté prioritairement sur Twitter afin de s'adresser plus directement aux médias, politiques et tout acteur intéressé par le continent africain et les questions de développement. Notre compte a aujourd'hui plus de 5000 followers.

## **VI. C'EST LA VIE !**

Dispositif unique en inter-agences, la série TV C'est la Vie ! existe grâce au Fonds Français Muskoka, qui a permis la mutualisation des ressources techniques, financières et humaines de l'OMS, l'UNICEF, l'UNFPA et ONUFEMMES

En plus d'être un outil avant tout programmatique visant le changement de comportement et l'adoption de bonnes pratiques de vie, C'est la Vie ! s'avère être un formidable outil de communication de par sa qualité et son côté innovant. Les médias s'y intéressent. Les organisateurs des conférences internationales sont séduits et un certain nombre de side events a pu être organisés autour de C'est la Vie ! Les agences continueront de présenter C'est la Vie ! lors de conférences et d'organiser des side events pour en faire de la promotion et de la sensibilisation.

Les pays s'approprient petit à petit l'outil depuis 2 ans et ont organisé divers événements tels des cérémonies de lancement de la série et conférences de presse dans les pays, en présence des ambassades de France et des partenaires, des tournées de ciné mobiles, des campagnes de sensibilisation sur les réseaux sociaux et les radios. En 2018, tous les pays ont inscrit des activités de communication et visibilité autour de C'est la Vie !

La diffusion sur les chaînes nationales et les adaptations radiophoniques restent une priorité pour 2018 afin d'aller toucher les populations cibles. Parmi les pays Muskoka, C'est la Vie ! est aujourd'hui diffusé au Bénin, en Côte d'Ivoire, au Mali, au Niger, au Sénégal et au Tchad.

L'outil « C'est la vie » poursuit son ancrage au sein du mécanisme Muskoka, au niveau des pays et à l'échelle de la région. Toute occasion est saisie pour promouvoir cet outil programmatique permettant de sensibiliser et de travailler sur les changements de comportement de manière innovante et divertissante.

### **Promotion de l'outil et de la saison 1**

Après un grand travail commun sur le développement et la production de la saison 1, tous les pays ont reçu des instructions du COTECH visant à inscrire des activités de promotion de « C'est la Vie ! » dans les plans d'activités des pays, et ont été accompagnés par les agences à cet effet.

Concernant les guides communautaires, un gros travail d'orientation, de définition des messages clés et de relecture, a été fourni pour la conception de ces derniers, accompagnant chacun des 26 épisodes, et mettant l'accent sur une thématique en particulier par guide. Une diversité des thématiques liées à la SRMNIA a été abordée, telles que les questions de SSRAJ, l'allaitement maternel etc.

### **Promotion de l'outil et de la saison 1 lors de grandes rencontres régionales et globales**

A titre d'exemple, « C'est la Vie ! » comme outil innovant pour traiter des questions SRMNIA aura été présenté lors de grandes rencontres telles que la Conférence du Monde Afrique à Paris en février 2016, la conférence internationale en planification familiale en janvier 2016 à Bali, lors de la 7e Conférence africaine sur la santé et les droits sexuels à Accra en février ; lors de la Commémoration de Banjul +10 ans de la Charte Africaine de la Jeunesse en Gambie; lors du 2e forum de la CEDEAO des bonnes pratiques en santé lors de la Conférence Régionale des Réseaux des Femmes Africaines Ministres et Parlementaires (REFAMP) des Etats francophones de l'Afrique de l'Ouest, lors du Forum sur les nouveau-nés, à ICASA à Abidjan en décembre 2017, etc.

### **Appui technique, programmatique et financier à la production de la saison 2**

En matière technique et programmatique, chacune des agences a grandement contribué : (i) à la définition des axes thématiques de la 2e saison en matière de SRMNIA ; (ii) à la relecture programmatique des scénarii pour s'assurer de la véracité des messages, les préciser ou les rectifier au besoin ; (iii) à visionner l'ensemble des 18 premiers épisodes de la saison 2 afin de s'assurer que des messages non conformes ne se soient pas glissés au moment du tournage.

Au sein du COTECH les agences se sont également engagées à mobiliser des fonds additionnels en leur sein mêmes et auprès d'autres partenaires afin d'appuyer « C'est la Vie ! ».

Les agences continueront aussi leur engagement à assurer l'alignement des messages avec les priorités identifiées de manière consensuelle, leur qualité et leur pertinence, y compris selon les contextes pays, dans le cadre d'un partenariat avec l'AGD et la Fondation Gates.

3



ANALYSE CRITIQUE

## ■ ANALYSE CRITIQUE

### 3.1 VALEURS AJOUTÉES

En matière de méthodologie : ce mécanisme innovant et unique dans la région est devenu au fil des années une référence et un bon exemple de l'opérationnalisation de la vision ONE UN telle que prévue dans la réforme de l'ONU. Inspiré du modèle H6, le Fonds Français Muskoka, mécanisme imaginé par la France, a permis au cours des 6 années de mise en œuvre de démontrer sa valeur ajoutée à travers:

- o Une programmation conjointe au niveau pays et régional basée sur la complémentarité des expertises techniques des 4 agences ;
- o Une assistance technique conjointe et harmonisée aux pays ;
- o Un suivi et un rapportage annuel conjoint des résultats, activités et de l'exécution financière;
- o Une redevabilité et traçabilité du financement à tous les niveaux (régional et national) ;
- o La documentation des pratiques intéressantes, la facilitation de la collaboration Sud-Sud et l'apprentissage par les pairs ;
- o L'amélioration de la visibilité de la SRMNIA dans la région, du dispositif et de l'investissement de la France dans ce domaine ;
- o L'élaboration conjointe des stratégies régionales et nationales alignées sur les directives mondiales et l'état des connaissances ;
- o La mobilisation des autres partenaires et de ressources.
- o La réalisation de certains projets ambitieux en terme programmatique ou financier qui n'aurait pas été possible ni par une agence seule, ni par un pays ou un bureau régional seul (C'est la vie !)

En matière programmatique : la concentration des interventions dans le domaine de la SRMNIA est un choix judicieux et pertinent dans cette région du monde qui enregistre les indicateurs socio-sanitaires les plus préoccupants ;

Le travail en synergie des quatre agences des Nations Unies permet de développer des interventions à haut impact, à différents niveaux pour un impact optimum sur la SRMNIA, en agissant de manière coordonnée et holistique sur le renforcement du système de santé tout en prenant en compte les principaux déterminants socio-culturels affectant la mortalité maternelle, néonatale, infantile et des adolescents.

En matière de stratégies de mises en œuvre : les domaines d'intervention ainsi le modus operandi du mécanisme Muskoka sont alignés avec les documents de stratégie sectorielle de la France notamment :

- o la Stratégie de la France en santé mondiale (2017-2021),
- o l'action extérieure de la France sur les enjeux de population, de droits et santé sexuels et reproductifs (2016-2020),
- o la Feuille de route pour l'action de la France à l'international en matière d'amélioration de la nutrition des populations vulnérables (2016-2020);
- o la Stratégie internationale de la France pour l'égalité entre les femmes et les hommes (2018-2022)
- o De plus, l'initiative Muskoka s'inscrit pleinement dans la nouvelle Stratégie mondiale pour la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent (2016-2030) adoptée par le Secrétaire général des Nations Unies en 2015 afin d'appuyer la mise en œuvre des Objectifs de Développement Durable (ODD),

En matière administrative et financière : La mise en place et le fonctionnement depuis 6 ans d'une équipe Muskoka stable et forte d'une cinquantaine d'experts à l'échelle pays et régional se connaissant, dialoguant et partageant des outils méthodologiques est une vraie valeur ajoutée du mécanisme. Cette stabilité a permis de construire le programme dans la durée et de faire face à la grande instabilité institutionnelle et politique, illustrée notamment par la fréquence des changements ou des renouvellements des autorités sanitaires dans les pays concernés. A titre d'exemple, 4 ministres de la santé se sont succédé au Niger au cours de la période.

- o L'allocation budgétaire pluriannuelle et sécurisée au cours des 5 premières années du dispositif a permis d'engager les pays dans la mise en place d'interventions ambitieuses menées sur plusieurs années dans le domaine de la SRMNIA . Pour certains pays comme le Togo, cette enveloppe pluriannuelle et sécurisée a été cruciale car il s'agissait de l'unique contribution de PTF dévolue à la SRMNIA.

### 3.2 EFFETS DE LEVIER

Le dispositif Muskoka a permis des effets levier à plusieurs niveaux. D'abord, en concentrant les efforts des agences en matière de SRMNIA au sein d'un même mécanisme créant des effets de synergies et de complémentarité indispensables pour atteindre des objectifs ambitieux. Ensuite, en permettant un plaidoyer afin de positionner la SRMNIA comme un domaine d'intervention prioritaire dans la région au regard des indicateurs et en alignement avec la nouvelle stratégie du Secrétaire général des Nations Unies. In fine, grâce à ces différents effets levier intermédiaires, le FFM a contribué à l'augmentation sensible des ressources mises à disposition des pays afin d'améliorer les indicateurs en matière de SRMNIA et a également permis une plus grande optimisation et complémentarité fonds avec les autres partenaires techniques et financiers impliqués, comme le montre l'exemple du Bénin.

### Domaines d'intervention des différents contributeurs en SMNI au Bénin

		1. IHI en santé maternelle	2. IHI en planification familiale	3. IHI en santé sexuelle et de la reproduction des jeunes et adolescents	4. IHI en santé néonatale et infantile
Contrepartie nationale		x	x	x	x
Agences des Nations Unies	UNFPA	x	x	x	
	UNICEF				x
	OMS	x	x	x	x
Partenaires techniques et financiers	AFD	x	x	x	x
	USAID	x	x	x	x
	PRPSS	x	x	x	x
Opérateurs	CERRHUD	x	x	x	x
	GRAFED	x	x	x	x
	Plan Int.	x	x	x	x
	CARE	x	x	x	x
	JCI Bénin	x	x	x	x
	CeRADIS	x	x	x	x
	BØRNEfonden	x	x	x	x

Le dispositif Muskoka permet donc de mettre un coup de projecteur sur les interventions à haut impact développées en inter-agences. Cette mise en valeur d'activités à haut impact permet au niveau du pays et à l'échelle régionale de maintenir la SRMNIA comme une thématique clé de santé publique et d'attirer d'autres partenaires techniques et financiers. Ce fut le cas dans plusieurs pays, tels que :

- En Côte d'Ivoire au cours de l'année 3 du programme Muskoka, en matière de formation des ASC pour les Soins Essentiels aux nouveau-nés et de prise en charge intégrée des enfants de moins de 5 ans dans les structures de santé, les fonds suédois H4+ sont intervenus en complémentarité. En année 4, dans le cadre de l'initiative « Scaling Up Nutrition » (SUN), le FFM a contribué à la mise en place d'un conseil national de nutrition et à l'élaboration de la stratégie nationale multisectorielle de nutrition 2016 – 2020 avec la formation de prestataires sur le terrain. Ces activités ont été réalisées en synergie et avec l'appui des fonds Bill & Melinda Gates.

- Au Sénégal, en année 3 du programme, avec l'USAID/Intrahealth, l'appui technique et financier des agences a permis de renforcer les capacités de 359 prestataires au niveau de 37 districts sanitaires pour la PCIME. En ce qui concerne l'accès aux médicaments et aux produits de santé maternelle, néonatale et infantile, l'ensemble des interventions réalisées par le FFM sont venues en complément des interventions appuyées par le RMNCH Trust Fund, et ce partenariat a été planifié pour le Bénin, le Burkina-Faso et le Mali.
- Au Bénin : Au niveau national, la synergie d'action entre les partenaires H4+ grâce aux fonds RMNCH a été une excellente opportunité pour fédérer les ressources en faveur de la santé de la mère, du nouveau-né, des enfants et des adolescents.
- En Guinée, la complémentarité des fonds FFM et Mano River a eu des effets de levier réels dans le post-Ebola. Le développement de kits de protection pour le personnel (PPE) de santé et d'une liste de dispositifs médicaux et équipements indispensables pour la prise en charge des malades victimes de l'épidémie Ebola en 2015 ont contribué au renforcement de la résilience du système de santé. Egalement au cours de la période de l'épidémie à virus Ebola, les activités de renforcement de la qualité des soins sages-femmes financées par le FFM ont été complémentaires à celles menées par les fonds japonais qui ont, quant à eux permis, le financement des certaines sages-femmes acceptant de réintégrer les structures de santé malgré les risques engendrés.

En 2016, le ministère de la Santé a adopté une politique de santé communautaire qui a intégré l'approche du pipeline rural pour fidéliser les prestataires de santé de base dans les zones éloignées. En conséquence, les agences des Nations Unis se sont engagées à accompagner techniquement et financièrement la mise en œuvre de cette approche, en s'engageant à hauteur de 25 M USD dans le plan d'action de l'UNDAF 2017 – 2022. Ce résultat est aussi une illustration du puissant effet de levier du FFM, puisque dans le cas de la Guinée, « l'investissement Muskoka » s'élève à moins de 300 000 Euros.

- Au Togo, les actions appuyées par le FFM sont renforcées par des interventions soutenues par d'autres partenaires, notamment : l'Agence Française de Développement (AFD) qui est impliquée dans le processus de renforcement des SONU, Plan Togo qui est engagé dans la lutte contre les grossesses et mariages des adolescentes, North Star Alliance et la BOAD qui soutiennent la mise en place des infirmeries scolaires, et EngenderHealth et JHPIEGO qui appuient le développement de la PF. Il faut souligner également le soutien du Fonds Mondial à la lutte contre le SIDA, le paludisme et la tuberculose et l'appui de GAVI Alliance.
- Au Niger, l'appui du FFM à l'analyse de goulots d'étranglement et des progrès réalisés dans le domaine de la mortalité maternelle, infantile et néonatale, a permis aux agences Muskoka (UNFPA, OMS, UNICEF), ensemble avec la Banque Mondiale, de soumettre une note conceptuelle sur la santé reproductive, maternelle, néonatale et infantile auprès du RMNCH Trustfund. Ceci a permis de mobiliser 51 millions USD sur 5 ans. Ce financement est actuellement utilisé pour mettre en œuvre et étendre à davantage de districts les mêmes interventions à haut impact appuyées par le FFM. A titre d'exemple, le suivi du nouveau-né au niveau communautaire a pu être étendu de 6 à 18 districts sanitaires.

Au niveau régional, l'engagement du gouvernement français a suscité l'intérêt du Comité français pour l'UNICEF qui contribue annuellement à hauteur de 1,2 million d'euros au FFM pour renforcer le volet communautaire de l'initiative. 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 programme « C'est la Vie », pilote et unique en son genre dans la région, a pu voir le jour grâce aux FFM et à la mutualisation des ressources techniques, financières et humaines de l'OMS, l'UNICEF, l'UNFPA et ONUFEMMES. Fort des succès actuels et attendus de ce programme, l'AFD et la Fondation Bill et Melinda Gates ont décidé de s'associer et deviennent partenaires financiers du programme à partir de 2018.

Suite à ces effets leviers bien réels et à l'habitude du travail conjoint créée, des changements ont également été notés en ce qui concerne le travail quotidien des agences et des membres du dispositif qui sont désormais beaucoup enclins en synergie avec d'autres programmes tels : les programmes conjoints UNFPA-UNICEF de lutte contre les MGF et les mariages d'enfants, le projet SWEDD, MHTF, Supplies... SWEDD...). Ceci est un atout supplémentaire dans les perspectives de collaboration avec d'autres partenaires (FM, ONUSIDA, etc.).

### 3.3 BONNES PRATIQUES

La première phase du FFM a été marquée par des avancées notables en matière de résultats pour les mères et les enfants et de fonctionnement du dispositif de coordination. Plusieurs facteurs ayant un impact positif sur ces avancées peuvent être identifiés :

#### **BONNES PRATIQUES PROGRAMMATIQUES AU NIVEAU DES PAYS**

- Afin d'appuyer la coordination inter-agences et avec la partie nationale, un coordinateur Muskoka a été recruté au Mali pour appuyer l'agence coordinatrice. Ceci a permis, ensemble avec un suivi plus intensif par le COTECH, de redynamiser le dispositif Muskoka.
- Une implication forte des représentants des agences renforce le portage stratégique et la visibilité de Muskoka dans les pays. Plusieurs pays, dont le Mali et la Guinée, ont régulièrement organisé des séances de présentation des résultats Muskoka auprès des autres chefs d'agence lors des réunions UNCT
- La tenue des réunions de coordination et de suivi régulières, avec l'implication des conseillers régionaux et envoi de CR au COTECH, a beaucoup amélioré le fonctionnement du dispositif, sa visibilité et la fluidité des échanges (Mali, Niger, Guinée, CI)

**Au Mali**, une amélioration notable dans le fonctionnement et la performance du dispositif Muskoka, grâce aux efforts concertés de l'équipe nationale et du COTECH

- Une meilleure circulation et transmission des informations et actualités concernant les décisions prises lors des COTECH ;
- Renforcement des capacités de l'équipe pays à travers un appui à la coordination inter-agences ;
- Un suivi stratégique, programmatique et technique rapproché par le COTECH de la programmation, mise en œuvre et rapportage des interventions ;
- 3 missions de suivi en inter-agences par une équipe restreinte
- Implication forte des responsables de la communication et de plaidoyer des bureaux pays et de la chargée de communication du FFM ;
- Engagement actif du conseiller régional du MEAE au Mali
- Engagement renouvelé des chefs d'agences Muskoka au Mali

### **BONNES PRATIQUES PROGRAMMATIQUES AU NIVEAU RÉGIONAL**

- La tenue de 2 réunions physiques par an et des téléconférences de suivi mensuels par le COTECH a permis au COTECH d'assurer sa tâche de suivi et d'assurance qualité des interventions Muskoka à tous les niveaux ;
- La circulation et la transmission des informations et actualités concernant les décisions prises lors des COTECH et de manière générale sur les FFM se sont fluidifiées au fil des années, ce qui a grandement amélioré la compréhension des FFM et ainsi sa performance ;
- Un suivi rapproché des pays par le COTECH permet d'identifier « en temps réel » les obstacles au bon fonctionnement du dispositif et de la mise en œuvre des interventions et de s'organiser en conséquence pour un appui technique adéquat. Ce travail a été fait en fonction des besoins des pays et de leur place stratégique dans le FFM. Priorité a été donnée aux 3 pays du Sahel (Niger, Tchad, Mali) et à la Guinée. Le Mali et le Tchad, les deux pays avec le plus de défis en termes de performances ont ainsi réalisé des progrès notables ;
- La demande du COTECH que les activités de visibilité/communication externes soient intégrées explicitement et budgétisées dans les plans d'activités des pays a permis d'améliorer la visibilité du FFM dans les pays.
- La production d'un rapport technique et financier commun s'est avéré un outil très important en termes de redevabilité, visibilité et plaidoyer.

## **BONNES PRATIQUES TECHNIQUES**

Au cours des 6 années du dispositif, un très grand nombre de connaissances, expériences, évaluations ont été générées. Dans une perspective de gestion et valorisation des connaissances, plusieurs livrables et publications ont vu le jour :

- Les équipes pays aidées par le consortium Muraz-Credes et le secrétariat ont retenu 24 pratiques intéressantes issues de la mise en œuvre de l'initiative Muskoka. A partir de ces pratiques, des thématiques communes à différents pays ont été documenté :
  - Développement des soins obstétricaux et néonataux d'urgence (SONU) ;
  - Accès équitable à la sage-femme en tant que professionnel compétent pendant la grossesse et l'accouchement ; mais aussi pour la Santé de la Reproduction ;
  - Implication des communautés en matière de santé ;
  - Lutte contre les violences faites aux femmes ;
  - Surveillance des décès maternels ;
  - Gamme complète de méthodes contraceptives modernes offertes pour garantir le droit des utilisateurs.

Ce formidable volume de connaissances a été consolidé dans un document qui fera l'objet d'une finalisation et d'un partage sous une forme restant à définir.

- Au cours de ces dernières années, les pratiques et résultats obtenus et documentés dans le cadre de Muskoka ont fait l'objet de présentation lors de différents rencontres internationales sous différentes formes : présentations orales, abstracts, poster... Ainsi de différentes pratiques (intéressantes, prometteuses, innovantes...) dont la mise œuvre a permis d'obtenir des premiers résultats particulièrement significatifs en matière de SRMNIA ont été documentées et valorisées auprès d'un public d'experts, de PTF...
- On peut noter parmi les participations les plus significatives, celles dans le cadre des deux Fora sur les bonnes pratiques en santé tenus organisés par l'OOAS avec le soutien technique des agences en juillet 2015 à Ouagadougou et en octobre 2016 à Abidjan. Les équipes régionales et nationales des FFM ont pris part. Ce travail a été réalisé en lien avec le Groupe Technique Régional de travail (GTRT) mis en place par l'Organisation Ouest Africaine de la Santé (OOAS).
- Parmi les autres grandes rencontres internationales au cours desquelles les résultats Muskoka ont été présentées et valorisées, on peut citer : la conférence sur les Ressources Humaines en Santé (Dublin, 2017), les conférences internationales sur la planification familiale (2016 et 2018), ICASA (2017).

### 3.4 LEÇONS APPRISSES

Le renouvellement de l'engagement de la France pour les cinq prochaines années offre l'opportunité de construire sur les acquis des six premières années de mise en œuvre, en matière de coordination, de partenariat mais aussi de leçons apprises dans les pays et des succès engrangés dans la lutte contre la mortalité maternelle, néonatale, infantile et des adolescents. Même si une analyse plus fine est encore nécessaire le Comité technique a commencé à identifier certaines leçons apprises :

- Une implication des représentants dans le dispositif est indispensable pour le portage stratégique et pour la visibilité du dispositif au niveau des pays. L'ancrage technique inter-agences avec les contreparties nationales a bien fonctionné dans la première phase de Muskoka. Pour la deuxième phase, il serait souhaitable d'investir davantage dans l'ancrage au niveau politique et stratégique notamment avec une plus forte implication des Représentants et Ministres dans les pays afin d'assurer une pleine appropriation à tous les niveaux.
- Au niveau des pays, l'agence coordinatrice joue un rôle crucial pour le bon fonctionnement du dispositif en matière de rôle d'interlocuteur privilégié, de point d'entrée et de sortie pour les communications avec le niveau régional, d'organisateur et animateur des réunions avec les autres agences impliquées. Ce rôle est également crucial dans la planification, le suivi et le rapportage communs ; la consolidation des documents préparés en commun et le partage avec le président et le secrétariat. Ce rôle s'est bien renforcé au fil des années et est assumé avec efficacité dans la plupart des pays. Toutefois, il est à noter que cela implique une charge de travail non négligeable. Afin de mieux répartir ce travail entre les agences, et contribuer à améliorer l'appropriation du mécanisme par l'ensemble des agences, il serait souhaitable de systématiser la rotation des agences à une fréquence à définir mais notamment pour entamer la deuxième phase.
- La production d'un commun rapport annuel technique et financier est un outil très important en termes de redevabilité, visibilité et plaidoyer, mais est également un travail lourd pour les équipes pays/régionales, avec un charge de travail qui n'est pas dans chaque pays en équilibre avec les budgets disponibles. Pour la deuxième phase il faudrait envisager un rapport plus court, plus stratégique et faisant mieux ressortir l'aspect catalytique du FFM.
- Afin d'optimiser les résultats atteints et l'impact des interventions, il est important de développer et maintenir une vision pluriannuelle et d'opérer dans un cadre d'intervention stable contenant des orientations claires issues du COTECH et du COPIL. Les multiples changements survenus dans le cadre de la première phase (changements des priorités, introduction des nouvelles priorités à mi-parcours et adaptation des outils en conséquence) n'ont pas favorisé une approche basée sur les résultats. Pour la deuxième phase il serait souhaitable de définir et stabiliser le cadre d'interventions, les modalités de financement ainsi que les outils à utiliser pour la programmation, le suivi et le rapportage de l'initiative.

- Les missions inter-agences de suivi permettent d'identifier en temps réel les besoins d'appui technique et d'y répondre avec l'aide du COTECH. Ce travail a été fait en fonction des besoins des pays et de leur place stratégique dans le FFM. Priorité a été donnée aux 3 pays du Sahel (Niger, Tchad, Mali) et à la Guinée. Le Mali et le Tchad, les deux pays avec le plus de défis en termes de performances ont réalisé des progrès notables. Malgré leur importance, l'organisation pratique de ces missions n'est pas évidente. Pour la deuxième phase il serait bien d'améliorer la planification de ces missions, ainsi que de standardiser leur préparation, leur déroulement et le partage des résultats avec tout le COTECH.
- L'existence d'une plateforme régionale inter-agences SRMNIA est unique dans notre région. Le comité technique a joué un rôle très important en termes de relais entre les pays, le bailleur et l'extérieur sur la traduction des résultats, le plaidoyer, la production des outils de communication et la représentation lors des conférences internationales. Toutefois, le COTECH n'a pas été suffisamment orienté vers les pays en termes d'accompagnement technique et de communication, des éléments qui seront à renforcer pour la deuxième phase.
- La gestion d'un programme commun de 10 millions d'euros par an, avec 4 partenaires, ciblant huit à neuf pays, a un coût important en termes de ressources humaines, d'accompagnement, de temps, de logistique, de communication et de voyages. Le mécanisme derrière le FFM repose sur une petite équipe de coordination, un secrétariat et une implication des 4 agences. Pour la deuxième phase du FFM il faudra assurer la continuité de l'engagement important que le FFM requière et renforcer la fonctionnalité des différents organes.
- Suite à des recommandations dans ce sens de la part du Comité de Pilotage, les agences ont systématiquement cherché à renforcer la coordination et la collaboration avec l'AFD, récipiendaire important des engagements Muskoka de la France (48 million/an). Malgré des efforts par plusieurs équipes pays pour impliquer l'AFD dans la programmation et le suivi des interventions SRMNIA, la collaboration s'est difficilement opérationnalisé. Le fait que l'AFD n'a pas de représentation au niveau régional ne facilite d'ailleurs pas la collaboration à ce niveau. Pour la deuxième phase une réflexion est nécessaire sur comment cette collaboration pourrait être renforcée, y compris sur le rôle et la responsabilité de chacun des parties impliquées (agences, AFD, MEAE, Conseiller régionaux en santé mondiale).
- L'implication progressive des conseillers régionaux en santé mondiale dans le dispositif Muskoka s'est révélé être une bonne pratique afin de fluidifier la communication entre les équipes pays et les Ambassades, de bénéficier d'un canal de communication additionnel avec les agences et également le MEAE, de réaliser des événements d'envergure dans les pays avec le soutien des Ambassades. Cette implication mériterait d'être poursuivie, formalisée et pleinement intégrée dans le cadre de la redéfinition et clarification des mécanismes, organes de coordination Muskoka et des différents liens fonctionnels

### 3.5 OPPORTUNITÉS

A l'issue de la sixième année, le mécanisme Muskoka a désormais un ancrage stratégique et opérationnel permettant un travail complémentaire et synergique entre les bureaux régionaux et les sièges des agences des NU. Les bureaux régionaux de par leurs positions jouent un grand rôle dans la création d'un environnement favorable pour le développement des activités de santé de la reproduction, maternelle, néonatale, infantile et des adolescents au côté des partenaires régionaux stratégiques.

L'expérience du dispositif inter-agences a démontré sa valeur ajoutée au niveau régional en matière de coordination, d'harmonisation, d'appui technique aux pays et en termes de mobilisation des partenaires.

La décision du COTECH d'établir un dispositif régional et pays inter-agences de coordination de la sante de la reproduction, de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent (SRMNEA), basée sur l'expérience Muskoka, qui peut faire le pont entre les initiatives globales et régionales (telles que H6, IHP+ et HHA...) avec une ouverture potentielle à d'autres partenaires, crée une opportunité forte de valorisation de l'expérience Muskoka inter-agences créée et appuyée par la France et dans l'optique d'avancer l'agenda régional SRMNIA dans le cadre des ODD à l'horizon 2030.

Le momentum global programmatique et financier est à saisir pour positionner et faire connaître ce dispositif régional élargi de coordination en matière de SRMNIA dans la région Afrique de l'Ouest et du Centre (AOC) aussi bien auprès des sièges des agences que des partenaires techniques et financiers (PTF).

De plus, la période de mise en œuvre de la deuxième phase offre l'opportunité d'aligner le cadre d'intervention Muskoka avec l'agenda des ODD. L'année 2018, année charnière du dispositif, offre également une formidable opportunité pour faire le bilan de six premières années et redéfinir les contours techniques, programmatiques, stratégiques et organisationnels du dispositif.

### 3.6 DÉFIS

Réaliser un agenda SRMNIA aussi ambitieux dans une région au contexte politique, économique, social, sécuritaire et climatique instable est un véritable challenge chaque année renouvelé. A ce s'ajoute le poids des déterminants socio-culturels, la forte croissance démographique, le fort taux de dépendance des pays ainsi que les faibles budgets nationaux alloués à la santé.

Aujourd'hui dans la région, plus de 60% de la population a moins de 24 ans et le rythme d'accroissement démographique est estimé à 2.5% soit deux fois plus important que la moyenne mondiale estimée à 1.2%. Cette situation fait de l'Afrique le seul continent n'ayant pas complété sa transition démographique. Les adolescents et jeunes sont et seront donc les principaux utilisateurs des services sociaux et notamment de santé. En bonne santé et bien éduqués, ces

adolescents et jeunes peuvent être les acteurs du développement durable de leur pays et permettre la capture du dividende démographique.

La poursuite des efforts pour améliorer la santé maternelle, néonatale, infantile et des adolescents est en ce sens une nécessité. Des succès certains ont été obtenus depuis l'engagement dans les OMD puis en faveur de la réalisation des ODD mais ils sont encore très insuffisants et très fragiles. L'épidémie à virus Ebola a révélé l'extrême fragilité des systèmes de santé. Le renforcement et la résilience des systèmes de santé sont une priorité absolue qui ne peut être obtenue que par la poursuite et le renforcement des efforts, en particulier en direction des groupes de population les plus vulnérables, les femmes, les enfants et les adolescents.

La présence des multiples partenaires et initiatives en SRMNIA pose le défi de la coordination. Sans un renforcement de la coordination au niveau national et régional, les risques de fragmentation des interventions et d'utilisation non optimale des ressources et expertises déjà limitées seront très grands. De plus, les risques de non alignement entre les interventions et priorités des pays et les contraintes des programmes globaux, continentaux et régionaux seront d'autant plus forts.

Enfin, le besoin d'explorer d'autres opportunités de financements est également un défi additionnel afin de faire évoluer ce dispositif et lui faire jouer un rôle central dans les enjeux actuels liés aux ODD et à la mise en œuvre de la stratégie du Secrétaire général des Nations unies sur la santé des femmes, des enfants et des adolescents. A cet effet, les agences devraient, avec l'appui de la France (à travers son financement et son réseau diplomatique) mobiliser des partenaires et des fonds autour de cette initiative, comme cela fut le cas lors de sa création au G8 de Muskoka.

### **3.7 PERENNITÉ ET PERSPECTIVES**

L'initiative Muskoka est née de la nécessité de se doter de moyens supplémentaires dans la perspective du rendez-vous de 2015 et de l'atteinte des OMD. Le programme Muskoka, notamment dans sa composante multilatérale a été ainsi conçu pour cinq ans. Avec le passage des OMD aux ODD et l'intensification du travail à fournir au niveau des pays, l'initiative Muskoka a été prolongée pour une sixième puis une septième année à travers sa composante multilatérale. Le modèle Muskoka a également été poursuivi car ayant donné satisfaction notamment en matière de collaboration entre partenaires, de mise en œuvre, de visibilité et d'impact.

A l'issue du Comité Interministériel de la Coopération Internationale et du Développement (CICID) de février 2018, le mécanisme Muskoka a été sanctuarisé et reconnu comme l'un des outils opérationnels de la mise en œuvre des priorités de l'action de la France à l'international notamment comme vecteur de mise en œuvre de la stratégie égalité homme-femme ainsi qu'en matière d'interventions en faveur de la santé des femmes, nouveau-nés, enfants jeunes filles et adolescents dans les pays ciblés par la France.

Le caractère pluriannuel du mécanisme français de financement du FFM contribue à la pérennité et à la redevabilité du programme. La stabilité des équipes d'experts des quatre agences joue également en faveur de la pérennité du programme, dans un environnement politique local plutôt instable.

L'engagement des Etats Membres à atteindre les ODD notamment les ODD 3,4,5, et l'objectif de la Couverture Universelle de Santé d'ici à 2030, et à mettre en œuvre les nombreuses Résolutions et un Agenda mondial en Santé notamment pour les plus vulnérables donnent une feuille de route claire pour le développement du FFM.

La visibilité et la communication, qui se sont considérablement améliorées au cours des années, contribuent également à la pérennité, en créant une attente et une demande de la part des différentes parties prenantes, et en inscrivant de façon claire et forte le FFM dans le paysage de l'aide au développement des pays.

S'agissant d'un mode de fonctionnement en partenariat, une coordination fluide et continue entre les agences est indispensable à la pérennité du programme. Le rôle d'un Secrétariat technique fort est aussi indissociable.

Les domaines clés du soutien technique dans la deuxième phase de Muskoka ne devraient pas changer et demeureront la santé maternelle et néonatale, la santé des enfants, la santé sexuelle et reproductive des jeunes et des adolescents, la planification familiale et la nutrition; y compris les domaines transversaux du renforcement du système de santé et l'approche basée sur les droits humains. Les perspectives programmatiques 2018-2022 se trouvent dans le tableau présenté sur la page suivante (tableau encore à compléter).

En termes de visibilités, il est important d'augmenter la visibilité dans les pays et renforcer le lien avec les ambassades de France afin de consolider les liens avec et entre les décideurs français et locaux et permettre un plaidoyer plus fort pour la santé maternelle, néonatale, infantile et des adolescents.

Perspectives programmatiques 2018-2022		
2011-2017	Interventions clés 2018-2022	Approche 2018-2022
	<b>Mettre en œuvre la couverture universelle de la santé</b>	
<b>Santé maternelle</b>	<b>Santé maternelle, néonatale, infantile &amp; PF</b> Concentration des activités des agences dans les maternités pratiquant le plus grand nombre d'accouchements	
RHS - SF	Disponibilité et rétention du personnel en zone rurale SF - Formation continue (accréditation) FO - prévention, dépistage et PEC par les SF	→ <b>Revision du paquet de service pour assurer le continuum des soins</b> <b>Approche par la qualité des soins</b> <b>Accent sur les soins respectueux</b> <b>Intégrant une approche genre</b> <b>Démarche intégrée et coordonnée en SRMNIA en inter-agences</b>
Réseau de maternités SONUB/C	Réseau de maternités SONUB/C	
<b>Santé néonatale</b>	Santé néonatale renforcée en lien avec les maternités SONU	
SOMR	SOMNR / SOMR en utilisant les cas de FO	
Planification Familiale	PPPP / PPPP immédiat / SAA / DBC	
<b>RSS</b>	<b>RSS</b>	
Disponibilité en médicaments essentiels et produits de santé pour la mère et l'enfant	Disponibilité en médicaments essentiels et produits de santé pour la mère et l'enfant	→ <b>Approche intégrée pour améliorer la qualité des soins en matière de SRMNIA</b>
RHS	Disponibilité et rétention du personnel en zone rurale SF - Formation continue (accréditation)	
<b>Santé infantile</b>	<b>Santé infantile</b>	
Paludisme		→ <b>A compléter</b>
Diarrhée		
Malnutrition		
IRA		
<b>Santé communautaire</b>	<b>Santé communautaire</b>	
	<b>Approche intégrée pour les 4 domaines liés à la SRMNIA</b>	
Santé communautaire réalisée dans la 1ère phase dans l'ensemble des IH mais sans approche intégrée ni coordonnée à l'échelle des pays et de la région	1. Coordination et harmonisation des partenaires au niveau régional et pays 2. Soutenir les collectivités locales à établir des cadres et des mécanismes de redevabilité 3. Fournir un appui technique coordonné dans 4 domaines : soins ANC, PNC ; PCIME-c, VIH-TB ; SSR-PF, IST et VIH ; Santé des adolescents et genre 4. Soutenir la mise en place d'agents de santé communautaires qualifiés 5. Renforcer l'intégration des données communautaires au sein des SRIS (DHS2) 6. Soutenir les innovations	→ <b>Approche régionale et pays intégrée, coordonnée et harmonisée pour la prestation de services intégrés pour les femmes enceintes et allaitantes, les nouveau-nés, les enfants et les adolescents</b>
<b>SSRAJ</b>	<b>SSRAJ</b>	
	<b>Approche s'intégrant dans la stratégie AA HA en lien avec les stratégies éducation</b>	
Services adaptés SSR pour les A&J	Services adaptés SSR pour les A&J	→ <b>Approche intégrée par milieux d'intervention: sanitaire, scolaire, extra-scolaire, communautaire, réseaux sociaux</b>
ECS	Environnement favorable garçon/fille et ECS	
Impulser des changements durables IEC / innovation	Impulser des changements durables IEC / innovation	
Données désagrégées	Lien avec éducation des filles Genre Hygiène menstruelle / wash in school Données désagrégées	
<b>Nutrition</b>	<b>Nutrition</b>	
Allaitement maternel exclusif	Renforcement du paquet alimentation du nourrisson et du jeune enfant dans les 1000 1ers jours, de la conception jusqu'au 2 <sup>e</sup> anniversaire de l'enfant	→ <b>Approche en complémentarité avec les fonds déjà existants</b>  <b>Approche pilote et stratégique dans la région</b>
	Nutrition des adolescents projet pilote avec Recherche-Action	
<b>Genre // VBG</b>	<b>Genre // VBG</b>	
Prévention, PEC et réinsertion des femmes et filles victimes de VBG	Actions de plaidoyer, en milieu sanitaire, communautaire pour une intégration de l'approche genre	→ <b>Approche genre intégrée dans chaque IH</b> <b>Approche genre intégrée en structures sanitaires comme en santé communautaire</b>
Approche communautaire	Prévention, PEC et réinsertion des femmes et filles victimes de VBG	
Sensibilisation et prévention des filles et femmes, garçon est hommes au genre	Implication des garçons Audits socio-culturels pour une meilleure PEC des déterminants socio-culturels dans l'accès aux soins	

Programmes liés
HE+
MHTF
Supplies
SWEDD
Programme conjoint mariage d'enfants
Programme conjoint FGM
All in
ESC - UNESCO
Spotlight Initiative

4



CONCLUSION

## CONCLUSION

L'engagement de la France, en 2010, dans l'initiative de Muskoka conçue pour une période de 5 ans, correspondait à la perspective du rendez-vous des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) en 2015. Les actions étaient ciblées, les stratégies adaptées, les ressources renforcées et la volonté politique forte, pour atteindre des objectifs précisément définis concernant la santé des mères et des enfants : même les pays les plus pauvres ont pu réaliser des progrès. Mais à l'échéance des OMD, seul le Niger a atteint l'OMD 4 et deux pays ciblés par le FFM, le Burkina Faso et la Côte d'Ivoire, sont parmi les 20 pays africains qui ont triplé leurs taux de réduction annuelle de mortalité infantile et inversé la tendance de mortalité infantile entre 2000 et 2015. Le travail est donc loin d'être terminé.

Le MEAE a poursuivi son engagement en faveur de l'amélioration de la SRMNEA pour deux années supplémentaires - année 6 et année 7 - où l'on a vu, en 2016, le passage des Objectifs du Millénaire pour le Développement aux Objectifs du Développement Durable (ODD). La survie, la santé et le bien-être des femmes, des enfants et des adolescents restent essentiels pour atteindre les ODD. 17 des cibles des ODD concernent en effet la SRMNEA, et c'est avec leur prise en compte qu'a été élaborée la Stratégie mondiale pour la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent 2016 - 2030. Cette Stratégie constitue une feuille de route pour l'ensemble des partenaires impliqués dans le SRMNEA. Elle répartit 17 cibles santé sur 3 objectifs globaux : 1) survivre, mettre fin aux décès évitables ; 2) s'épanouir, assurer la santé et le bien-être ; 3) transformer, agir sur l'environnement. Elle s'attache à surmonter les défis de toutes les morts évitables, de toutes les situations de mauvaise santé, dont la malnutrition, et de tous les environnements défavorables, de pauvreté, discrimination et violence.

Cette stratégie est très bien alignée sur l'Agenda 2063 de la Commission de l'Union africaine, y compris la feuille de route sur le Dividende démographique et la Stratégie africaine de santé 2016-2030, qui place la santé des femmes et des enfants au centre des préoccupations continentales.

La perspective était claire pour le MEAE et ses partenaires du FFM, OMS, UNICEF, UNFPA et ONU Femmes : garder la femme, la mère, le nouveau-né et l'adolescente au centre de la cible du développement socio-sanitaire en Afrique de l'Ouest et du Centre.

Au cours de ces six années, des progrès notables ont été réalisés dans les pays ciblés par le FFM, avec des indicateurs en SRMNEA qui se sont améliorés, notamment les indicateurs de couverture comme le taux d'accouchement assisté par du personnel qualifié. Mais la santé des mères, des nouveau-nés et des enfants y reste préoccupante, avec de médiocres, voire mauvais, indicateurs de statut, comme en témoignent, par exemple, les ratios de mortalité maternelle, même si la tendance pour ceux-ci va dans le bon sens. C'est devant ce constat que la qualité des soins est devenue une priorité. L'amélioration de la qualité des soins délivrés dans chaque établissement de santé

permet de réduire les décès évitables. L'ensemble des agences y a travaillé avec, en partage, les standards, les outils et la méthodologie pour évaluer la qualité des soins et apporter des solutions au niveau des structures de santé.

C'est dans l'esprit d'une responsabilité et d'une redevabilité collective que le travail s'est poursuivi. Un accent particulier a été mis pour la santé sexuelle et reproductive, la santé des adolescents avec, de façon transversale, le renforcement du système de santé, la dimension genre et l'appui aux ressources humaines, ainsi qu'un appui à la composante nutrition du programme.

A côté de son réseau d'experts techniques internationaux et de conseillers régionaux en santé, le MEAE s'est doté avec le FFM d'un outil original, et unique dans la région de l'AOC, de mise en œuvre et de suivi d'activités à haut impact. La traçabilité de ses actions répond aux exigences concernant la redevabilité sur les engagements pris en faveur de la SRMNEA.

Ce mécanisme de financement et de fonctionnement en partenariat, de type H6 a fait la preuve de sa visibilité et de son opérationnalité dans le système des Nations Unies comme dans les pays. Il est devenu une référence et est devenu, de sa vision et mode opératoire, un bon exemple de l'opérationnalisation de la vision ONE UN telle que prévue dans la réforme de l'ONU. Il a maintenant vocation à mettre en place des actions conjointes avec d'autres partenaires. Il développe sa collaboration avec l'AFD dans les pays. De la même façon, des mécanismes de coordination se mettent déjà en place, avec les ministères de la santé, entre le FFM et le Fonds Mondial de lutte contre le sida, le paludisme et la tuberculose pour un meilleur impact des actions en SRMNEA.

Cet outil du développement en santé, qu'est le FFM, a aussi fait la preuve, sur ces six années passées, de sa solidité et de sa stabilité. Alors que dans la même période le Burkina Faso et le Mali ont vu se succéder 5 ministres de la santé, avec les changements inhérents de cabinets et des différentes directions ministérielles, le Niger 4 ministres, la Guinée, le Mali et le Togo 3 ministres, le Togo ayant de plus vécu une période de vacance ministérielle de 2 ans, le FFM a fonctionné avec une équipe quasiment inchangée d'une centaine d'experts des agences répartis aux différents niveaux de leur organisation, se connaissant tous, ayant en partage la même méthode de travail et les mêmes outils. L'aide au développement, au niveau des pays, a besoin de cette stabilité pour la pérennisation de ses actions.

A l'issue du CICID de février 2018, la France a renouvelé son engagement pour la SRMNEA, pour cinq ans, à travers l'outil que représente le FFM. La poursuite du travail conjoint en faveur des mères, des nouveau-nés, des enfants et des adolescents, pour ces prochaines années, repose sur la base solide de l'expérience accumulée par le FFM. Les résultats documentés dans ce document, leur impact, les leçons apprises, les succès, l'amélioration de l'offre et de la demande de soins constituent le meilleur plaidoyer, « sur base factuelle », pour la poursuite des efforts communs nés de l'initiative Muskoka.

Peut-être serait-il opportun, en cette fin d'année 6 du programme, de revenir aux sources de l'initiative Muskoka et de se rapprocher des pays qui l'ont suscitée, notamment le Canada, pour partager les expériences et unir, dans les pays, l'énergie et l'expertise que nous devons continuer à mettre au service de mères et de leurs enfants. Ce pourrait être un sujet abordé au prochain sommet du G8 en 2019 qui se tiendra à Paris.



5



RECOMMENDATIONS

## RECOMMANDATIONS

- > **Améliorer le mécanisme de coordination , au niveau des pays, afin de :**
  - mieux accompagner les ODD ambitieux en matière de SRMNIA
  - renforcer l'effet levier du financement par des interventions réellement conjointes et intégrées
  - renforcer la capacité du mécanisme à influencer les investissements SRMNIA des autres PTF et à mobiliser
  
- > **Les domaines clés du soutien technique dans la deuxième phase de Muskoka ne devraient pas changer** et demeureront la santé maternelle et néonatale, la santé des enfants, la santé sexuelle et reproductive des jeunes et des adolescents, la planification familiale et la nutrition; y compris les domaines transversaux du renforcement du système de santé et l'approche basée sur le genre et les droits humains. Tant de choses restent à accomplir dans ce domaine et les perspectives programmatiques esquissées plus haut permettront d'orienter et préciser les discussions à cet égard.
  
- > **Mettre à profit l'année 2018** pour faire le bilan, définir les perspectives et revoir les documents organisationnels et programmatiques afin d'améliorer le mécanisme, son fonctionnement interne et vis-à-vis de l'extérieur y compris son alignement avec les ODD.
  
- > **Positionner le dispositif Muskoka** comme LE mécanisme de coordination régional inter -agences en matière de SSRMNIA pour l'atteinte des ODD au sein de nos agences, vis-à-vis des sièges et auprès des autres PTF dans la région de l'Afrique de l'Ouest et du Centre (H6 global, FM, ONUSIDA, GAVI, etc.) ;
  
- > Le ciblage géographique est une préoccupation récurrente dans le dispositif, il se dégage que les huit pays historiques nécessitent encore l'appui du FFM et sont bien structurés pour poursuivre et amplifier les résultats de la première phase. La question de l'intégration du Burkina Faso comme pays bénéficiant de l'appui des quatre agences reste à discuter.



**SAUVER LA VIE** de plus  
de **femmes**, de **nouveau-nés**,  
d'**enfants** et d'**adolescents**

