



**FONDS FRANÇAIS
MUSKOKA**

Pour la santé et le bien-être des femmes,
nouveau-nés, enfants et adolescent.e.s



2010-2020

du **10 ANS
FONDS FRANÇAIS
MUSKOKA**



“

Pour sauver la vie d'une mère, il faut sauver la vie du nouveau-né, surtout dans nos régions où les taux de mortalité maternelle sont pratiquement à trois chiffres, où les taux de mortalité néonatale sont à deux chiffres. Ce qui n'est pas le cas dans les pays développés.

Je sais qu'avec vous, le Fonds Français Muskoka, on va trouver un avenir meilleur pour nos patientes, les nouveau-nés et le personnel travaillera dans de meilleures conditions.

Et vous les partenaires, surtout le Fonds Muskoka, vous venez nous aider en nous rendant compétents et motivants, on ne peut que vous remercier pour cela.

”

Pr Mady Nayama,
Médecin-chef de la maternité Issaka Gazobi, Niamey, Niger



REMERCIEMENTS

Depuis 2010, le Fonds Français Muskoka est parvenu à construire et consolider un mécanisme de coordination et d'appui technique efficient et efficace. Ce résultat est le fruit d'une collaboration riche de l'expertise, de l'engagement et du dynamisme de tous les partenaires qui accompagnent depuis 10 ans le Fonds Français Muskoka dans la réalisation de son mandat. Nous remercions tout particulièrement :

- Le gouvernement français à travers le Ministère de l'Europe et des Affaires Etrangères pour son soutien politique, technique et financier indéfectible depuis plus de 10 ans, ainsi que le Ministre Jean-Yves Le Drian pour le renouvellement de l'engagement de la France jusqu'en 2026 ;
- Les gouvernements des neuf pays d'intervention du Fonds Français Muskoka (Bénin, Burkina Faso, Cote d'Ivoire, Guinée, Mali, Niger, Sénégal, Togo et Tchad) ;
- Les Directeurs régionaux et Directrices régionales de l'OMS, ONU Femmes, UNFPA et UNICEF pour leur leadership ;
- Les autres agences des Nations Unies qui ont contribué à certaines activités du Fonds Français Muskoka au fil des années (l'UNESCO et ONU SIDA notamment)
- Les parlementaires de tous les pays pour leur soutien ;
- Le gouvernement du Danemark pour son engagement en 2019 et 2020 ;

- Les membres du Comité de Pilotage du Fonds Français Muskoka pour leur direction stratégique ;
- Les membres du Comité Technique du Fonds Français Muskoka pour la coordination et le suivi de l'appui technique ;
- Les membres du Secrétariat du Fonds Français pour leur travail quotidien et la liaison avec toutes les équipes ;
- Nos équipes interagences pays pour leur travail sans relâche sur le terrain et leurs contributions ;
- Tous nos partenaires nationaux de mise en œuvre ;
- Tous les acteurs et toutes les actrices sur le terrain et plus spécifiquement les soignant.e.s, agents/relais de santé communautaire, les leaders traditionnels, les animateur.ices des radios communautaires
- Tous nos partenaires de la société civile, les organisations de jeunesse, blogueur.euses, influenceur.euses/activistes ;
- Nos partenaires médias ;
- Dr Alimou Barry, Dr Gilles Landrison et Mme Jade Maron pour tous les efforts déployés dans la collecte des données et pour assurer une rédaction claire et concise de ce rapport ;
- Et enfin toutes celles et ceux qui ont appuyé et contribué aux efforts du Fonds Français Muskoka pour l'amélioration de la santé, du bien-être et de la nutrition des femmes, nouveau-nés, enfants, adolescent.e.s et des jeunes d'Afrique de l'Ouest et du Centre.



ACRONYMES

ACD	Atteindre Chaque District
AMM	Autorisation de Mise sur Marché
ASC	Agent de Santé Communautaire
AFD	Agence Française de Développement
AME	Allaitement Maternel Exclusif
ANJE	Alimentation du Nourrisson et du Jeune Enfant
AOC	Afrique de l'Ouest et du Centre
ASC	Agent de Santé Communautaire
CEDEAO	Communauté Economique des Etats de l'Afrique de l'Ouest
CEEAC	Communauté Économique des États de l'Afrique Centrale
CHR	Centre Hospitalier Régional
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CMU	Couverture Maladie Universelle
CPN	Consultation Pré-Natale
CS	Centre de Santé
CSI	Centre de Santé Intégré
CUA	Commission de l'Union africaine

DPE	Développement de la Petite Enfance
DPMED	Direction de la Pharmacie, du Médicament et des Explorations Diagnostiques (Bénin)
DTC	Directeur Technique de Centre (de santé)
DS	District Sanitaire
DBC	Distribution à Base Communautaire
DIUPP	Dispositif Intra-Utérin Post-Partum
DREN	Direction Régionale de l'Education Nationale (Côte d'Ivoire)
ECS	Education Complète à la Sexualité
EDS	Enquête Démographique et de Santé
FFM	Fonds Français Muskoka
HHA	Harmonisation pour la santé en Afrique
INFAS	Institut National des Agents de Santé
IRA	Infections Respiratoires Aigües
MEAE	Ministère de l'Europe et des Affaires étrangères (France)
OOAS	Organisation Ouest Africaine de la Santé
ODD	Objectifs de développement durable

OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation Non-Gouvernementale
OSC	Organisations de la Société Civile
PCIME	Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfance
PCIMNE	Prise en Charge Intégrée des Maladies du Nouveau-né et de l'Enfant
PEV	Programme Elargi de Vaccination
PF	Planification familiale
PFE	Pratiques Familiales Essentielles
PFPAPA	Planification Familiale du Post-Partum et Post-Abortum
PNDS	Plan National de Développement Sanitaire
PSBI	Possible Severe Bacterial Infection in Young infants / Infection bactérienne sévère possible chez les jeunes enfants
PTME	Prévention de la Transmission de la Mère à l'Enfant
RMM	Ratio de Mortalité Maternelle
SAGO	Société Africaine de Gynécologie Obstétrique
SBCC	Social and Behavior Change Communication / Communication pour le changement social et comportemental
SDMR	Surveillance des Décès Maternels et Riposte

SDMNR	Surveillance des Décès Maternels, Néonataux et de la Riposte
SDMPR	Surveillance des Décès Maternels et Périnataux et de la Riposte
SIMR	Surveillance Intégrée des Maladies et de la Riposte
SMNI	Santé Maternelle, Néonatale et Infantile
SMK	Soins Mère/Maternels Kangourou
SONU	Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence
SRMNEA	Santé de la Reproduction, de la Mère, du Nouveau-né, de l'Enfant et de l'Adolescent
SSP	Soins de Santé Primaires
SSR	Santé sexuelle et reproductive
SSRAJ	Santé sexuelle et reproductive des adolescent.e.s et des jeunes
SSRMNIA-Nut	Santé Sexuelle, Reproductive, Maternelle, Néonatale, Infantile et des Adolescent.e.s et Nutrition
SUN	Scaling Up Nutrition
SWEED	Sahel Women's Empowerment and Demographic Dividend / Autonomisation des Femmes et Dividende démographique au Sahel
TDR	Test Diagnostic Rapide
VBG	Violence basée sur le genre



PRÉFACE

Le Fonds Français Muskoka fête cette année ses 10 ans. Déclinaison française des engagements pris, en 2010, par les États du G8 en faveur de la santé maternelle et infantile à Muskoka au Canada d'où son nom, il constitue un partenariat efficace qui tire parti des compétences complémentaires des quatre agences spécialisées des Nations Unies directement impliquées : OMS, ONU Femmes, UNFPA et UNICEF.

Sa longévité s'explique par une approche innovante, sa grande capacité d'adaptation au contexte local mais surtout ses résultats sur le terrain en santé reproductive, maternelle, néonatale, infantile, des adolescents ainsi que de la nutrition, enjeux qui se trouvent au cœur de la stratégie de la France en matière de développement. À ce titre, ce mécanisme contribue aussi à la mise en œuvre de la grande cause de la diplomatie française qu'est l'égalité entre les femmes et les hommes.

Dans neuf pays d'Afrique Centrale et de l'Ouest (Bénin, Burkina Faso, Côte d'Ivoire, Guinée, Mali, Niger, Sénégal, Tchad et Togo), région prioritaire de l'aide au développement de la France, la valeur ajoutée de ce Fonds s'appuie sur des interventions à haut impact dont l'efficacité est soigneusement mesurée et dont l'effet de levier permet d'accroître les résultats des politiques nationales dans les secteurs concernés.

En ligne avec l'Agenda 2030 et avec la Stratégie Mondiale pour la Santé des Femmes, des Enfants et des Adolescent.e.s (2016 – 2030), le Fonds Français Muskoka vise également l'atteinte de résultats durables à travers une approche multi-sectorielle et le renforcement essentiel des systèmes de santé, y compris communautaire.

Enfin, ce partenariat poursuit une approche « populationnelle », c'est-à-dire qu'il accompagne les femmes enceintes, les mères, les nouveau-nés, les enfants, les jeunes et les adolescent.e.s tout au long de leur cycle de vie, dans les villes comme dans les campagnes. En 10 ans, cette approche inclusive a permis au Fonds Français Muskoka d'atteindre des résultats remarquables. Pour donner quelques exemples : plus de 70 000 personnels de santé ont reçu une formation ; la mortalité infanto-juvénile a diminué de plus de 30% ; le taux d'accouchement assisté par un personnel qualifié est passé de 50 à 70% en Côte d'Ivoire ; 1,6 millions d'enfants ont été traités notamment contre le paludisme, les diarrhées et les infections respiratoires en Guinée.

L'épidémie de COVID-19 a mis à rude épreuve la résilience des systèmes de santé dans les 9 pays partenaires du Fonds Français Muskoka. Plus de 300 000 cas y ont été diagnostiqués officiellement depuis le

mois de mars 2020, touchant en particulier de nombreux personnels de santé, et il y en a probablement beaucoup plus. Une nette baisse de l'utilisation des services de soins a été constatée, par exemple les consultations pour les maladies infectieuses de l'enfant ont baissé de 25% au Sénégal. Cependant, le Fonds a permis d'accompagner les États dans des réponses innovantes pour limiter l'impact de la pandémie et contribuer à maintenir des services essentiels pour les femmes, les enfants et les adolescents. Ainsi au Niger des équipes mobiles (sages-femmes, infirmières, gynécologues) ont été déployées afin de décentraliser les soins pré et postnataux, ou encore au Tchad, un suivi renforcé des femmes victimes de violences basées sur le genre, a été mis en place via les agents de santé communautaire. La part consacrée au renforcement des systèmes de santé a également été accrue et elle représente aujourd'hui pour le quart des interventions du Fonds.

Forte de la conviction que ce partenariat constitue une réponse pertinente aux enjeux de santé reproductive, maternelle, néonatale, infantile, des adolescents ainsi que de la nutrition en Afrique de l'Ouest et du Centre, la France a souhaité qu'il soit partie prenante du Forum Génération Égalité organisé à Paris en juillet 2021 et notamment de la coalition consacrée aux droits et santé sexuels et reproductifs. Dans ce

contexte, la France a pris l'engagement de lui renouveler son soutien financier en lui apportant 10 millions d'Euros par an jusqu'en 2026. Le Fonds de son côté s'est engagé à s'investir d'avantage dans le développement d'outils d'éducation pour agir sur les normes sociales et accompagner les changements de comportements de manière durable et équitable, en tirant tous les enseignements des succès obtenus par la série « C'est La Vie ! » qu'il a produit et diffusé en langues locales à la télévision et en radio.

Je souhaite donc longue vie au Fonds Français Muskoka, encourage tous ses artisans à poursuivre leurs efforts et les remercie pour leur contribution à l'amélioration des conditions de vie des populations d'Afrique de l'Ouest et du Centre en offrant à toutes les femmes et leurs nouveaux-nés des opportunités de vie plus équitables.

Philippe Lacoste

Directeur du Développement Durable
Ministère de l'Europe et des Affaires étrangères



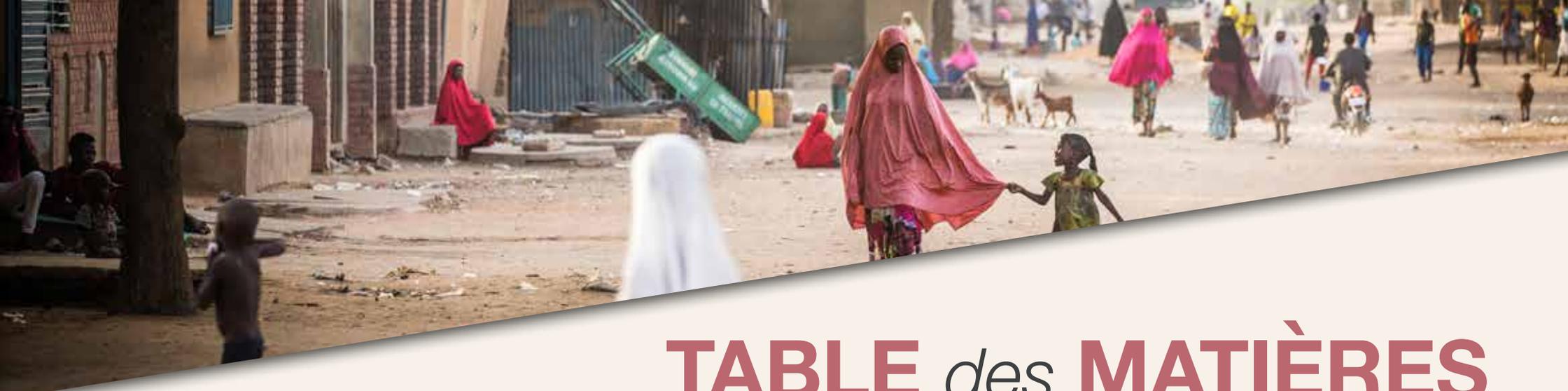


TABLE *des* MATIÈRES

I.	Objectifs & Contexte	10
II.	Mécanisme d'intervention du Fonds Français Muskoka (FFM)	26
III.	Aspects Financiers	36
IV.	Mise en œuvre des interventions selon les populations cible du FFM  Femmes enceintes,  Nouveau-nés,  Enfants et Adolescent.e.s	44
V.	Le FFM face aux situations de crise	98
VI.	Communautés de pratique et Recherche opérationnelle	104
VII.	Communication et Visibilité	108
VIII.	Valeur ajoutée, leçons apprises, opportunités, contraintes et défis	128
IX.	Conclusion	132



2011-2020
OBJECTIFS
et **CONTEXTE**

Partenariat entre le Ministère français de l'Europe et des Affaires étrangères, quatre agences des Nations Unies (OMS, ONU Femmes, UNFPA, UNICEF) et 9 pays de l'Afrique de l'Ouest et du Centre, le Fonds Français Muskoka (FFM) a pour objectif de **contribuer à la réduction de la mortalité et la morbidité maternelle, néonatale, infantile et des adolescent.e.s dans des pays cibles, mais aussi de la vulnérabilité et des iniquités qui frappent cette population.** La stratégie du FFM repose sur la mise en œuvre d'interventions de santé à haut impact, dans le cadre de la continuité des soins, en ligne avec les plans nationaux de développement sanitaire des pays concernés.

Ce Fonds a été mis en place par la France lors du sommet du G8 à Muskoka, au Canada, en juin 2010, pour une durée initiale de 5 ans (2011-2016). Prolongé pour deux années supplémentaires (2017-2018), puis renouvelé pour une durée de 5 ans (2018-2022). La France a investi 143 millions d'euros pour accompagner le travail conjoint des 4 agences des Nations Unies pour améliorer la santé et le bien être des mères, nouveau-nés, enfants et adolescent.e.s dans la région. Le FFM fête en 2021 ses 10 années de programme au cours desquelles il a su en effet démontrer sa pertinence et sa soutenabilité :

- **Il cible les populations les plus vulnérables** (femmes, filles, mères, nouveau-nés, enfants, adolescent(e)s de **9 pays d'Afrique de l'Ouest et du Centre (Bénin, Burkina Faso, Côte d'Ivoire, Guinée, Mali, Niger, Sénégal, Tchad et Togo)** dont les indicateurs en santé maternelle et infantile demeurent préoccupants.
- **Il repose sur un modus operandi de type H4+/H6 (Agences des Nations Unies ayant la santé dans leurs mandats)**, fonctionnel depuis 2011, qui renforce la coordination avec l'ensemble des partenaires techniques et financiers, et induit des effets de levier avec les autres institutions impliquées dans le développement en santé, grâce aux activités qu'il a la capacité d'initier.
- **Il constitue une « task force UN » d'une grande stabilité**, avec une équipe d'experts de quatre agences des bureaux pays, régionaux et des sièges, qui travaillent ensemble depuis plusieurs années, se réunissent régulièrement pour des rendez-vous de méthodologie,

de programmation ou de rapportage sur des méthodes qu'ils ont en commun, face à des interlocuteurs et des décideurs politiques dont les mandats ne s'inscrivent pas toujours dans la durée. Le caractère pluriannuel du mécanisme français de financement du FFM et la sécurisation de son budget contribuent à la pérennité et à la redevabilité du programme. La stabilité de l'équipe FFM est gage d'efficacité, de visibilité et de crédibilité.

Cette décennie 2010-2020 a vu se développer progressivement la prise de conscience de la part des politiques et des décideurs de l'importance d'agir sur les populations vulnérables que représentent les femmes, les mères, les nouveau-nés, les enfants et les adolescent(e)s, qui sont au cœur du développement du capital humain. Le FFM, avec les autres PTF, y a largement contribué par ses actions et sa politique de communication (cf. infra).

Cette priorité ainsi donnée à la santé reproductive maternelle, néonatale, infantile et des adolescent.e.s (SRMNIA-Nut) a créé un environnement favorable pour le développement des activités du FFM. Ainsi, pour l'année 2019, on peut par exemple relever les éléments suivants :

• **Au Bénin :**

- La réforme organisationnelle du Ministère de la Santé est mise en place à travers la création d'une Agence Nationale des Soins de Santé Primaires qui regroupe toutes les entités chargées de la santé de la mère et la survie de l'enfant y compris la riposte aux épidémies.
- Un des événements clés de l'année 2019 en matière de SRMNIA-Nut a été la mise en œuvre de l'initiative de promotion et de protection de la santé sexuelle, reproductive et droits connexes dans le pays.

• **En Côte d'Ivoire :**

- Un plan d'action prioritaire de réduction de la mortalité maternelle, néonatale et infantile a été élaboré par le pays qui vise à accélérer les efforts en la matière.

- Une campagne de promotion de la santé maternelle, néonatale et infantile a été initiée et conduite par le Ministre de la Santé en personne impliquant l'engagement de tout le corps préfectoral du pays.
- La mise en place d'unités de Soins Mère kangourou (SMK) pour la prise en charge de nouveau-nés de faible poids visant la réduction de la mortalité néonatale.
- La définition et la mise en œuvre du Plan social du gouvernement (PSGouv) qui met un accent particulier sur la santé maternelle et néonatale par l'amélioration de l'offre de soins, un contrôle accru du dispositif de gratuité ciblée pour les accouchements, la césarienne et la prise en charge des pathologies du nouveau-né et de l'enfant.
- L'opérationnalisation effective de l'assurance maladie nationale dénommée Couverture Maladie Universelle (CMU).
- La mise en place d'un comité national de lutte contre les décès maternels présidé par le ministre en charge de la santé.

• En Guinée :

- Mise en place du comité multisectoriel de nutrition en août 2019 piloté par la Primature ; lancement du plan national d'action budgétisé de la PF ;
- Adoption du plan de communication et de plaidoyer pour la mobilisation des ressources en nutrition avec l'appui du Mouvement SUN.

• Au Mali :

- Elaboration du dossier d'investissement pour l'opérationnalisation du plan SRMNIA-Nut-NUT.

• Au Niger :

- Le pays s'est doté d'une nouvelle politique nationale de population, dont l'objectif principal est « avoir une population instruite, qualifiée,

en bonne santé et qui se voit offrir des opportunités d'emplois ». C'est dans ce contexte que le plan d'action du financement Muskoka 2019 a été mis en œuvre.

• Au Sénégal :

- Dans le cadre de la lutte contre les violences faites aux femmes, le Sénégal a enregistré une avancée significative avec le vote en décembre 2019 de la loi criminalisant le viol et la pédophilie.

• Au Tchad :

- Un arrêté ministériel a été signé le 22 août 2018 et complété par celui du 14 mars 2019 portant création de la Plateforme Technique de Coordination et de Suivi des interventions dans le domaine de la Santé Reproductive, Maternelle, Néonatale, infantile, de l'Adolescent et de la Planification Familiale (SRMNIA-Nut/PF) pour contribuer à l'amélioration de la SRMNIA-Nut à travers la coordination et la mise en œuvre des activités. La présidence est assurée par le Directeur Général Adjoint du Ministère de la Santé Publique.

En matière de communication et de visibilité, durant 10 ans, le FFM a participé et contribué à de nombreux événements nationaux et internationaux. (cf. infra).

Le FFM a fait école. En 2018, le gouvernement du Danemark a souhaité s'impliquer dans le développement de la SRMNIA-Nut et a fait appel au FFM, ses équipes et sa méthodologie pour développer des activités spécifiques identifiées. Il a ainsi accordé un financement additionnel de 3 millions d'Euros par an pour une période de 2 années (2019-2020).

Contexte mondial de la Santé Maternelle Néonatale Infantile et des Adolescent.e.s

La santé des femmes, des nouveau-nés, des enfants et des adolescent.e.s doit rester centrale si les pays veulent atteindre les Objectifs de Développement Durable (2030). Aujourd'hui, le cadre d'action est défini avec la Stratégie Mondiale pour la Santé des Femmes, des Enfants et des Adolescent.e.s, 2016–2030 (une initiative mondiale lancée par le Secrétaire général des Nations Unies sans précédent qui mobilise et intensifie l'action mondiale déployée par les gouvernements, les organisations multilatérales, le secteur privé et la société civile en faveur de la santé des femmes, des enfants et des adolescent.e.s) 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 SRMNIA-Nut, il existe un déséquilibre majeur entre les pays à haut et bas revenus.

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. En Afrique subsaharienne, six nouvelles infections au VIH sur sept chez les adolescent.ess âgés de 15 à 19 ans concernent des filles. Les jeunes femmes âgées de 15 à 24 ans sont deux fois plus susceptibles de vivre avec le VIH que les hommes (sources ONU 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**

Dans la région, 9 millions de filles âgées d'environ 6 à 11 ans n'iront jamais à l'école contre 6 millions de garçons, selon les données de l'ISU. 23 % des filles ne sont pas scolarisées au primaire contre 19 % des garçons. À l'adolescence, le taux d'exclusion des filles s'élève à 36 % contre 32 % pour les garçons;

- **des normes sociales qui réduisent leurs possibilités d'éducation et d'emploi rémunéré;**

- **une vision de la femme centrée exclusivement sur son rôle procréateur et reproductif;**

Sept pays ouest-africains dont 5 faisant partie des zones d'intervention du FFM se placent parmi les 20 pays ayant le taux le plus élevé de mariages précoces dans le monde [Niger (1), Tchad (3), Mali (5), Guinée (6), Burkina Faso (8), Sierra Léone (13) et Nigéria (14)].

- **des menaces ou de réelles violences physiques, sexuelles, psychologiques et économiques.**

En 2020, l'aperçu des besoins humanitaires et les plans de réponse humanitaire associés pour le Burkina Faso, Mali et Niger identifient 2,3 millions de femmes et de filles dans le besoin en matière de VBG.

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. Selon les estimations conjointes de l'UNICEF, de l'OMS et de la Banque mondiale sur la malnutrition (édition 2020), 7.3 millions d'enfants souffraient d'émaciation (sévère et modérée) en Afrique de l'Ouest et du Centre en 2019. 20% de plus sont à craindre pour 2020 en raison de la pandémie Covid 19 soit 15,4 millions de cas de malnutrition aiguë chez d'enfants de moins de cinq ans dont un tiers de sa forme sévère. Les enfants vulnérables ont tendance à souffrir de multiples privations qui se chevauchent fréquemment associées à la pauvreté, à la résidence dans les zones rurales et au manque d'éducation. En Afrique Subsaharienne, les enfants ne bénéficient pas encore des services intersectoriels qui devraient contribuer à remédier aux privations qui se chevauchent tels que la santé, la nutrition, l'eau et l'assainissement, développement de la petite enfance et des services de protection, favorisant ainsi la survie et un développement optimal de l'enfant.

On pense souvent que **les adolescent.e.s**, 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. 50 % des adolescentes âgées de 15 à 19 ans qui ont déjà été mariées et ont subi des violences physiques ou sexuelles n'en ont jamais parlé à quelqu'un. Seules 29 % ont demandé de l'aide.

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 SRMNIA-Nut 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 2017 est très variable d'un pays et d'un continent à l'autre. Au Tchad, ce risque est le plus élevé : 1 sur 15 et beaucoup moins élevé 1/65 au Sénégal. Entre les régions du monde, les femmes en Afrique subsaharienne font face au plus grand risque 1/38 suivi de l'Asie du Sud Est 1/240. Globalement, le risque dans les pays pauvres est de 1/45 comparé à 1/5400 dans les pays développés avec une moyenne mondiale de 1/190.

Contexte régional de la SRMNIA-Nut

La situation de l'Afrique de l'Ouest et du Centre, et plus spécifiquement des pays partenaires du Fonds Français 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 2017.

La région des pays d'intervention des Fonds Français Muskoka dans 8 pays d'Afrique de l'Ouest (Bénin, Burkina Faso, Côte d'Ivoire, Guinée, Mali, Niger, Sénégal et Togo) et dans un pays d'Afrique Centrale (Tchad) représente une population totale d'environ 150 million 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 (Mali, Tchad, Centrafrique, Niger) 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 ciblés par le FFM représentent la région avec les niveaux de mortalité maternelle les plus élevés avec une estimation d'environ 31500 décès maternels en 2017. A l'origine de cela, l'inadéquation prise en charge des principales causes de la mortalité maternelle : hémorragie, hypertension et infections. La couverture des services de santé maternelle est également encore faible et la qualité des soins ne correspond pas aux standards attendus.

Les taux de réduction observés des ratios de mortalité maternelle indiquent des progrès notables avec des réductions variables allant de 23% et 6% entre 2010 et 2015 les cinq premières années de FFM et des

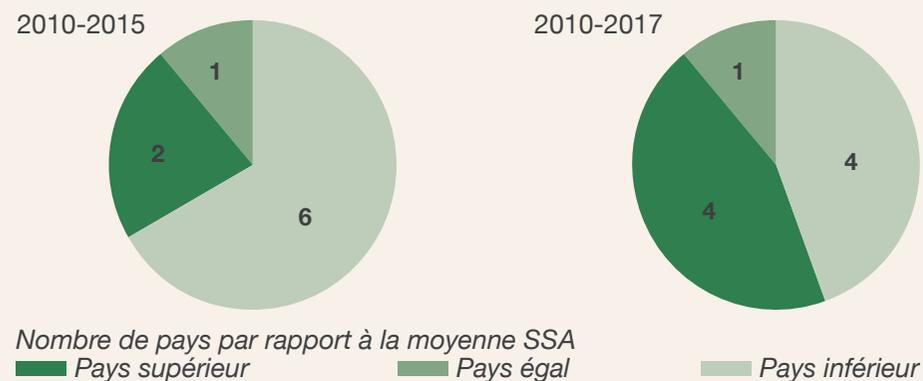
progressions plus importantes si l'on considère les 7 premières années du projet avec des réductions à deux chiffres pour tous les pays sauf le Tchad [voir tableaux].

Tableau 1 : Evolution des taux de RMM par pays et taux de changement observés pour les séquences 2010-2015 et 2010-2017

	Bénin	Burkina Faso	Côte d'Ivoire	Guinée	Mali	Niger	Sénégal	Tchad	Togo	ASS	Monde
1990	576	727	745	1040	1010	873	540	1450	568	996	380
2000	520	516	704	1020	836	813	553	1420	489	878	342
2010	464	385	701	747	660	663	447	1240	440	635	293
2015	421	343	658	699	620	555	346	1160	398	566	219
2017	397	320	617	576	562	509	315	1140	396	542	211
2010/2015	-9%	-11%	-6%	-6%	-6%	-16%	-23%	-6%	-10%	-11%	-26%
2010/2017	-14%	-17%	-12%	-23%	-15%	-23%	-30%	-8%	-10%	-15%	-29%

Sources : (1) Executive summary, trends in MM 1990-2015 pour l'année 1990, (2) Trends in Maternal mortality 2000-2017 Estimates by WHO, UNICEF, UNFPA World Bank and the United Nations Population Division

Graphique 1 : Distributions des Pays FFM par rapport à la moyenne de réduction de RMM de l'Afrique Sub Saharienne pour la période 2010-2015 (-11%) et pour la période 2010-2017 (-15%)



La mortalité des moins de 5 ans

Si l'on considère le compte à rebours 2015, les données collectées suite aux estimations de UN Interagency group for Child mortality / childmortality.org montrent que le Niger avec une réduction de 71% (328 décès pour 1000 à 80 pour 1000 naissances entre 1990 et 2015) avait atteint la cible, alors que tous les autres pays du FFM avaient réalisé des progrès importants variant entre un minimum 39% au Tchad et un taux appréciable de 62% au Sénégal. Ces derniers étaient jugés insuffisants par rapport à la cible.

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'important 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 (accidents de la route, accidents domestiques) dans les causes de mortalité (15% au total), mais aussi le comportement de recherche de soins qui reste un des facteurs majeurs, limitant une prise en charge précoce des maladies infantiles.

La mortalité des moins de 1 an

Les progrès dans la survie de l'enfant dans les pays ciblés par le FFM depuis 1990 ont été significatifs. Le taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans a baissé de façon remarquable avec une réduction

de 61% au Niger [133/1000 à 52/1000 entre 1990 et 2015] en dépit de tous les défis auxquels cette région fait face de façon chronique (instabilité politique, conflits, etc.) ou aigüe (épidémie à virus Ebola, pics épidémiques récurrents de choléra, rougeole, méningites, etc.). Le minimum de réduction de la mortalité des moins de 1 an observée pour le compte à rebours 1990-2015 était de 32% au Tchad avec un maximum de 61% au Niger. Cependant, le taux de fertilité élevé dans la région et l'augmentation des besoins pour des soins de qualité pour les enfants augmentent la pression sur les services de santé et pourraient ralentir les progrès observés.



Près des deux tiers de la population de l'Afrique de l'Ouest et du Centre ont moins de 24 ans, 32% entre l'âge de 10 et 24. Dans les pays ciblés par le FFM, chaque femme a en moyenne 5 enfants (7,6 pour le Niger) contre 2,5 en moyenne dans le monde, 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 chez les 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. 80% des grossesses non désirées dans le groupe d'âge des 15-19 ans se produisent chez les adolescent.e.s qui n'utilisent pas les méthodes modernes de contraception ou s'appuient sur des méthodes traditionnelles. 16% des jeunes filles, en comparaison avec 7% des jeunes garçons, commencent leur vie sexuelle avant l'âge de 15 ans. Comparé aux autres groupes d'âge, les adolescent.e.s mariés ou en union ont 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 (mariage précoce et forcé) et du manque d'accès aux soins, 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.

Ressources humaines en santé

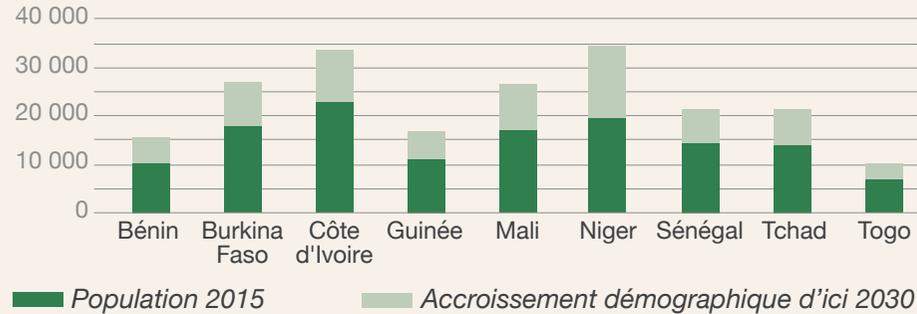
En Afrique sub-saharienne, on compte 1 infirmière / sage-femme pour 1000 habitants en 2018 comparé à 14 pour 1000 en Amérique du nord et 3.8 pour 1000 dans le monde (Banque Mondiale), cette région représente 24% de la charge des maladies mais seulement 3% des personnels de santé.

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 pour 1000, 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.



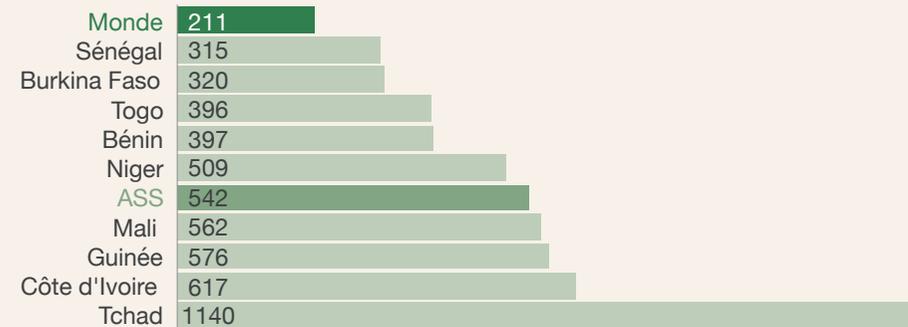
Les pays cibles du FFM

Graphique 2 : Population actuelle des pays Muskoka et projections sur 2030 (en milliers)



La santé des mères, des nouveau-nés, des enfants et des adolescent.e.s dans les pays Muskoka

Graphique 3 : Ratios de Mortalité Maternelle pour 100 000 naissances des pays FFM, Afrique Sub-Saharienne et Monde en 2017

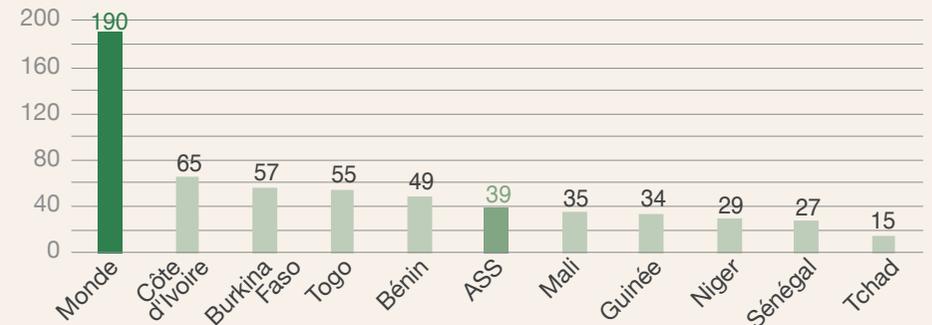


Source: Trends in Maternal Mortality 2000-2015, Estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and the United Nations population Division

Risque de décès maternel sur la vie entière

En moyenne, dans les 9 pays FFM, le risque de décès maternel est passé de 4.83 % en 2000 à 3.86% en 2010 pour atteindre 3 % en 2017. Mieux, 4 pays (Bénin, Burkina Faso, Côte d'Ivoire, Togo) sur 5 font mieux que la moyenne de l'Afrique subsaharienne [graphique 5] pour un pourcentage de 0.53% pour la moyenne mondiale. Seuls le Niger et le Tchad ont des risques plus élevés que la moyenne de l'Afrique de l'Ouest et du Centre.

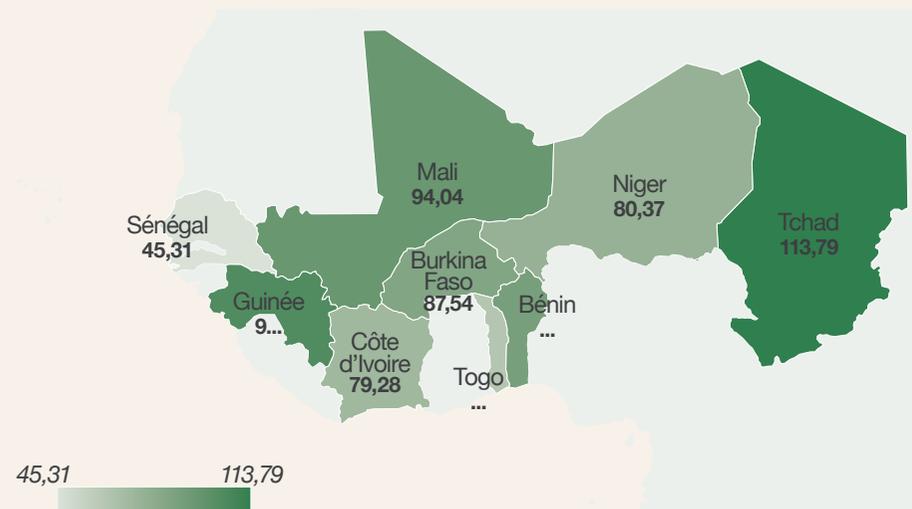
Graphique 4 : Risque de décès maternel sur la vie en 2017



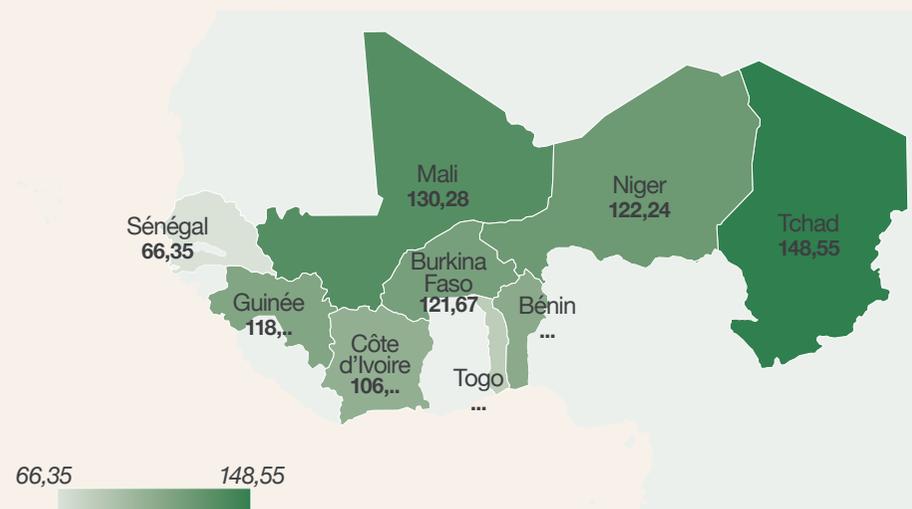
Le taux de grossesses chez les adolescentes de 15 à 19 ans (149/1000) est 3 fois supérieur au taux mondial avec plus d'une fille sur dix âgées de 15 à 19 ans qui ont un enfant¹.

La mortalité des enfants de moins de 5 ans reste très élevée, mais elle a connu des tendances à la baisse dans tous les pays du FFM. Elle était de 66 ‰ au Sénégal et 149‰ au Tchad en 2010 contre 45‰ au Sénégal à 134 ‰ au Tchad en 2019.

Graphique 5 : Taux de mortalité des moins de 5 ans pour 1 000 naissances en 2019

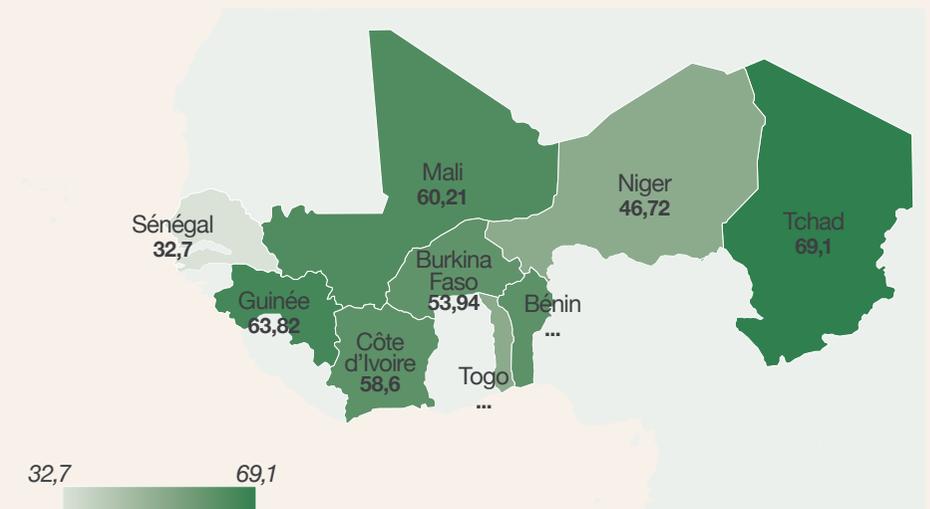


Graphique 6 : Taux de mortalité des moins de 5 ans pour 1 000 naissances en 2010

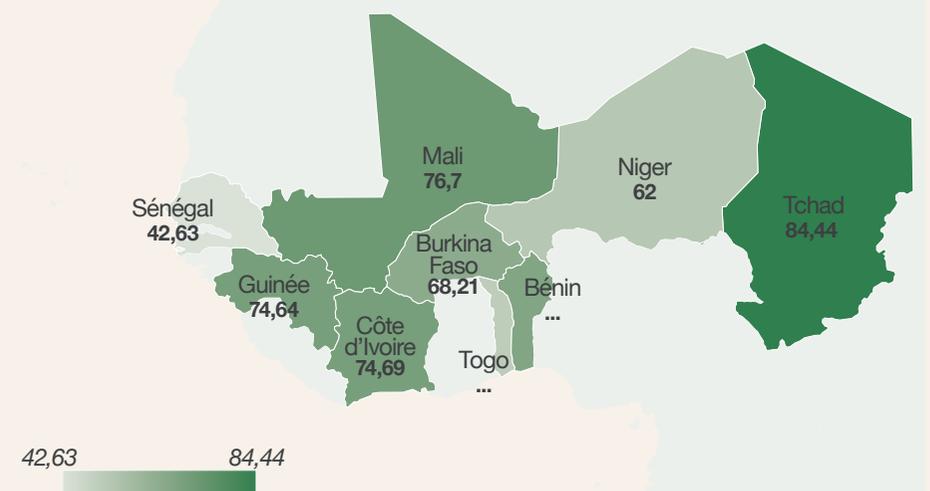


La mortalité des moins de 1 an a varié de 43‰ à 32‰ entre 2010 et 2019 au Sénégal contre 84‰ à 69 ‰ au Tchad pour la même période.

Graphique 7 : Taux de mortalité infantile pour 1 000 naissances en 2019



Graphique 8 : Taux de mortalité infantile pour 1 000 naissances en 2010



“

Vraiment, ce Fonds Français Muskoka a contribué fortement à l'accélération des indicateurs d'impacts de la mortalité maternelle et néonatale.

”

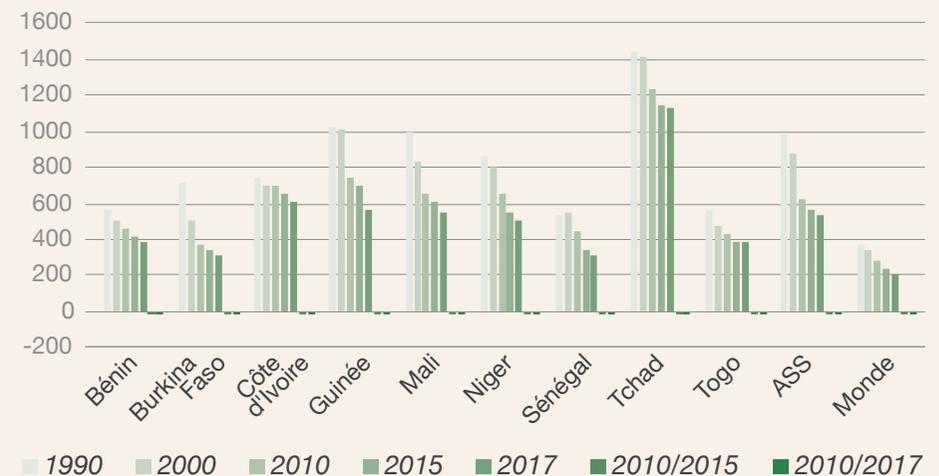
Dr Amadou Doucouré,
Directeur de la santé de la mère et de l'enfant,
Ministère de la santé et de l'action sociale, Sénégal

L'évolution globale entre 2010 et 2019

Depuis le début du programme du FFM, on observe une **diminution des ratios de mortalité maternelle et taux de mortalité infanto-juvénile, auxquelles le FFM a contribué, par la mise en place et l'exécution de ses interventions à haut impact.**

Les progrès en matière de mortalité maternelle sont encourageants mais restent insuffisants. Dans les 9 pays FFM, le ratio de mortalité maternelle est passé de 541 à 402 pour 100.000 naissances vivantes entre 2015 et 2017, soit une réduction de 26 %. Ce ratio moyen reste très élevé car il est 1.9 fois supérieur au taux mondial de 211 et 33.5 fois supérieur à ceux des pays industrialisés (402 versus 12).

Graphique 9 : Distribution des ratios de mortalité maternelle entre 1990 et 2017



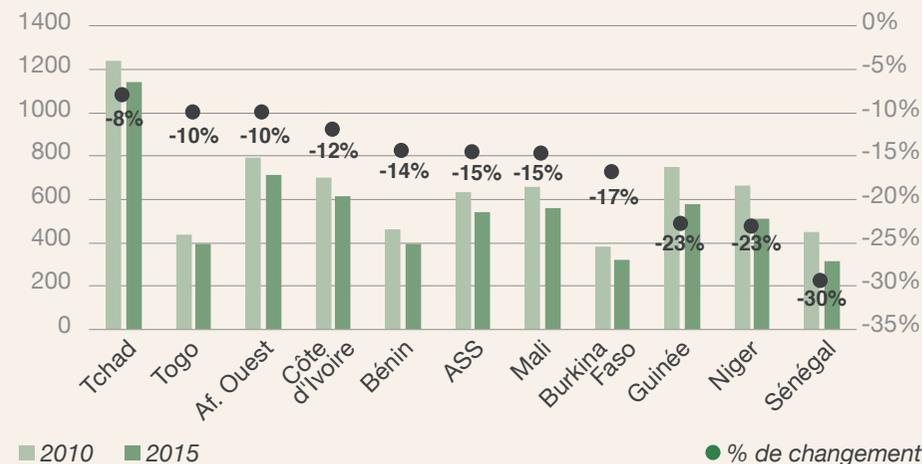
Sources : [1] trends in Maternal Mortality 1990-2015, [2] Trends in Maternal Mortality 2000-2015, Estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and the United Nations population Division

	Ben	BF	CI	Gui	Mal	Nig	Sen	Tch	Tog	ASS	Monde
1990	576	727	745	1040	1010	873	540	1450	568	996	380
2000	520	516	704	1020	836	813	553	1420	489	878	342
2010	464	385	701	747	660	663	447	1240	440	635	296
2015	421	343	658	699	620	555	346	1160	398	566	248
2017	397	320	617	576	562	509	315	1140	396	542	219
2010/2015	-9%	-11%	-6%	-6%	-6%	-16%	-23%	-6%	-10%	-11%	-16%
2010/2017	-14%	-17%	-12%	-23%	-15%	-23%	-30%	-8%	-10%	-15%	-26%

Graphique 10 : Ratios de mortalité maternelle pour 100,000 naissances dans les pays appuyés par FFM , Afrique au Sud du Sahara et Afrique de l'Ouest, 2010-2017



Graphique 11 : Ratios de mortalité maternelle pour 100,000 naissances dans les pays appuyés par FFM, ASS et Afrique de l'Ouest, 2010-2015

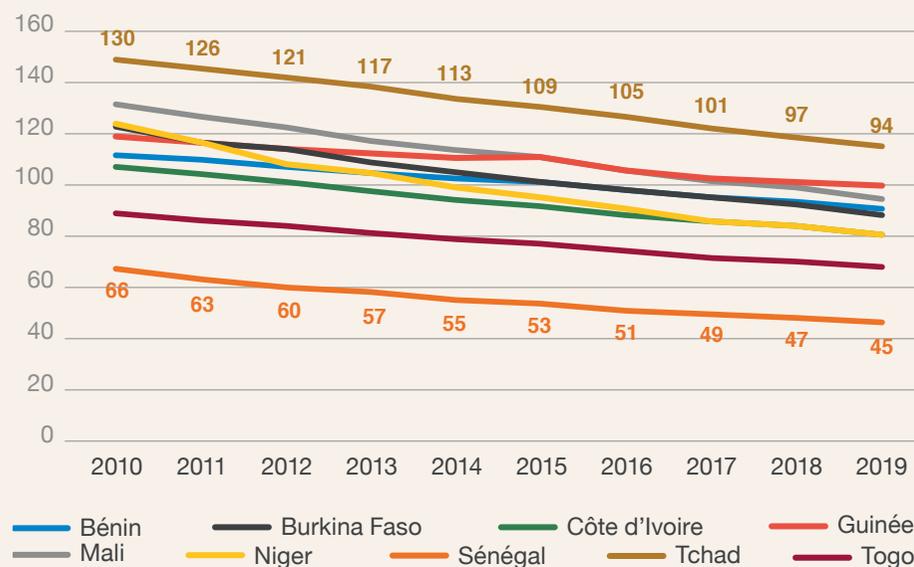


Les deux graphiques ci-dessus indiquent clairement les progrès obtenus pendant la première phase du FFM et deux années plus tard avec des niveaux de réduction de la RMM plus importants.

La situation des enfants s'est améliorée :

Les tendances générales observées de la mortalité des enfants de moins 5 ans dans les pays FFM indiquent qu'entre 2010 et 2019 ces dernières sont à la baisse comme illustré dans le graphique qui suit avec deux baisses statistiquement significatives pour le Mali et le Sénégal.

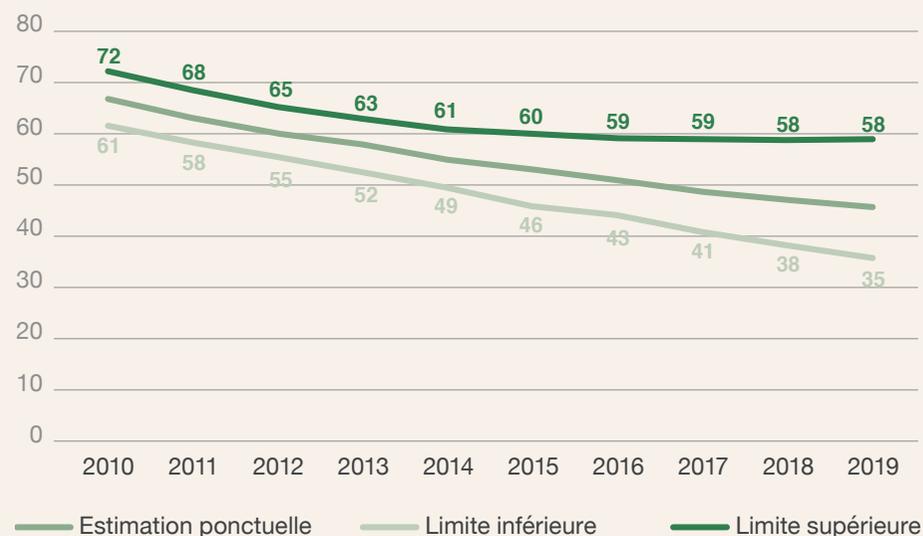
Graphique 12 : Evolution des taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans, 2010-2019



Durant la phase FFM 2010-2019, les % de réductions ont varié entre 16% en Guinée et 34% au Niger. Le Bénin (19%) et la Guinée sont les deux pays qui ont enregistré des réductions de moins de 23%.

Ces réductions de taux de mortalité chez les enfants de moins de 5 ans pour 1000 naissances ont conduit à des différences statistiquement significatives comme illustré dans les courbes ci-dessous du Sénégal et du Mali.

Graphique 13 : Mortalité chez les enfants de moins de 5 ans au Sénégal, (80% de sécurité), 2010-2019



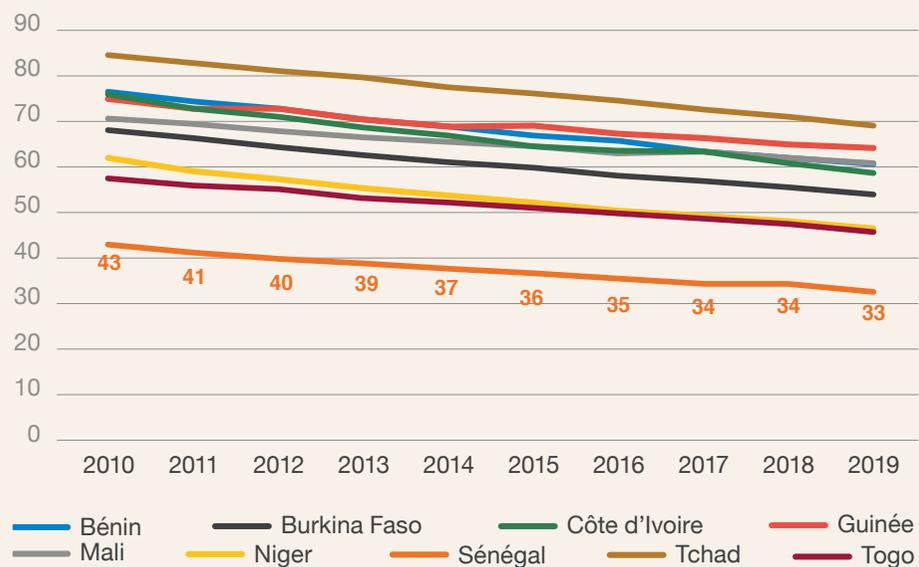
Graphique 14 : Mortalité chez les enfants de moins de 5 ans au Mali, (80% de sécurité), 2010-2019



Mortalité <5ans	Années	Estimation ponctuelle	Borne inférieure	Borne supérieure	Situation statistique
Sénégal	2019	45	35	58	SS
	2010	66	61	72	SS
Mali	2019	94	76	117	SS
	2010	130	120	142	SS

Pour les moins de 1 an, si l'on compare l'année 2019 à 2010, début du projet, nous observons des niveaux de réductions de l'ordre d'au moins 20% pour la majorité des pays FFM à l'exception de la Guinée (14%) et du Bénin (16%).

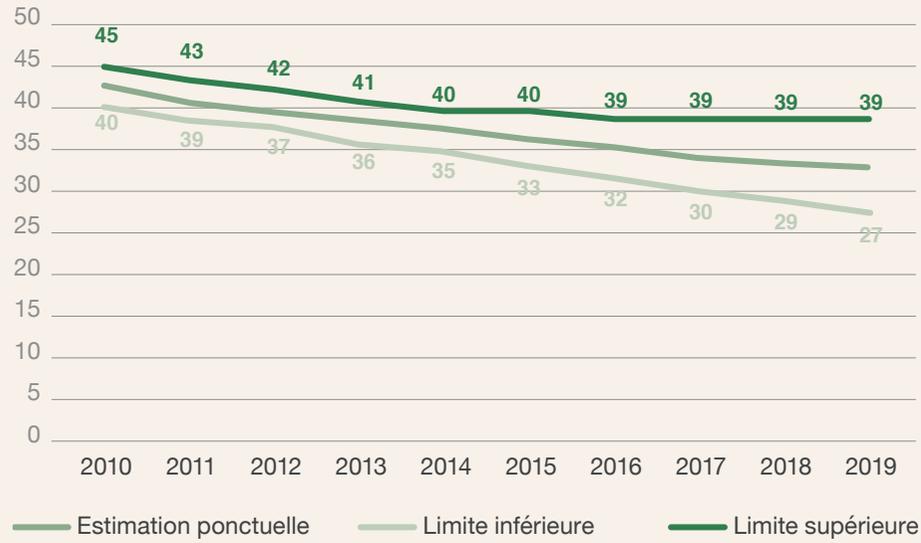
Graphique 15 : Evolution des taux de mortalité des enfants de moins de 1 an, 2010-2019



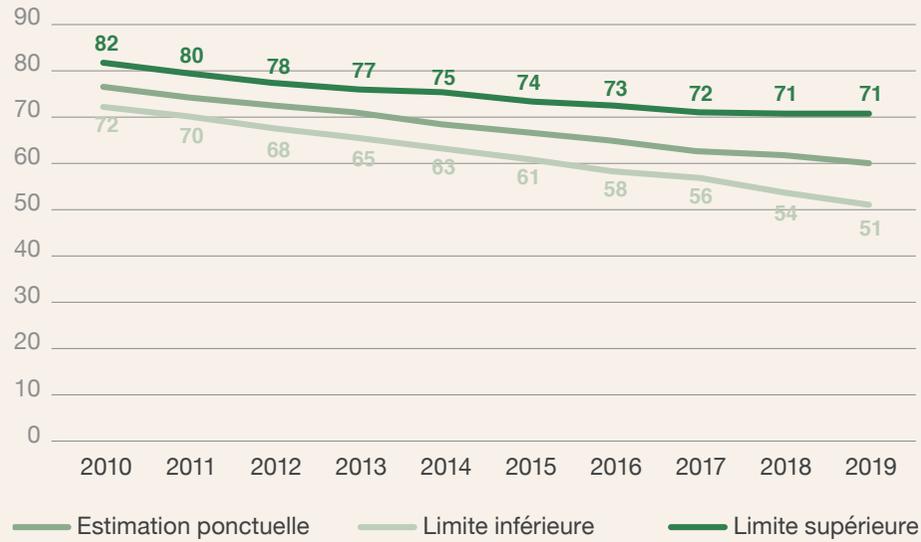
Les analyses prenant en compte les intervalles de confiance des estimations indiquent des différences statistiquement significatives pour le Mali et le Sénégal pour cet indicateur avec des tendances fortes de réduction proches de la signification à 80% pour certains pays.



Graphique 16 : Mortalité chez les enfants de moins de 1 an au Sénégal, (80% de sécurité), 2010-2019



Graphique 17 : Mortalité chez les enfants de moins de 1 an au Mali, (80% de sécurité), 2010-2019

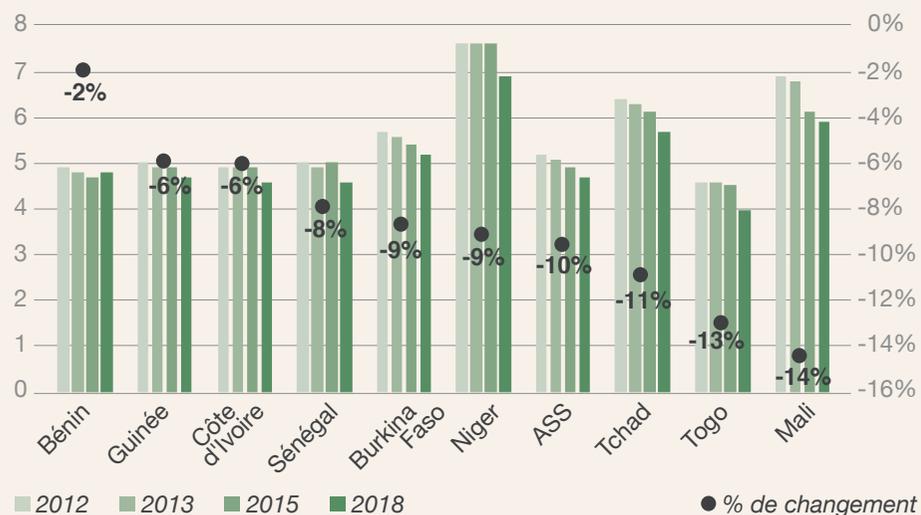


Mortalité infantile	Années	Estimation ponctuelle	Borne inférieure	Borne supérieure	Situation statistique
Sénégal	2019	33	27	39	SS
	2010	43	40	45	SS
Mali	2019	60	51	71	SS
	2010	77	72	82	SS

La planification familiale

Dans tous les pays, sauf au Niger, le nombre d'enfants par femme est en baisse régulière, avec des taux de réduction pouvant aller jusqu'à 14% au Mali entre 2012 et 2018 (passant de 6.9 à 5.9 enfants par femme) suivi du Togo avec une réduction de 13% (passant de 4.6 à 4 enfants par femme). Le Niger a le nombre le plus élevé d'enfants par femme : 6.9 en 2018, contre une moyenne de 4,7 en Afrique sub-saharienne (réduction de 10%) pour la même année. On note une faible amélioration pour le Bénin et la Tchad avec des taux de réduction de 2% chacun.

Graphique 18 : Évolution des taux de fécondité et pourcentage de réduction 2018/2012 dans les pays FFM et ASS



Sources : Situation des enfants dans le monde/United Nations iLibrary/ www.un.iilibrary.org

Graphique 19 : Évolution des prévalences contraceptives dans les pays FFM (toutes méthodes)



Source : World contraceptive use 2020, The United states/www.un.org



Le Fonds Français Muskoka contribue au renforcement des systèmes de santé pour améliorer la santé et le bien-être des femmes, des nouveau-nés, des enfants et des adolescents en République d'Égypte et au Bénin.

muskoka.org

Planification familiale

Prévention et prise en charge des violences faites aux femmes et aux filles

Égalité sexuelle et de la reproduction des adolescents et des jeunes

Production et partage de connaissances

Éducation sexuelle

Accès aux médicaments et produits de santé essentiels pour la santé maternelle, néonatale et infantile

Accès aux médicaments et produits de santé essentiels pour la santé maternelle, néonatale et infantile

Accès aux médicaments et produits de santé essentiels pour la santé maternelle, néonatale et infantile

Éducation sexuelle

Éducation sexuelle

Jeune
Politiques, stratégies, plans et directives élaborés, dirigés et coordonnés

Éducation sexuelle

2010-2020

MÉCANISME D'INTERVENTION *du* FFM

Le Fonds Français Muskoka (FFM) a pour cible d'intervention la population de femmes, d'enfants, de femmes enceintes et de nouveau-nés, et d'adolescent.e.s de pays d'Afrique de l'Ouest et du Centre.

C'est un **mécanisme novateur** de coordination, d'appui technique et de mise en œuvre aux niveaux régional et national d'interventions à haut impact pour lutter contre la morbidité et la mortalité et améliorer l'accès et la qualité des soins pour cette population particulièrement vulnérable. 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.

Le FFM réunit les mandats complémentaires et les avantages comparatifs distincts de **4 agences des Nations Unies : OMS, ONU Femmes, UNFPA, UNICEF.**

Le travail conjoint des quatre agences des Nations Unies permet de développer des interventions complémentaires pouvant avoir un impact positif et rapide sur la santé des femmes et des enfants, tout en évitant les duplications. La responsabilité technique des agences est basée sur leur mandat respectif :

OMS les normes et standards en santé maternelle, néonatale et infantile

UNICEF la santé, nutrition et développement des enfants

UNFPA la santé maternelle, sexuelle et de la reproduction y compris des adolescent(e)s et jeunes, la planification familiale et le soutien aux soins sages-femmes de qualité

ONUFemmes l'égalité des sexes et autonomisation des femmes

Au cours de ces 10 ans, le FFM a montré la réalité et la pertinence d'un **mécanisme de type H4+/H6 (Partenariat des agences des Nations Unies ayant des mandats relatifs à la santé)**, seul exemple véritablement opérationnel et fonctionnel dans le monde des partenaires au développement en santé. De même, l'initiative HHA ("Harmonization for Health in Africa") est un mécanisme régional collaboratif réunissant la Banque africaine de Développement, l'Alliance mondiale pour les

personnels de santé, JICA, NORAD, USAID, ONU Sida, UNFPA, UNICEF, l'OMS et la Banque mondiale. Son objectif est de fournir un appui régional aux gouvernements africains en matière de renforcement de leurs systèmes de santé. Le HHA facilite et coordonne tous les aspects des processus menés par les pays pour le renforcement de leurs systèmes de santé (y compris : financement de la santé; ressources humaines du secteur de la santé; chaînes d'approvisionnement et pharmaceutiques ; gouvernance et services d'approvisionnement ; infrastructure et TIC).

Mécanismes de coordination et de concertation

Il s'articule sur trois niveaux :

COPIL Comité de pilotage	Donne les orientations stratégiques, adopte et valide les plans d'actions, les budgets et les rapports provenant des Agences et des pays bénéficiaires du FFM. Est constitué des directeurs des différentes Agences, des responsables santé du MAE et des conseillers santé régionaux du MAE en Afrique de l'Ouest et du Centre.
COTECH Comité Technique	Assure le suivi technique et assure la mise en œuvre des orientations du COPIL Rassemble les points focaux des Agences, des experts techniques des Agences et des représentants du MAE, dont les conseillers santé régionaux en Afrique de l'ouest et centrale. UNICEF BRAOC facilite le travail du comité technique en termes de secrétariat, facilitation, rédaction des rapports, suivi et évaluation.

Suite à une évaluation formative menée dans le courant de l'année 2019, le MEAE a formulé des recommandations pour améliorer le fonctionnement du FFM. Celles-ci présentées lors du COPIL de mars 2020 ont précisé les modes de renforcement de la gouvernance des organes de gestion, rôles et responsabilités, du COPIL, du COTECH, du Secrétariat au niveau régional et des Groupes de Coordination inter agences et des Agences leader au niveau du pays.

COPIL

- Possibilité d'adhésion au COPIL des représentants des pays bénéficiaires
- Assurer une représentation de la société civile au sein du COPIL.

COTECH

- Définir le mandat du COTECH, y compris la composition des membres et de son fonctionnement. Maintenir la représentation du MEAE au niveau de Paris et des conseillers régionaux.
- Définir le rôle, la responsabilité et le mécanisme de rotation du poste de président du COTECH.

Secrétariat

- Renforcer le secrétariat pour la coordination-partenariat, communication/visibilité et suivi-évaluation
- Mettre en place un tableau de bord SRMNIA-Nut
- Soutenir le COTECH dans ses activités, (technologie webinaire)
- Faire un suivi strict de l'application des décisions prises par les réunions du COPIL et du COTECH

Groupes de coordination inter-agences

- Redéfinir le rôle et les responsabilités des groupes de coordination-inter-agences et des agences coordinatrices ;
- Renforcer l'implication des représentants pour assurer une participation active de toutes les agences

Partenaires

Lancer un travail d'engagement de la société civile et des instances nationales aboutissant à une stratégie détaillée, éventuellement par un partenaire externe.

Méthodologie commune de travail au niveau des pays

- désignation d'une **agence leader** pour manager le processus,
- mise en place d'un **mécanisme de coordination inter agence**, élargi à la partie nationale,
- tenue de réunions régulières pour le **suivi rapproché de la mise en œuvre** des activités, éventuellement avec les chefs d'agences pour évaluer le **niveau d'exécution**, et avec les points focaux du ministère
- établissement de contacts permanents entre bureaux régionaux et bureaux pays, ainsi qu'avec les sièges des agences.

L'articulation avec l'Agence Française de Développement (AFD), les échanges et les partages d'information avec les ambassades de France des pays concernés ont été renforcés dans tous les pays grâce à l'entremise du réseau des conseillers régionaux en santé mondiale présents dans la zone.

Mécanisme de coordination : exemple du Togo

1. pour un accès équitable au personnel de santé :

PLANIFICATION	
Projection des besoins en personnel SMNI	OMS
Evaluation de la qualité des écoles de formation	UNFPA
Détermination des stratégies de formation, recrutement, déploiement et fidélisation	
MISE EN ŒUVRE	
Recrutement de sages-femmes et d'infirmiers	UNICEF
Déploiement du personnel recruté dans les zones mal desservies	AFD

2. pour la lutte contre la mortalité maternelle, néonatale et infantile, et pour le renforcement des systèmes de soins au niveau communautaire :

PROGRAMME 1 Lutte contre la mortalité maternelle et néonatale	
OSFFM 1.1 Amélioration de la santé de la reproduction des adolescent.e.s et des jeunes	UNFPA, OMS
OSFFM 1.3 Repositionnement de la Planification Familiale	UNFPA, OMS
OSFFM 1.2 Augmenter la couverture des interventions essentielles de qualité dans les domaines de : suivi de la grossesse, assistance à l'accouchement, soins obstétricaux et néonataux d'urgence et soins après avortement, suivi post-partum	UNICEF, UNFPA, OMS
PROGRAMME 2 Lutte contre la mortalité infanto-juvénile	
OSFFM 2.1 Repositionnement des soins communautaires et familiaux	UNICEF, OMS, ONUFemmes
OSFFM 2.2 Renforcement de la prestation des services curatifs en lien avec la santé infantile et info-juvénile (PCIME, traitement de la malnutrition aigue)	UNFPA OMS
PROGRAMME 5 Renforcement du système de santé et du système communautaire	
OSFFM 5.1 Renforcement de la gouvernance et du pilotage du système de santé	UNICEF, UNFPA, OMS
OSFFM 5.2 Renforcement de l'accès aux médicaments, vaccins, produits sanguins et technologies médicales essentielles	UNICEF, OMS
OSFFM 5.3 Renforcement du système d'information sanitaire, de la recherche et de la gestion de la connaissance	UNICEF, OMS, UNFPA, ONUFemmes
OSFFM 5.4 Renforcement du financement du secteur	UNICEF, OMS
OSFFM 5.5 Développement des ressources humaines pour la santé	UNICEF, OMS, UNFPA

3. pour la synergie du FFM avec les autres partenaires :

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, l'ONG Plan au Togo qui est engagée 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 VIH/SIDA, le paludisme et la tuberculose et l'appui de GAVI, l'Alliance du vaccin.



Marqueurs genre et jeunesse

Tout au long de leur existence, les femmes doivent faire face à de nombreux facteurs de discriminations qui interviennent dans tous les domaines de la vie privée comme publique. En matière de santé materno-infantile et de santé sexuelle et reproductive, les iniquités de genre – au détriment des femmes, des adolescentes et des petites filles – ont un impact particulièrement négatif. Les femmes sont davantage isolées, elles ont moins accès à l'éducation, ou à l'information en cas de crise sanitaire par exemple, elles disposent de moins de liberté, de mobilité et d'autonomie, et elles exercent un contrôle très limité sur les ressources familiales et communautaires. Elles peuvent avoir un accès limité aux ressources alimentaires. Le statut des femmes les tient à l'écart des processus de prise de décision, et particulièrement quand il s'agit d'avoir recours à des soins, avec des conséquences qui peuvent être mortelles en cas d'urgence obstétricale. C'est aussi le manque d'autonomie pour la planification familiale, mais aussi les pratiques traditionnelles néfastes, les violences basées sur le genre qui imposent la prise en compte du genre dans les programmes de développement en santé.

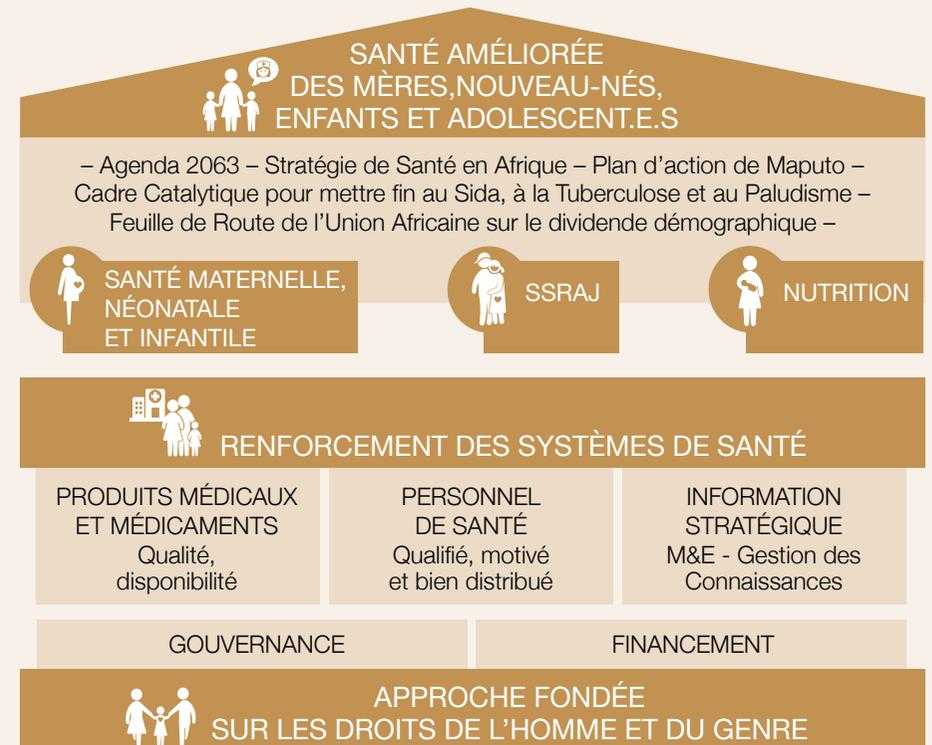
Les adolescent.e.s ne sont pas simplement des « enfants âgées » ou de « jeunes adultes ». Des facteurs individuels, interpersonnels, communautaires, organisationnels et structurels font de l'adolescente une cible spécifique pour les programmes de développement en santé, et en particulier en matière de santé génésique du fait de sa vulnérabilité.

Pour mieux comprendre et assurer le développement harmonieux et la prise en charge des adolescent.e.s, les prestataires de soins et les agents de santé doivent avoir les connaissances adéquates, les compétences nécessaires et les attitudes adaptées.

Appui complémentaire du Comité français pour l'UNICEF au FFM

Afin de permettre le développement ou le renforcement de la promotion des Pratiques Familiales Essentielles (PFE) dans les pays, le comité français pour l'UNICEF appuie le bureau régional Afrique de l'Ouest et du Centre de l'UNICEF depuis 2011 pour un montant total de 6 585 000 euros en soutien aux activités portées par le Fonds Français Muskoka.

Dans la mesure où il revient avant tout aux familles de veiller sur leurs enfants, des résultats ne sont envisageables qu'à la condition d'une collaboration entre agents de santé et familles, et d'un soutien de leurs communautés. Améliorer les pratiques de la famille et de la communauté constitue l'une des trois composantes de la stratégie PCIME, promue par l'UNICEF. Il s'agit là d'engager, de développer et de soutenir des pratiques familiales essentielles à la survie de l'enfant et à son développement.



Bref historique des orientations stratégiques depuis l'origine du dispositif

Le Comité de Pilotage (COPIL), principalement composé des Directeurs Régionaux des 4 agences (OMS, UNICEF, UNFPA, 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 COPIL, 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 pour le suivi des interventions en alignement avec les cadres globaux de redevabilité en matière de la SRMNIA-Nut.**
- **La première année** de mise en œuvre du FFM a permis de développer un arsenal commun d'outils de planification, suivi et reportage, de faire des analyses de situation de base en matière de SRMNIA-Nut dans les pays cibles.
- **En année 2**, l'accent 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 SRMNIA-Nut .
- **En année 3**, les activités pays et les activités régionales ont été rencontrées sur 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 portée sur quelques thématiques prioritaires, notamment sur le Renforcement du Système de Santé (RSS), la nutrition et la Santé Sexuelle & Reproductive des Adolescent.e.s et des Jeunes (SSRAJ).

2. Alors que les 9 pays, Bénin, Burkina Faso, Côte d'Ivoire, Guinée, Mali, Niger, Sénégal, Tchad et Togo ont en 2015 des populations qui s'échelonnent entre 10 et 20 millions d'habitants, et présentent ainsi un ensemble homogène en termes de démographie, la RDC a 76 millions habitants. De ce fait, à budget moyen égal par pays, l'impact de l'engagement de FFM sur la RDC était beaucoup moins important. De la même façon, pour Haïti, le FFM s'est positionné au moment de la survenue de la grande crise humanitaire liée au tremblement de terre. La France s'étant fortement engagée auprès d'Haïti pour la gestion de la crise, des activités spécifiques du FFM devenaient plus difficile à coordonner et à aligner sur l'ensemble des programmes homogènes du FFM en Afrique de l'Ouest et du Centre. Néanmoins, pendant les trois années où ces pays ont bénéficié des programmes du FFM, ce sont les mêmes populations vulnérables qui ont été ciblées, pour des interventions identiques d'accès à la SRMNIA-Nut et d'amélioration de la qualité des soins (voir chapitre IV).

- **A partir de l'année 7**, les interventions à haut impact (IHI) ont été mises en œuvre dans la perspective de passage à l'échelle nationale. La planification des activités du FFM est alignée sur les cycles de planification nationaux.

Le périmètre géographique d'intervention

- **Années 1, 2 et 3** : Les interventions se sont concentrées 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
- **Année 4** : Par souci d'homogénéité et d'efficacité, deux pays qui ne bénéficiaient de l'appui que d'une seule agence et d'un faible montant financier (RDC et Haïti)² sont sortis en année 4 du programme Muskoka.
- **Année 5 et suivantes** : Un focus programmatique et financier a été porté 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.
- Le Burkina Faso a été éligible de 2011 à 2014. Il a ensuite réintégré le groupe des pays bénéficiaires en 2020.

Les thématiques

Afin que le FFM réponde aux autres enjeux stratégiques défendus par la France, notamment les questions liées à la dynamique de populations 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 adolescent.e.s 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, grâce à un renforcement programmatique et technique des interventions ciblant des jeunes et des adolescent.e.s.
- Concernant les interventions sur 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. 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 SRMNIA-Nut-PF-RH-Nutrition financées par le FFM sur les maternités est totalement pertinent.
- Pour le **RSS** et la **SMNI PF** on note respectivement 26% et 31% des interventions en année 6.



“

En terme de progrès, je dirais qu'il y a une meilleure coordination entre les agences du Système des Nations Unies.

Les Fonds Français ont permis de renforcer les capacités des acteurs du terrain, de mieux connaître les interventions à haut impact et de renforcer la disponibilité de produits d'importance vitale pour la mère et pour l'enfant, en intégrant certains produits qui manquaient à la liste des médicaments essentiels.

”

Dr Geneviève Saki-Nekouressi,
Ex-Conseiller Programmes mère-enfant de l'OMS,
Côte d'Ivoire

Les types d'interventions financées

A partir de l'année 5 la composante 1 a été privilégiée, à savoir les interventions dans les pays bénéficiaires et les financements de coordination et autres activités régionales ont été réduits.

- 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.
- En année 10, la crise Covid-19 a eu un impact sur la mise en œuvre des interventions (voir chapitre V).

La communication pour une bonne visibilité

Afin d'assurer **la visibilité** du FFM, 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 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. L'année 9 a été particulièrement riche en activités et événement nationaux et internationaux auxquels le FFM a contribué et participé (voir chapitre VII).

Les partenariats

- La mise en œuvre de la **stratégie inter-agences de communication** a eu un fort impact sur la visibilité des activités du FFM et a facilité la communication inter-agences ainsi qu'avec les autres partenaires.
- **L'articulation avec l'Agence Française de Développement (AFD)** et les échanges et les partages d'information avec les ambassades de France des pays concernés ont été renforcés dans tous les pays dès l'année 6 à travers l'implication des Conseillers régionaux en Santé Mondiale.
- La programmation et la mise en œuvre de **l'appui catalytique du Comité français pour l'UNICEF³** sont intégrées, notamment pour la promotion et le développement des Pratiques Familiales Essentielles dès le début du programme.
- En année 8, **le gouvernement du Danemark** a souhaité s'impliquer dans le développement de la SRMNIA-Nut et a fait appel au FFM, ses équipes et sa méthodologie pour développer des activités spécifiques identifiées.

L'évaluation du FFM

Une évaluation du dispositif Muskoka a été réalisée en 2014 par le cabinet Ernst & Young à la demande du ministère des Affaires étrangères. On rappelle qu'à la suite du sommet du G8 de Muskoka en juin 2010, les engagements de la France, pour une période de 5 ans, ont été mis en œuvre en suivant différents canaux : le canal bilatéral, avec l'AFD (Agence Française de Développement), et le canal multilatéral (Fonds Français Muskoka, Fonds Mondial et de GAVI, l'Aga Khan Development Network).

De cette évaluation, après entretiens avec les différentes parties prenantes en France, en Suisse, au Sénégal, au Togo et en RDC, il est ressorti pour le FFM les éléments suivants :

3. Depuis le début de Muskoka le Comité français de l'UNICEF contribue annuellement 1,2 millions euros dont l'objectif est de permettre le développement ou le renforcement de la promotion des Pratiques Familiales Essentielles dans sept pays: Bénin, Côte d'Ivoire, Guinée, Mali, Niger, Tchad et le Togo.

- **La pertinence** de l'engagement en faveur de la SMIA (avec en particulier les droits des filles et des femmes, à la santé sexuelle et reproductive et à la prévention ou la prise en charge des violences sexuelles) et du choix du périmètre géographique défini.
- **La cohérence** des actions mises en œuvre de façon coordonnée par les quatre agences dans un cadre commun et en ligne avec les plans nationaux de développement sanitaire. (La coordination, au niveau des pays, avec l'AFD, a été perçue comme pouvant être plus active).
- **L'efficacité**, avec la mise en place d'outils et de dispositifs communs de planification et de suivi évaluation et la valeur ajoutée de travailler avec ONU Femmes et l'UNFPA pour l'amélioration des droits des femmes.
- **L'efficience**, avec le mécanisme de fonctionnement du FFM qui repose sur le comité technique et le comité de pilotage ainsi qu'une coordination régionale (qui pourrait également être plus opérationnelle et partagée avec l'AFD).



- **L'impact** avec une méthodologie de suivi telle que des effets sont mesurables pour un certain nombre d'indicateurs, en termes d'attribution ou de contribution, à l'échelle nationale ou au niveau régional, et de façon plus évidente que pour d'autres canaux de mise en œuvre de l'engagement Muskoka.
- **La durabilité**, incertaine au moment de l'évaluation quand le FFM abordait sa quatrième année (mais, a posteriori solide puisque le FFM, contrairement à d'autres canaux de mise en œuvre, poursuit sa dixième année de programme).

L'évaluation finale de l'initiative globale Muskoka a été présentée en septembre 2019. Concernant son volet multilatéral représenté par le FFM, on retient les éléments suivants :

Le FFM a renforcé une dynamique de collaboration déjà existante entre les 4 Agences des Nations unies au niveau régional et national i) au sein même des Agences ; ii) entre Agences nationales et les Ministères de la Santé nationaux ; et iii) entre Agences au niveau international.

Le FFM est reconnu par les Agences comme **le premier Fonds ayant posé les jalons nécessaires à la mise en œuvre de la réforme « One UN »** et l'avoir mise en pratique pour la SSRMNIA-Nut.

Le FFM contribue à la mise en œuvre des principes « One UN » d'un responsable unique, d'un programme unique et d'une voix unique.

Le cadre du FFM a facilité, selon les Agences des Nations Unies (OMS, UNFPA, UNICEF), la mise en place de la **programmation conjointe H4, puis H6**, associant la Banque Mondiale, l'OMS, l'UNFPA, l'UNICEF, ONU Femmes, ONUSIDA, avec l'appui des financements canadiens et suédois. Le FFM aurait ainsi « servi de base », au programme H6, qui aurait adopté la même philosophie de travail que le FFM (programmation, mise en œuvre, rapportage conjoints, le tout étant axé sur des interventions à haut impact, IHI).

Un mécanisme tel que le FFM est un exemple d'**outil utile à la France pour ses négociations** auprès des Nations Unies afin de faire valoir ses positions

Aujourd'hui le dispositif est **bien connu des représentations françaises auprès des Nations unies et a pu être pris comme modèle devant l'Assemblée Générale des Nations unies**, comme dans les conseils d'Administration des Agences des Nations unies. Le FFM a en effet été valorisé lors de la 3ème Commission sociale, humanitaire et culturelle de l'Assemblée Générale par ONU Femmes sur la question de l'accès aux droits à la santé sexuelle et reproductive (accès à l'avortement et lutte contre les mutilations génitales).

Selon les représentants de la France auprès des Nations unies à New York, sur des sujets aussi sensibles et qui génèrent des positionnements parfois très crispés de certains états conservateurs, le FFM est un outil très important pour faire valoir que les positionnements français s'accompagnent d'actes concrets et de financements.

Les évaluateurs n'ont pas observé de progrès suffisant dans les synergies entre le FFM et le canal bilatéral depuis l'évaluation à mi-parcours de 2014.



2010-2020
**ASPECTS
FINANCIERS**

Méthodologie

Les données utilisées pour ce rapport ont été extraites des rapports officiels de l'initiative du FFM/Danemark pour les 10ans (2011-2020).

Pour la dernière année (2020), il s'agit d'un rapport intermédiaire dont les données utilisées ne sont pas encore complètes (rapport annuel 2020 attendu pour juillet 2021).

Tableaux d'analyse financière

Tableau 2 : Répartition du budget du Fonds Français Muskoka / Danemark par année et par agence pour la période 2011-2020 (en euros)

Années	UNICEF	UNFPA	OMS	ONU-Femmes	Total alloué
Année 1 (2011 - 2012)	8'500'000	4'875'320	4'500'000	1'000'000	18'875'320
Année 2 (2012 - 2013)	8'500'000	6'192'635	4'500'000	1'000'000	20'192'635
Année 3 (2013 - 2014)	8'765'000	4'700'000	4'620'000	915'000	19'000'000
Année 4 (2014 - 2015)	8'500'000	4'700'000	4'850'000	950'000	19'000'000
Année 5 (2015 - 2016)	6'250'000	3'600'000	3'700'000	700'000	14'250'000
Année 6 (2016 - 2017)	3'500'000	3'000'000	3'000'000	500'000	10'000'000
Année 7 (2017 - 2018)	3'500'000	3'000'000	3'000'000	500'000	10'000'000
Année 8 (2018 - 2019)	3'500'000	3'000'000	3'000'000	500'000	10'000'000
Année 9 (2019 - 2020)	3'901'669	3'890'494	3'241'002	901'670	11'934'835

Année 10 (2020 - 2021)	3'808'465	3'455'851	3'401'079	807'500	11'472'895
Grand Total (2011 - 2020)	58'725'134	40'414'300	37'812'081	7'774'170	144'725'685

Le tableau 1 ci-dessus montre les éléments essentiels suivants :

- Le montant total des fonds alloués dans le cadre du Fonds Français Muskoka par le MEAE/France (2011-2020) et le Danemark (2019-2020) s'élève à **144.725.685 €**.
- **63% de ces fonds ont été mis à la disposition des agences concernées pendant la phase initiale des cinq premières années.**
- Les fonds ont été mis à la disposition des pays à travers les agences des nations unies : OMS, ONU Femmes, UNFPA, UNICEF qui ont en outre assuré la coordination et l'assistance technique (la répartition des fonds entre les agences étant définie par le MEAE/Danemark).

Tableau 3 : Répartition des ressources utilisées par pays pour la période de 2011-2019 (en euros)

Pays	2011 et 2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	Total
Bénin	1'165'000	2'130'173	1'932'131	1'848'732	1'229'704	418'892	627'640	746'179	10'565'173
Burkina Faso	299'280	254'760	211'015	0	0	173'474	115'920	0	1'054'449
Côte d'Ivoire	357'400	1'101'922	902'584	807'937	662'596	386'687	906'291	756'958	6'332'867
Guinée	2'451'244	2'050'595	2'314'120	2'261'713	1'662'481	1'603'894	963'560	1'545'897	15'829'104
Haïti	170'957	134'152	176'195	0	0	0	0	0	481'304
Mali	2'056'650	1'833'688	1'520'241	1'391'374	1'487'013	1'595'729	659'707	1'284'899	12'254'000
Niger	1'272'857	1'469'638	1'693'091	1'710'491	1'413'933	1'424'198	923'193	1'363'444	11'708'867
Sénégal	365'500	494'598	427'212	703'266	507'938	318'268	687'131	579'880	4'717'460
Tchad	2'096'757	1'803'030	1'854'979	1'861'515	1'548'499	1'344'421	787'320	1'218'110	13'355'226
Togo	2'220'457	1'918'523	1'998'633	1'955'464	1'410'650	474'399	711'400	641'129	11'556'845
RCA	97'857	0	147'728	0	0	0	0	0	245'585
RDC	347'960	324'240	176'822	0	0	0	0	0	849'022
Autres pays Mauritanie, Niger et Sénégal (UNFPA)	277'014	36'739	0	745'232	29'071	0	0	0	1'088'056
Dépenses pour activités au niveau régional/Siège (OMS)	1'143'723	0	0	0	0	0	0	0	1'143'723
Total Composante 1 (Renforcement des systèmes de santé dans les pays cibles)	14'322'656	13'552'058	13'354'751	13'285'724	9'951'885	7'739'962	6'382'160	8'136'496	91'181'682

Composante	2011 et 2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	Total
Composante 1 (Renforcement des systèmes de santé dans les pays cibles)	14'322'656	13'552'058	13'354'751	13'285'724	9'951'885	7'739'962	6'382'160	8'136'496	91'181'682
Composante 2 (Appui aux activités inter-pays et régionales) / Contribution du Danemark	1'425'280	3'417'084	2'635'333	3'002'466	2'527'971	1'795'127	2'342'478	2'339'328	21'062'410
Composante 3 (Gestion, Suivi, Évaluation et Documentation)	1'625'738	1'616'169	1'498'195	1'077'643	563'000	776'094	450'000	437'926	8'738'770
Frais administratifs (8% l'UNICEF et l'UNFPA, 7% l'ONU-Femmes, 13% l'OMS)	1'525'652	1'607'324	1'592'911	1'634'167	1'207'144	706'371	825'361	1'026'804	11'142'598
Total Année	18'899'326	20'192'635	19'081'190	19'000'000	14'250'000	11'017'554	9'999'999	11'940'554	132'125'460

Le tableau 2 ci-dessus montre les éléments essentiels suivants :

- **85% des fonds alloués** aux agences onusiennes **ont été utilisés directement** par les pays pour soutenir les activités de mise en œuvre des interventions à haut impact.
- **58,5% du budget total pour les pays ont été utilisés** dans les quatre pays prioritaires du FFM : Guinée, Tchad, Mali et Niger.
- Pendant les trois premières années, les pays suivants : Haïti, RDC et RCA ont bénéficié des fonds du FFM.
- Le Burkina Faso a été éligible de 2011 à 2014. Il a ensuite réintégré le groupe des pays bénéficiaires en 2020.





Tableau 4 : Performance d'utilisation des fonds MUSKOKA par agence pour la période de 2011 - 2019 (en euros)

Années	UNICEF		UNFPA		OMS		ONU-Femmes		Total		
	Alloué	Utilisé	Alloué	Utilisé	Alloué	Utilisé	Alloué	Utilisé	Alloué	Utilisé	Ratio
Années 1 à 6 (2011 - 2016)	46'681'296	45'897'050	29'821'271	29'493'326	25'235'447	24'556'357	6'188'690	6'003'029	107'926'704	105'949'763	98.2%
Années 7 et 8 (2017 - 2019)	7'000'000	6'444'380	6'800'603	6'342'520	6'000'000	5'650'318	1'154'512	1'097'543	20'955'115	19'534'761	93.2%
Année 9 (2019 - 2020)	3'901'669	3'877'394	3'890'494	3'621'021	3'241'002	2'503'045	901'670	482'711	11'934'835	10'484'171	87.8%
Grand Total (2011 - 2020)	57'582'965	56'218'824	40'512'368	39'456'867	34'476'449	32'709'720	8'244'872	7'583'283	140'816'654	135'968'694	96.6%

Le tableau 3 montre une **performance élevée à plus de 96%** de la mise en œuvre des fonds Français Muskoka tout au long des 10 années de l'initiative. Ceci correspondait à une recommandation forte du MEAE, à laquelle ont adhéré tous les acteurs dans les pays concernés ainsi que les agences Onusiennes partenaires (noter que les fonds utilisés en 2020 ne sont pas pris en compte dans le tableau 3).

Tableau 5 : Ventilation du budget selon les domaines d'intervention à Haut Impact (IHI)

IHI	2011-2013	2014	2015	2016	2017-2018	2019	2020*
IHI 1 SRMNIA-Nut Santé Maternelle, Néonatale, Infantile, PF	-	35%	38%	35%	30%	28%	26%
IHI 2 SSRAJ Santé Sexuelle, Reproductive des Adolescent.e.s et Jeunes	-	10%	5%	16%	29%	28%	31%
IHI 3 RSS Renforcement des Systèmes de Santé, ressources humaines et médicaments	-	7%	6%	31%	21%	26%	23%
IHI 4 NUT Nutrition	-	48%	51%	17%	20%	18%	20%

* Pour l'année 10 (2020) il s'agit d'un rapport intermédiaire et les données complètes seront fournies dans le rapport final (attendu après juillet 2021)

Le tableau 4 ci-dessus reflète l'évolution de la ventilation des dépenses effectuées par domaines d'intervention à haut impact : la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant et planification familiale (SRMNIA-Nut/PF) ; la santé sexuelle, reproductive des adolescent.e.s et des jeunes (SSRAJ) ; renforcement des systèmes de santé, y compris les ressources humaines et médicaments essentiels (RSS) et la nutrition (NUT).

La deuxième phase du FFM a été marquée par une priorisation des activités de SSRAJ et de NUT en plus de la SRMNIA-Nut/PF et RSS, avec des implications en termes d'allocations financières.

En 2018, le Danemark a mis à la disposition du FFM des fonds pour soutenir le domaine particulier de l'éducation complète à la sexualité à raison de 3 millions €/an pour une période de deux ans (2019-2020). Ces fonds ont été utilisés et repris dans les rapports annuels.

Estimation de la contribution du FFM au financement des services de santé SRMNIA-nutrition dans les pays de l'Afrique de l'Ouest : exemple du Niger et du Sénégal

Il est apparu en outre nécessaire d'estimer la contribution aux dépenses de SRMNIA-Nut dans les pays par le FF Muskoka en comparaison des fonds propres des pays dont les données étaient disponibles.

Niger, Comptes Nationaux de la Santé (2011 & 2017)

- Les dépenses liées à la santé de la reproduction y compris les carences nutritionnelles ont été estimées à 14,59 milliards de FCFA (21,39 millions d'euros) soit 7,26% des dépenses totales de la santé ; parmi ces dépenses les affections périnatales viennent en première position avec 31,35% suivies des carences nutritionnelles avec 26,57% et enfin les affections maternelles avec 17,65%.
- Au Niger, en 2017, les financements extérieurs occupent la première place en matière de sources de fonds de la santé de la reproduction et de la nutrition avec 6,5 milliards de FCFA (9,9 millions d'euros) soit 44,53%. L'administration publique quant à elle, a géré 6,4 milliards de FCFA (9,7 millions d'euros) soit 43,94% des fonds. Elle est suivie des ménages avec 1,53 milliards de FCFA (1,6 millions d'euros) soit 10,50%.
- **La contribution du FF Muskoka est estimée respectivement à 9% en 2011 et 21% en 2017 du montant total des fonds externes alloués au domaine de santé de la reproduction dans le pays.**
- Bien qu'il y ait eu une évolution significative du volume de la dépense de santé par habitant (26 \$ par habitant en 2011 contre 18\$ en 2009), le secteur de la santé reste encore sous financé. Comparé aux besoins

nationaux de plus en plus grandissants en matière de santé (le taux annuel de croissance de la population est de 3,3%) et eu égard à la recommandation de la Commission Macro-Économie et Santé de 2001 fixant un minimum de 34 dollars par habitant et par an pour couvrir les services et soins de santé essentielles, le Niger reste largement en deçà du minimum requis pour assurer la santé à la majorité de sa population.

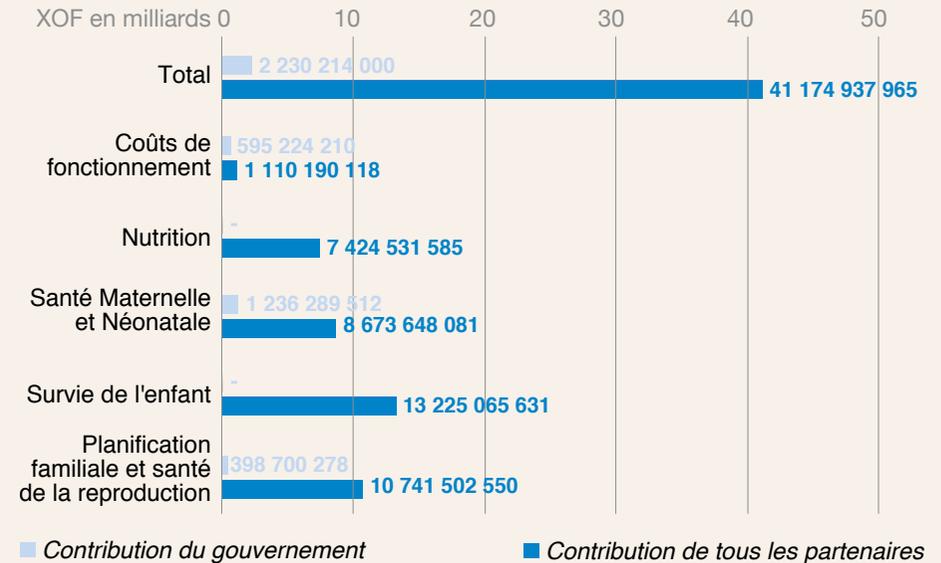
- Sur cinq (5) années (2013-2017), la part du budget de l'État allouée à la santé n'a guère atteint les 10%, loin des 15% de l'engagement des Chefs d'État africains à Abuja en 2001. Il se situe à hauteur de 5,74% en moyenne par année.

Années	Budget total annuel utilisé par les programmes de santé de la reproduction (SR)/ Nutrition	Pourcentage du budget de SR par rapport au budget national de santé	Estimation de la contribution du FFM au budget de SRMNI-A-Nut
2011	14,6 milliards CFA: • 63% (Fonds externes) • 26% (Fonds publics) • 11% (contribution des ménages).	7,26%	1.272.857 Euros (soit 795.535.625 CFA = 9% des fonds externes)
2017	33,4 milliards CFA: • 55% (contribution des ménages) • 23% (Fonds externes) • 22% (Fonds publics)	9,14%	2.347.391 Euros (soit 1.467.119.375 CFA = 21% des fonds externes)

*La part du budget de l'État allouée à la santé n'a guère atteint les 10%, loin des 15% de l'engagement des Chefs d'État africains à Abuja en 2001. Il se situe à hauteur de 5,74% en Moyenne par année.

Sénégal, rapport Muskoka 2014

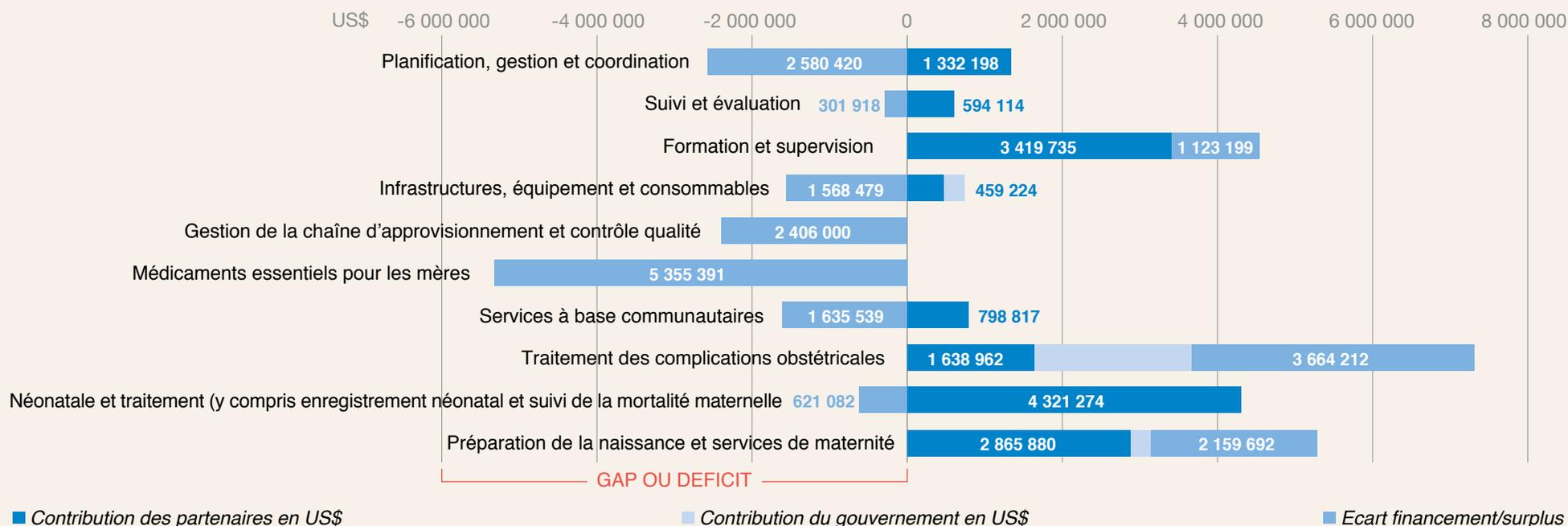
Graphique 20 : Contribution du gouvernement et de tous les partenaires dans le financement de la SRMNI pour 2014 et 2015 (en XOF)



■ Contribution du gouvernement ■ Contribution de tous les partenaires



Graphique 21 : Les déficits et excédents financiers en Santé maternelle et néonatale par domaine d'intervention pour 2014 et 2015 (en US\$)



Cette analyse du cas du Sénégal a servi de base de planification pour le financement du plan de sécurisation des produits d'importance vitale, mais aussi être utilisée pour la mobilisation de ressources additionnelles pour couvrir les gaps identifiés.

Conclusion

- La France / MEAE (2011-2020) et le Danemark (2019-2020), dans le cadre du Fonds Français Muskoka, ont mis à la disposition des 9 pays de l'Afrique de l'Ouest et du Centre, des fonds d'un montant de **144.725.685 €**.
- **85% des fonds alloués aux agences onusiennes ont été utilisés directement par les pays, dont quatre prioritaires (Guinée, Tchad, Mali et Niger)** pour soutenir les activités de mise en œuvre des interventions à haut impact.
- La mise en œuvre des fonds a été marquée par une **forte performance à plus de 96%**.

- **63%** des fonds Muskoka ont été mis à la disposition des agences concernées pendant la phase initiale des **cinq premières années**.
- Au niveau des pays concernés, **les besoins d'appui au domaine de SRMNIA-Nut** restent importants et leurs financements domestiques limités, ce qui constitue un des défis majeurs de ces pays, aggravés par le contexte de la pandémie de Covid-19, par rapport à l'atteinte de la couverture santé universelle et aux objectifs du développement durable (2030).



2010-2020

Mise en œuvre des
INTERVENTIONS
SELON LA POPULATION CIBLE,
femmes enceintes et nouveau-nés,
enfants, adolescent.e.s

C'est en fonction des populations cibles - femmes enceintes, nouveau-nés, enfants, adolescentes, femmes - que les interventions ont été définies, programmées et mise en œuvre, en ligne avec les plans nationaux de développement sanitaire des pays. Ces différentes activités ont été exécutées soit au niveau des pays, soit au niveau régional

1. Les femmes enceintes et les nouveau-nés

1. Accès équitable aux soins

La santé de l'enfant est étroitement liée à celle de la mère. Un mauvais état de santé de la future mère obère l'avenir de son enfant à naître. La survie de l'enfant est également corrélée à l'espacement des grossesses.

Sur l'ensemble des 9 pays du FFM, les femmes enceintes représentent globalement 3,6 % de la population, et 5 % de la population au Niger où le taux de fécondité est le plus élevé.

Au Niger, en 2018, on a recensé 954 000 naissances pour une population de 19 millions d'habitants (par comparaison, 750 000 en France la même année).

Le nombre total de naissances pour les 9 pays en 2017 est de **7,8 millions**, et le nombre de décès maternels d'environ 31 500, avec un ratio de mortalité maternelle (RMM, nombre de décès maternels pour 100 000 naissances vivantes) global de 402, le plus élevé étant au Tchad avec un RRM à 1140 (par comparaison, il est de 10 en France).

Chaque année, dans les pays Muskoka

- Environ 30.000 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 inadéquate de l'accouchement.

	Nombre de naissances (x1 000) 2017	RMM 2017	Nombre de décès maternels 2017
Bénin	403	397	1 600
Burkina Faso	750	320	2 400
Côte d'Ivoire	875	617	5 400
Guinée	451	576	2 600
Mali	783	562	4 400
Niger	1002	509	5 100
Sénégal	540	315	1 700
Tchad	640	1140	7 300
Togo	252	397	1 000
TOTAL FFM	7 835	402	31 500

Sources : (1) UN Maternal Mortality Estimation Inter-Agency Group 2017 for MMR; (2) Unicef data MMR and Statistics 2017 for number of Maternal deaths.

Les interventions à haut impact mises en œuvre par le FFM en faveur des femmes et des nouveau-nés sont des interventions simples, à fort impact, scientifiquement prouvées, susceptibles de sauver des vies. Portées à l'échelle nationale, elles permettent de réduire considérablement la mortalité maternelle, néonatale et infantile.

Ce sont les suivantes :

- 1 Développer des Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence (SONU) effectifs ;
- 2 Mettre en place un système de surveillance des décès maternels et de la réponse ;
- 3 Améliorer l'accès à du personnel de santé qualifié ;
- 4 Améliorer la nutrition ;
- 5 Améliorer l'accès aux produits et médicaments essentiels de qualité pour la santé de la mère, du nouveau-né.
- 6 Evaluer et améliorer la qualité des soins.

2. Développement des soins obstétricaux et néonataux d'urgence (SONU) pour la prise en charge des femmes enceintes et des nouveau-nés,

Pour faire reculer la mortalité maternelle, il faut qu'existent des services de soins obstétricaux et néonataux d'urgence (SONU) et que toute femme ait la possibilité d'y avoir accès. Les SONU jouent un rôle décisif en cas de complications pendant la grossesse, l'accouchement et ses suites, pour sauver la vie de la mère comme celle de l'enfant.

La stratégie déployée consiste à la mise en place effective de structures SONU dans les pays, l'objectif étant la prise en charge du plus grand nombre d'urgences obstétricales.

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. Césarienne
2. Transfusion sanguine

Interventions à haut impact en santé maternelle mises en œuvre dans les pays Muskoka grâce au FFM

	Bénin	Burkina Faso	Côte d'Ivoire	Guinée	Mali	Niger	Sénégal	Tchad	Togo
ACCÈS ÉQUITABLE À UN PROFESSIONNEL COMPÉTENT									
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		•							
CAPACITER LES MATERNITÉS POUR ÊTRE CLASSÉES SONU DE BASE EFFECTIFS									
Réalisation d'enquêtes en SOU, appui à la cartographie des SOU, estimation des besoins			•	•	•	•	•		
Monitoring	•	•			•				
Renforcement des capacités des prestataires en SONUB et SONUC			•	•	•		•	•	•
Equipements, matériels, intrants et installations, formations, dissémination de documents	•	•	•	•	•	•		•	•

	Bénin	Burkina Faso	Côte d'Ivoire	Guinée	Mali	Niger	Sénégal	Tchad	Togo
SURVEILLANCE DES DÉCÈS MATERNELS, PÉRINATALS ET RIPOSTE									
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			•	•	•			•	

• Exemple de la Guinée, 2013 – 2020

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 consultations prénatales 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 défi, 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, les progrès accomplis 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.

2018. Bien que relativement faibles, selon les EDS 2012 et 2018, les proportions des femmes bénéficiant d'un personnel compétent durant l'accouchement est passé de 44% en 2012 à 55% en 2018 soit un accroissement de 25%. Les couvertures des visites postnatales pour les mères sont passées de 37% à 49% pour la même période soit 32% accroissement. Le taux de prévalence contraceptive est passé de 5% en 2012 à 11 % en 2018 soit 120% d'accroissement accompagné d'un recul de 8% pour les besoins non-satisfaits en contraception.

Consultations prénatales	CPN1	CPN4
2019	502 248	345 906
2020	512 137	377 749

On note une augmentation du nombre de nouveau-nés pris en charge dans les 9 unités de néonatalogie et 165 coins du nouveau-né :

11 932 nouveau-nés ont été pris en charge en 2020 contre 22 578 en 2019. Au cours de l'année 2020, sur les 11 932 nouveau-nés pris en charge, il a été enregistré 520 décès soit 4.35 % de létalité.

Le coin du nouveau-né est constitué d'une table de réanimation, d'un ballon de ventilation, d'embut avec masque, d'un aspirateur de mucosités et de sondes d'aspiration. Ce dispositif permet de prendre en charge certaines formes de complications respiratoires à la naissance ou de faire une réanimation rapide

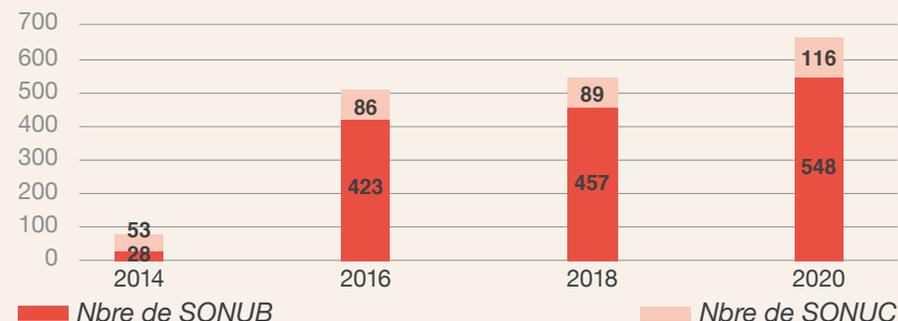
• Exemples du Mali, année 10

En 2020, la couverture en structure SONU a atteint les niveaux suivants :
Le nombre de structure SONUB est passé de 10 pour 3 337 000 habitants en 2016 à 105 pour 3 736 000 habitants en 2020 ;

Le nombre de SONUC est passé de 12 pour 3 337 000 habitants en 2016 à 13 pour 3 736 000 habitants en 2020.

Le ratio SONUB/SONUC est passé de 0.5 en 2014 à 5 en 2016, 5.13 en 2018 et 4.7 en 2020.

Graphique 22 : Augmentation du nombre de SONUB et SONUC au Mali entre 2014 et 2020



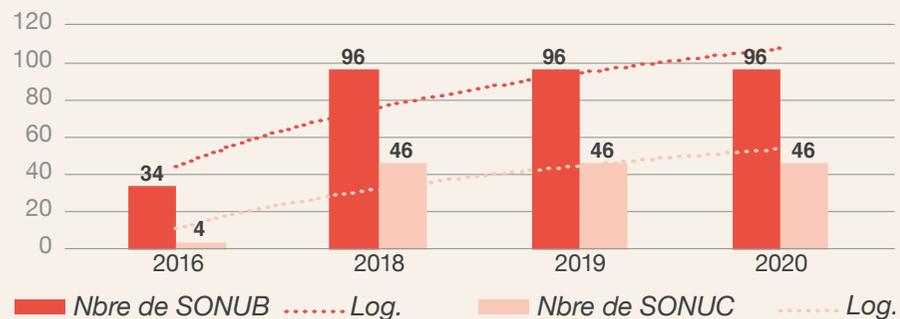
Indicateurs	Mali - Districts Appuyés FFM				
	2016	2017	2018	2019	2018
Taux CPN1 (%)	403	397	1 600	1 600	1 600
Taux CPN4 (%)	750	320	2 400	2 400	2 400
Taux PF (%)	875	617	5 400	5 400	5 400
Taux accouchement dans les structures SONU (%)	451	576	2 600	2 600	2 600
Taux Césarienne (%)	783	562	4 400	4 400	4 400
Létalité SONU (%)	1002	509	5 100	5 100	5 100
Nombre de nouveau-nés réanimés	540	315	1 700	1 700	1 700
Nombre de petits poids de naissance pris en charge dans les structures SONU	640	1140	7 300	7 300	7 300
Taux de Mortinatalité (‰)	252	397	1 000	1 000	1 000
Proportion de décès Nouveau-né 24h (%)	7 835	402	31 500	31 500	31 500
Taux MAM guéris	252	397	1 000	1 000	1 000
Taux MAS guéris	252	397	1 000	1 000	1 000

En 2020 les indicateurs relatifs à l'accouchement dans les structures SONU, à la PF, à la guérison de MAM et de MAS ont connu une amélioration grâce aux programmes mis en œuvre avec la contribution du FFM.

• Exemple du Sénégal

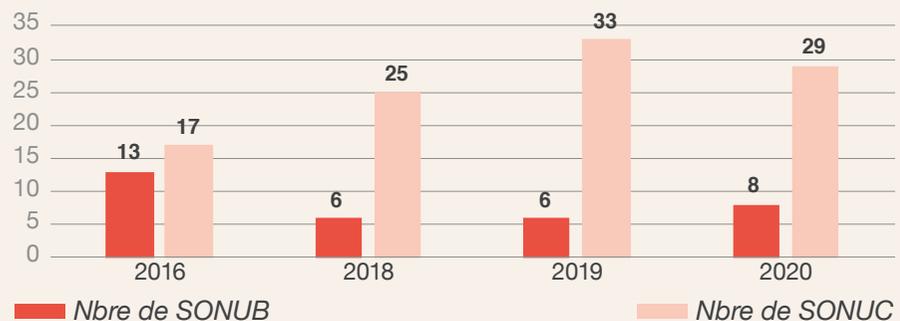
Les sites SONUB et SONUC ont évolué avec un ratio SONUB/SONUC allant de 8.5 en 2016 pour un ratio constant de 2 depuis 2018.

Graphique 23 : Evolution des SONUB et SONUC au Togo 2016-2020



• Exemple du Togo

Graphique 24 : Evolution des SONUB et SONUC au Togo 2016-2020



Service de néonatalogie de l'hôpital de Sikasso au Mali : tous ces équipements ont été acquis avec le soutien de FFM



L'appui technique du FFM à la fonctionnalité et au monitoring des réseaux de maternités SONU dans les pays

• **Exemple du Tchad**

Le nombre de SONUB est passé de 3 en 2013 à 4 en 2018 et ceux des SONUC est passe de 20 à 25 pour la même période

• **Exemple du Niger années 9 et 10**

Quatre districts sanitaires (DS) dans la région de Maradi ont introduit l'approche des soins des infections bactériennes potentiellement sévères chez le nouveau-né au niveau des centres de santé intégré lorsque la référence vers les structures de référence (en particulier les hôpitaux des districts et régionaux) n'est pas possible (pour des raisons de distance, moyens financiers, etc.). Un cinquième district sanitaire, DS Tessaoua a commencé le processus d'intégration du PSBI, et va poursuivre et s'achever en 2020.

Notons que l'intégration de cette approche dans ces cinq district sanitaires pilotes est cofinancé par les fonds de la Fondation Bill and Melinda Gates et les fonds propres UNICEF. Au cours des huit premiers mois de mise en œuvre de cette approche : 3 871 cas de des PSBI ont été notifiés par les formations sanitaires des quatre districts sanitaires, soit 42% des cas attendus. Selon l'approche PSBI, on estime qu'environ 10% des nouveau-nés présentent un cas de PSBI.

• **Exemple du Sénégal**

Le penta 3 est passé de 73% à 100 % en 2019 pour revenir à 96% en 2020



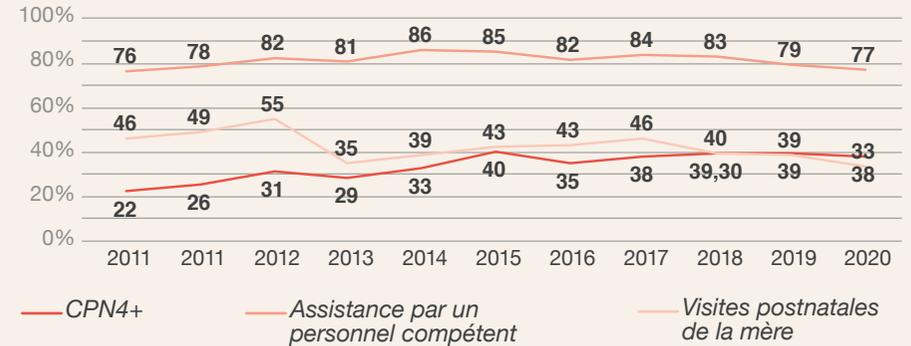
Le TPI 3+ est passé de 14% en 2014 à 56% en 2020

La malnutrition chronique a été réduite à 56% alors que celle aigue sévère est restée à moins de 2 % seuil critique

Le taux d'allaitement exclusif du nourrisson de moins de 6 mois reste constant soit 100%.

• **Exemple du Burkina Faso**

Graphique 25 : Couvertures des services CPN4+, Assistance par un personnel compétent à l'accouchement et visites postnatales au BF



Développement des réseaux nationaux des maternités offrant les soins obstétricaux et néonataux d'urgence (SONU)

Résultats clés

- Identification d'un réseau national de maternités SONU notamment Bénin, Guinée, Sénégal et Togo.
- Développement de nouveaux indicateurs opérationnels (couverture de population par les réseaux de maternités SONU en maximum 2 heures de trajet, déficit en sages femmes dans les maternités SONU, qualité des liens de référence) disponible notamment au Bénin, Guinée, Sénégal, et Togo
- La mise en œuvre du développement du réseau national SONU est monitoré notamment au Togo.

Analyse de situation

Dans de nombreux pays, les maternités SONU - notamment les maternités SONUB - se développent mal en raison de problèmes de planification ainsi que de mise en œuvre

Processus national

Processus adapté et utilisé dans chaque contexte national pour adresser ces problèmes

La 3^{ème} Edition du guide de poche « RPC SONU » disponible dans les pays

Recommandations pour la pratique clinique des Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence

Ce petit guide de poche très apprécié des étudiants en santé et praticiens permet de rassembler dans un format pratique les principaux protocoles et recommandations cliniques en matière de santé maternelle. Ce guide a été élaboré en collaboration avec la SAGO et dans le cadre d'un travail inter-agences OMS, UNFPA, UNICEF. En 2019 :

- Impression et dissémination large du guide dans les pays bénéficiaires des FFM
- Transmission de la version électronique à toutes les équipes et les partenaires

Transfusion sanguine

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, pour une population globale d'un million d'habitants, un système opérationnel de transfusion sanguine, c'est 100 décès maternels évités chaque année

Pendant les 10 années du programme, FFM a amélioré et renforcé le système de collecte et de stockage des produits sanguins au niveau des CNTS de l'ensemble des pays Muskoka, réduisant ainsi le risque de décès par hémorragie : formation du personnel, fourniture d'équipement (poches, réfrigérateurs...), normes et protocoles, standards de qualité.

Prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant (PTME)

L'Afrique subsaharienne reste une des régions les plus touchées au monde par l'infection à VIH. Les femmes y sont, comparativement aux hommes, plus nombreuses (58%) à être infectées par le VIH/Sida et beaucoup, parmi elles, apprennent leur séropositivité au moment de leur grossesse. Dans les pays à ressources limitées, des programmes Prévention de la Transmission mère/enfant (PTME) ont démarré depuis une dizaine d'années, auxquels a contribué le FFM depuis le début du programme Muskoka.

• Exemple de la Côte d'Ivoire

Seulement 34 % des femmes enceintes bénéficient de consultations prénatales pendant le premier trimestre de leur grossesse.

Seulement 52 % des femmes enceintes ont accouché dans un centre de santé en 2019.

80 % des femmes enceintes/allaitantes vivant avec le VIH reçoivent un traitement antirétroviral.

94 % des centres de santé publique fournissent des services de PTME, et l'intégration de ces services dans les dispensaires privés est insuffisante.

Le FFM a contribué à améliorer la couverture en consultations prénatales et dépistage du VIH chez les femmes enceintes pendant le premier trimestre ; la détection du VIH chez les enfants exposés ; le dépistage des partenaires de femmes enceintes et allaitantes.

2. Réduire la mortalité des femmes enceintes et des nouveau-nés par la surveillance des décès maternels / périnataux et riposte (SDMPR)

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.

Il est donc essentiel de connaître le nombre de femmes qui meurent, où elles meurent et pourquoi elles meurent, informations dont on ne dispose pas habituellement de façon satisfaisante. Les axes d'intervention en matière de santé maternelle sont très liés : un réseau fonctionnel de SONU ne peut être établi qu'en cas de mise en place concomitante de la SDMR, ces deux activités étant liées dans la réduction de la mortalité maternelle.

Evaluer l'amplitude de la mortalité maternelle oblige les politiques et ceux qui prennent les décisions à prêter attention au drame de la mort d'une mère et à y apporter les réponses appropriées. Il s'agit de traduire des données sanitaires en langage politique et alimenter le plaidoyer en faveur de la santé maternelle.

La SDMPR est une démarche d'évaluation de la qualité des soins.

Les agences ont poursuivi leur travail conjoint, de 2011 à 2020, pour l'intégration de la SDMPR 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 SDMPR 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.

• Exemple du Niger

Le premier bulletin de rétro-information national sur la mise en œuvre de la Surveillance des décès maternels & périnataux et riposte (SDMPR) a été réalisé en 2019 :

1 000 exemplaires ont été produits et distribués dans toutes les structures. Il est prévu qu'un format électronique soit diffusé sur le site web du Ministère de la Santé publique.

La notification des décès maternels reste très faible. Avec 5 138 décès maternels attendus en 2019, 970 décès maternels ont été enregistrés parmi lesquels 698 ont été audités soit respectivement 19% et 71% pour les taux de notification et de revue de décès maternels. Dans le cadre de la riposte, chacune des régions a travaillé sur une ou deux thématiques prioritaires de sa zone de responsabilité. Les causes de décès maternels (hémorragies, éclampsies, infections, anémies) et/ou les dysfonctionnements identifiés à l'issue des revues des décès maternels ont fait objet d'intervention allant des sensibilisations des communautés sur le don de sang à travers les radios communautaires, à l'organisation de collecte de sang y compris l'achat de poches de sang, la sensibilisation du personnel sur la prévention des infections et la réorganisation des services.

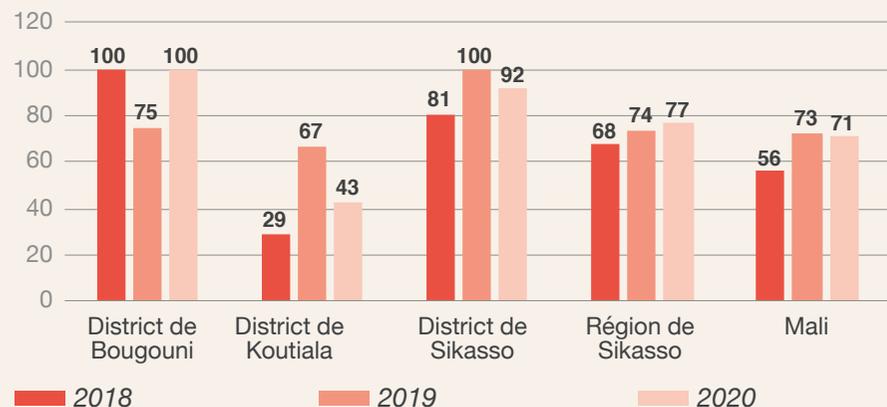
• Exemple du Mali

Au Mali les décès maternels ont été régulièrement mesurés depuis 2018, et la proportion des décès maternels audités est passée de 56% en 2018 à 73% en 2019 puis 71% en 2019.

Au niveau de la région de Sikasso, focus du FFM au Mali, on s'est intéressé aux trois districts Muskoka (Sikasso, Bougouni et Koutiala) qui ont enregistré d'excellentes performances pour deux d'entre eux (Districts de Bougouni et Sikasso) pour l'ensemble des trois années

considérées, qui se sont révélées être supérieures aux moyennes de la région et du niveau national. En revanche, le District de Koutiala semble trainer les pas et mériterai une attention particulière.

Graphique 26 : Proportions des décès maternels audités dans les districts cibles de FFM de Sikasso, la région de SIKASSO et le Mali (%)



• Bénin

Les données disponibles font état d'une tendance à la réduction du nombre d'audits des décès maternels réalisés.

Graphique 27 : Proportions annuelles des décès maternels audités au Bénin de 2014-2020)



• Côte d'Ivoire

100% des Districts Départementaux du pays ont été formés à la revue des décès maternels et riposte.

• Niger



3. Améliorer l'accès à du personnel de santé qualifié pour les femmes enceintes et les nouveau-nés

Les ressources humaines en santé : nombre, qualité, formation, motivation, répartition, sont essentiels pour assurer une offre de soins de qualité. Pour les femmes enceintes et les nouveau-nés, la sage-femme est au centre du système de soins. Néanmoins, c'est l'ensemble du personnel de santé (infirmiers, médecins, agents de santé communautaires, sages-femmes) qui contribuent à la réduction de la morbidité et de la mortalité des femmes enceintes et des nouveau-nés.

Par l'action conjuguée des 4 agences du FFM, c'est au total, pour les 10 années du programme Muskoka, plus de 70 000 personnels de santé (médecins, infirmiers, sages-femmes et ASC), à qui un appui a été apporté : appui technique et financier, formation, renforcement des capacités.

Le taux d'accouchement assisté par du personnel qualifié (sage-femme) est l'indicateur le plus parlant pour l'état de la situation maternelle et néonatale. Il traduit le niveau de l'offre de soins aussi bien que le niveau de demande de soins, et il est un excellent marqueur pour l'évaluation de la qualité des soins.

En moyenne, dans des conditions optimales, une sage-femme pratique en moyenne entre 100 et 200 accouchements par an, et assure le suivi de 300 à 500 grossesses.

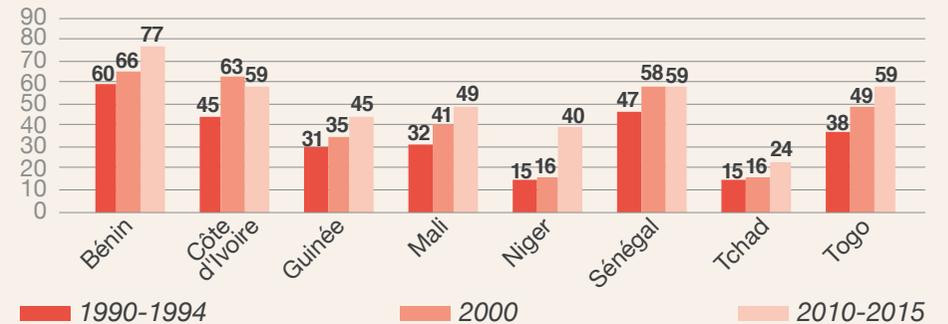
- Le **Niger** a connu une croissance de 115 %, passant de 139 sages-femmes en 2012 à 300 en 2016, pour une densité de 1 sage-femme pour 2125 habitants en 2016.
- Au **Sénégal** le nombre de sages-femmes est passé de 1.222 en 2012 à 2.300 en 2016, une augmentation de 88 % pour une densité de 1 sage-femme pour 1.426 habitants en 2016.

Dans la continuité des programmes de formations, soit en formation initiale soit en renforcement de compétences, trois axes ont été particulièrement développés :

- L'adoption des mécanismes d'accréditation des écoles de formation des sages-femmes et des infirmiers.
- L'évaluation du marché de travail et de la productivité des personnels de santé.
- L'amélioration de la pratique des professionnels de santé qui interviennent dans les services de santé maternelle et infantile.

L'élaboration de politiques nationales de la pratique des sages-femmes et infirmières a été réalisée sous l'égide du FFM. 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

Graphique 28 : Evolution du personnel qualifié lors de l'accouchement depuis 1990



Sources : (1) Countdown to 2015 ; (2) UNICEF, Situation des enfants dans le monde, 2016

Impact du FFM sur les accouchements assistés par du personnel qualifié

- Exemples du Bénin, de la Côte d'Ivoire, de la Guinée, du Mali et du Niger, année 10

• Bénin

Augmentation du nombre d'accouchements effectués dans les structures sanitaires par un personnel qualifié :

2018 : 73,5 %

2020 : 85,4 %

• Côte d'Ivoire

Passage de l'assistance par un personnel compétent au cours de l'accouchement de 50% en 2012 à 70% en 2019.

Renforcement des capacités du personnel de santé dans le domaine de la santé mère-enfant

En 2020, en dépit de la pandémie à COVID-19, la formation clinique des élèves sur les sites de stage a permis d'encadrer 333 élèves sages-femmes de la 3ème année de l'antenne d'Abidjan de l'INFAS. Les stages ont porté sur la gestion des consultations prénatales (CPN), l'accouchement, des suites de couches, la Planification Familiale (PF) et la vaccination. Des résultats probants ont été notés. Après l'encadrement, 80% des élèves sages-femmes ont validé les examens pratiques.

Par la suite, 5 capsules pédagogiques numériques ont été produites et mises sur la plateforme de formation en ligne de l'INFAS. Ceci a permis à 1891 étudiantes de l'INFAS de disposer en ligne de capsules de formation individuelle sur 5 thématiques : i) Accouchement, ii) Gestion des hémorragies par le ballonnet, iii) Pose d'un dispositif intra-utérin (DIU) post-partum, iv) Prise en charge du nouveau-né v) Examen du placenta pour une meilleure offre de soins et une prise en charge optimale des populations.

• Guinée

Augmentation du nombre d'accouchements effectués dans les structures sanitaires par un personnel qualifié :

2019 : 291 863

2020 : 318 431

Elaboration du curriculum de formation des techniciens de santé communautaire.

Evaluation du fonctionnement et du coût des écoles de formation.

En 2020, 512 137 femmes ayant effectué la CPN 1 dans les structures intégrées, 297 684 ont fait le test de dépistage du VIH soit 58% dont 4 375 positives et 4 200 sous traitement ARV.

La file active des enfants mis sous ARV est de 2 312 après le dépistage de 3 768 enfants.

• Mali

Le taux d'accouchement assisté par le personnel qualifié est passé de 15, 58% en 2016 à 27, 54 % en 2020 au niveau des districts sanitaires appuyés par les FFM. Ces taux au niveau des autres districts sanitaires sont de 17, 63 % en 2016 à 23, 51 % en 2020. Nous constatons une amélioration de cet indicateur pendant la période de mise en œuvre de FFM.

La létalité due aux 3 principales causes de décès néo natal que sont l'asphyxie, la prématurité et l'infection a été fortement réduite entre 2016 et 2020 dans les districts appuyés, passant respectivement de 16,8%, 23% et 19,9% à 15,8%, 8,6% et 8,7%. Ceci témoigne de l'amélioration de la qualité de la prise en charge du nouveau-né grâce au renforcement de capacités des unités de néonatalogie des districts et de l'hôpital.

• Niger

L'assistance aux femmes pendant l'accouchement par un personnel compétent est passé de 21% en 2010 à 35% en 2019 soit 67% d'augmentation bien qu'encore très bas.

Zones d'intervention du FFM	Taux d'accouchement assisté 2018	Taux d'accouchement assisté 2019	Développement du taux
Diffa	45%	49%	+ 4%
Maradi	29%	35%	+ 6%
Tahoua	36%	41%	+ 5%
Tillabéry	35%	37%	+ 2%
Zinder	26%	27%	+ 1%

Dans la région de Maradi, la gratuité des accouchements assistés est maintenue, ainsi que la prime de 34 € par mois était versée aux sages-femmes pour améliorer leur motivation et leurs performances.

Le FFM a permis de cofinancer et de maintenir (avec les fonds norvégiens et danois) l'organisation des sorties des cliniques mobiles pour favoriser l'accès des populations rurales et nomades aux services intégrés de santé de la reproduction avec une emphase particulière aux services préventifs et la planification familiale. La durée mensuelle de présence sur le terrain des équipes de cliniques mobiles est passée de 10 à 20 jours et chaque clinique mobile dispose d'une sage-femme, d'une infirmière et d'un chauffeur à plein temps. 23 districts sanitaires sont dotés de cliniques mobiles.

Bien qu'encore faible, on note toutefois une augmentation du taux d'accouchement assisté dans toutes les régions d'intervention. À l'exception de la région de Zinder, toutes les autres régions dépassent la moyenne nationale de l'année 2012 qui était à 30%. Avec 11.636 césariennes réalisées au cours des trois premiers trimestres de 2019 dans les cinq régions du programme ; le taux de césarienne est de 2% pour une norme établie autour de 10%.

- Au **Sénégal**, l'assistance aux femmes pendant l'accouchement par un personnel compétent est passé de 65% en 2010 à 75% en 2019 soit 15% d'augmentation.
- Par contre, une légère baisse a été observée au **Togo** allant de 71% en 2010 à 64% en 2017.

4. Lutte contre la malnutrition des femmes enceintes et des nouveau-nés

Dans le contexte de la région Afrique de l'Ouest et du Centre, la malnutrition est liée au manque de moyens des familles mais aussi à des pratiques alimentaires du nouveau-né non optimales.

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%. Améliorer le recours à l'allaitement maternel peut réduire le nombre de décès infantiles de plus de 10%.

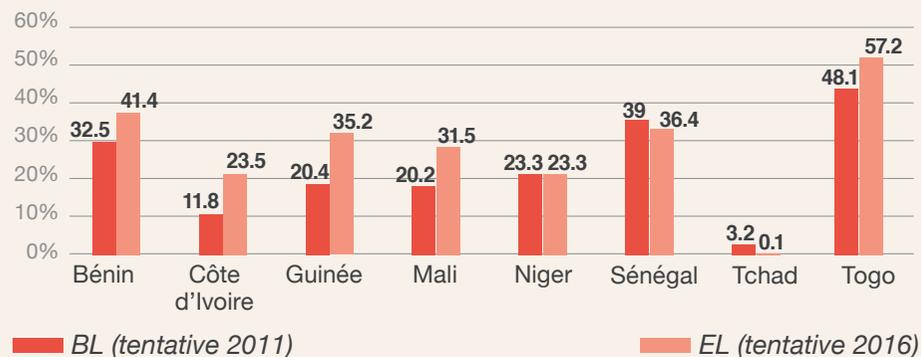
Le financement Muskoka a contribué à favoriser des synergies entre les interventions de SRMNIA-Nut et nutrition dans les pays cibles. Par exemple, **dans un contexte où plus de 50% des femmes accouchent dans des formations sanitaires**, le centrage des interventions SRMNIA-Nut-PF-RH-Nutrition financées par le FFM sur les maternités en faveur d'une promotion de pratiques optimales d'allaitement maternel a été recommandé.

Les interventions de nutrition essentielles suivantes ont été mises en œuvre :

- Nutrition maternelle optimale pendant la grossesse :
 - Prévention de l'anémie chez les femmes enceintes
- Alimentation du nourrisson
 - Protection, promotion et soutien de pratiques optimales d'allaitement maternel, y compris mise au sein précoce et allaitement exclusif jusqu'à 6 mois



Graphique 29 : Taux d'allaitement maternel exclusive chez les enfants de moins de 6 mois

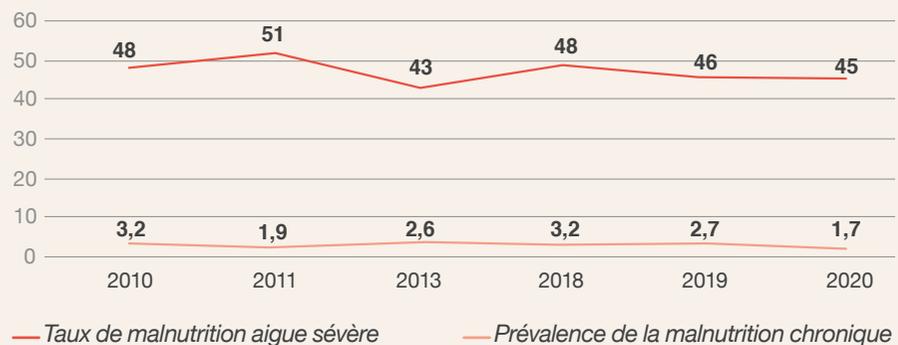


• Niger

L'allaitement maternel exclusif pour les nourrissons de moins de 6 mois est resté faible avec 6 % de réduction soit 27% en 2010 et 21% en 2020.

La malnutrition chronique est restée stable autour de 45% sur toute la période 2010-2020. Le taux de malnutrition aiguë sévère a évolué lentement en dessous de 2% (seuil critique) en 2020.

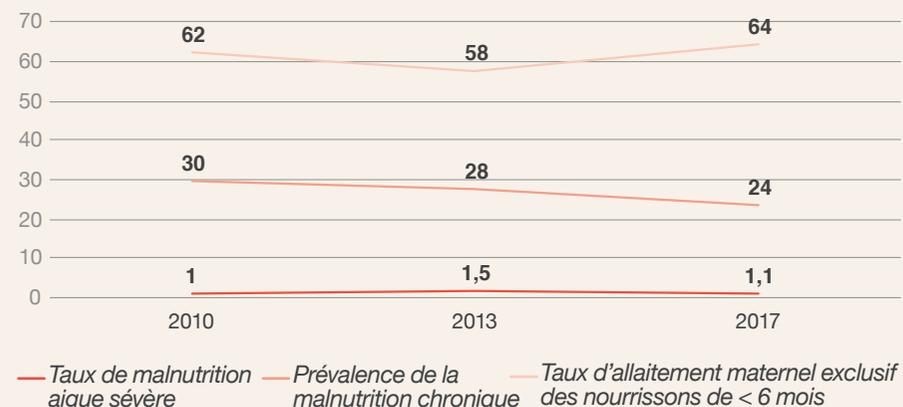
Graphique 30 : Evolution du statut nutritionnel des enfants au Niger 2010-2020



• Togo

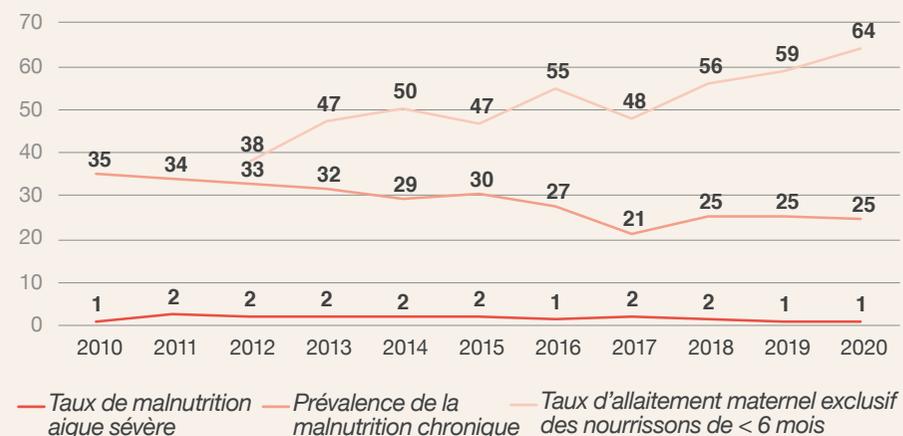
Légère réduction de la malnutrition chronique et un maintien de la malnutrition aiguë sévère en dessous de seuil critique de 2%

Graphique 31 : Evolution sur l'alimentation et le statut nutritionnel de l'enfant au Togo 2010-2017



• Burkina Faso

Graphique 32 : Evolution de l'alimentation et du statut nutritionnel du jeune enfant au Burkina Faso



- Au **Tchad**, on observe une légère réduction de la malnutrition aigüe sévère (12% en 2015 contre 8 % en 2018) qui reste très au-dessus du seuil critique.
- Au **Sénégal**, on observe une réduction de la malnutrition chronique de 32% (de 27% en 2012 à 18 % en 2019) %. La malnutrition aigüe sévère reste au même niveau que celle du Tchad en 2019.
- Au **Mali**, La malnutrition aigüe sévère est contenue autour de 2% avec une malnutrition chronique qui tourne autour de 25%.
- En **Guinée**, la malnutrition aigüe sévère est de 4% en 2019 > au seuil critique de 2%. Bien que la malnutrition chronique ait connu une baisse de 25% (de 40% en 2012 à 30%), elle reste quand même inquiétante.
- Au **Burkina**, on a observé une réduction de 29% de la malnutrition chronique entre 2010 et 2020.
- Au **Bénin**, la malnutrition aigüe sévère est passée de 5% à 1 % entre 2012 et 2018 avec une baisse de la malnutrition chronique de 28% pour la même période passant de 45% à 32%.

5. Accès aux médicaments essentiels et produits de santé pour les femmes enceintes et les nouveau-nés

A travers ses programmes, le FFM apporte un appui direct aux ministères de la santé dans la mise en œuvre de leurs politiques pharmaceutiques pour garantir **un accès à des médicaments essentiels de qualité et abordables** aux populations, **ainsi que leur usage rationnel**. Ces Ministères travaillent aussi en lien étroit avec les ministères des Finances

et les partenaires pour sécuriser les financements nécessaires aux approvisionnements. Il apporte également un appui pour le renforcement **du cadre légal et réglementaire et le respect des normes et standards** pour la fabrication, la distribution, l'accès et l'usage rationnel des médicaments.

L'ensemble des partenaires au développement en santé bénéficie du rôle normatif joué par le FFM à travers, notamment les actions de l'OMS. Ces actions normatives servent de base à celles de l'UNFPA et de l'UNICEF dans leurs interventions visant à augmenter la disponibilité des médicaments et produits de santé disponibles pour la santé de la mère et de l'enfant dans les structures de santé.

Complémentarité de l'action des agences des Nations Unies

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.

- En **Guinée** et au **Mali** les taux de rupture des médicaments traceurs pour la prise en charge des interventions spécifiques de SRMNIA-Nut ont montré une forte réduction de 31% à 8% au Mali entre 2013 et 2020 et une stabilité autour de 5-6% en Guinée de 2018 à 2020.

6. Amélioration de la qualité des soins aux mères et aux nouveau-nés

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.

En d'autres termes, c'est mesurer la différence entre ce qui est observé et ce qui est attendu, cette différence correspondant à un manque de qualité dans les soins dispensés. C'est ce manque de qualité qui explique, dans l'ensemble des pays cibles, la discordance entre les indicateurs de couverture, qui s'améliorent, et les indicateurs de statut, dont l'amélioration est moins rapide.

L'amélioration de la qualité des soins concerne les cliniciens comme les prestataires médicotextuels, 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.

L'évaluation et l'amélioration de la qualité des soins fait partie des grandes stratégies du FFM

Les trois agences du FFM, OMS, UNFPA et UNICEF 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, UNFPA et UNICEF ont organisé conjointement en juillet 2017 un atelier destiné à informer les 17 pays francophones d'Afrique subsaharienne sur les méthodes d'évaluation de la qualité de soins et à élaborer des plans d'action.
- Forum sur la qualité des soins avec accent sur l'expérience des soins tenu à Dakar du 21 au 25 octobre 2019

Les nouvelles normes de qualité de l'OMS en matière de soins maternels et néonataux qui incluent 3 normes sur l'expérience de soins ont été présentées et diffusées à l'ensemble des pays, ainsi que la charte des soins de maternité respectueux.

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...). La mise en œuvre des recommandations doit rester une priorité dans la poursuite du programme Muskoka (cf chapitre perspective).

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

2012	<ul style="list-style-type: none"> • La surveillance des décès maternels /périnataux & riposte (SDMPR)
2013	<ul style="list-style-type: none"> • WHO recommendations on postnatal care of the mother and newborn • Pocket book of hospital care for children, WHO 2013. • Consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIVinfection. Recommendations for a public health approach
2014	<ul style="list-style-type: none"> • WHO Recommendations for Augmentation of Labor • WHO, Clinical Practice Handbook for Safe Abortion
2015	<ul style="list-style-type: none"> • WHO, recommendations for prevention and treatment of maternal peripartum Infections. • The prevention and elimination of disrespect and abuse during facility-based childbirth. • WHO recommendations on interventions to improve preterm birth outcomes, 2015. • WHO, Medical eligibility criteria for contraceptive use, 5th ed., 2015. • WHO guidelines for the treatment of Malaria, 2015. • WHO statement on caesarean section rates, 2015. • WHO Policy statement on intermittent preventive treatment of Malaria in pregnancy using Sulfadoxine-Pyrimethamine (IPTp-SP), WHO 2015.
2016	<ul style="list-style-type: none"> • 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	<ul style="list-style-type: none"> • Recommandations sur l'utilisation de l'Acide Tranexamique pour le traitement des hémorragies de la délivrance (2017)
2018	<ul style="list-style-type: none"> • WHO recommendations on intrapartum care for a positive childbirth experience • Recommandation sur la Fistule obstétricale (2018)

Former et équiper : une intervention essentielle pour améliorer la qualité des soins

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.



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

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 sub-saharienne. 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).



2. Les enfants

1. Accès équitable aux soins

	Population totale (x1 000)	Enfants de moins de 5 ans (x1 000)	% de moins de 5 ans
Bénin	10 880	1 708	17
Burkina	17 915	3 088	17
CIV	21 295	3 389	16
Guinée	12 348	1 945	16
Mali	16 259	3 129	19
Niger	19 268	3 991	21
Sénégal	14 967	2 494	17
Tchad	13 606	2 560	19
Togo	7 171	1 135	16
TOTAL	133 709	23439	18

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 (instabilité politique, conflits, etc.) ou aigüe (épidémie à virus Ebola, pics épidémiques récurrents de choléra, rougeole, méningites, etc.) contre une moyenne de-18% en Afrique sub-saharienne.

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'ODD 4. Deux pays cibles du 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.

“

Les Fonds Muskoka ont beaucoup aidé dans l'amélioration de l'accessibilité et de l'accès aux soins. L'accessibilité par rapport à la construction et à l'équipement de certaines infrastructures. L'accès aux soins par rapport à la disponibilité des intrants et des médicaments.

”

Dr Rabi Maitourna,
Député, Assemblée Nationale, Niger

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 chaque année 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.

Si l'on considère la durée du FFM, la régression mentionnée un peu plus haut à l'horizon 2015 s'est maintenue au-delà. De façon plus précise, elle s'est confirmée entre 2010 et 2019 et s'est prononcée de façon statistiquement significative pour le Mali et le Sénégal et avec des réductions très importantes pour les autres pays du projet qui se retrouvent à la limite de la signifiante statistique (voir les graphiques plus haut).

Les plus fortes baisses en mortalité entre 2010 et 2019 sont de 34% au Niger suivi du Sénégal avec 32% pour les moins de 5 ans et de 25% au Niger et de 23% au Sénégal pour les moins d'un an. Cependant les différences statistiquement significatives ont été observées pour le Mali et le Sénégal à la fois pour les moins de 5 ans et les moins d'un an. Les programmes du FFM ont contribué à ces résultats.

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 du FFM a permis 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 SRMNI-Nut. 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 interventions mises en place par le FFM, 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 Niger, du Sénégal et du Tchad.**
 2. Les 4 agences UN du FFM ont été unies pour contribuer aux efforts dans la **prestation des soins préventifs.** 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 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.
 3. 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 aiguë 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 habilité 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.**
 4. Le **monitorage 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**).
 5. 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 cela est approprié.** Ces politiques évoluent progressivement vers une institutionnalisation des systèmes de santé (une revue des politiques et programme a été conduite et financé par Muskoka en 2018 [Rapport-Politiques-et-programmes-de-santé-communautaire-en-AOC.pdf](#) [ffmuskoka.org](#)), une meilleure appropriation et engagement des gouvernements, et une coordination plus efficace entre les partenaires techniques et financiers.
- 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 SRMNI-Nut.

2. Améliorer la qualité des soins aux enfants de moins de 5 ans à travers la PCIME communautaire et clinique

Pour diminuer la mortalité infanto-juvénile, il faut faciliter l'accès aux soins. La stratégie PCIME donne aux agents de santé communautaires (ASC) les compétences nécessaires pour offrir des soins de proximité, réduisant ainsi considérablement la morbidité et la mortalité dans la population des enfants de moins de cinq ans. Cette stratégie répond efficacement au problème de l'accessibilité aux soins d'une large proportion de la population vivant dans les endroits éloignés ou difficilement accessibles, défi majeur pour la plupart des pays où la morbidité et la mortalité chez les enfants sont élevées.

	Bénin	Burkina Faso	Côte d'Ivoire	Guinée	Mali	Niger	Sénégal	Tchad	Togo
ACCÈS ÉQUITABLE À UN PROFESSIONNEL COMPÉTENT									
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	•	•	•	•	•	•	•	•	•

Prise en charge du paludisme, de la diarrhée et des infections respiratoires

Pour la période 2011–2020, avec le FFM, c'est au total près de **six millions d'enfants** qui ont été traités dans le cadre de la prise en charge des trois maladies, paludisme, diarrhée et infection respiratoire.

• Exemple de la Guinée année 2 à 10, 2011-2020

Avec le FFM, en Guinée, c'est au total près de **1,6 millions d'enfants** qui ont été traités de 2011 à 2020 dans le cadre de la prise en charge des trois maladies, paludisme, diarrhée et infection respiratoire. Cela correspond à environ 8 % de la population des enfants de ce pays.

année 2

Le FFM a permis d'introduire la PCIME clinique et communautaire dans onze districts sanitaires (Dubréka, Coyah, Forécariah, Boffa, Fria, Dabola, Mandiana, Beyla, Mali, Labé, Koubia), de renforcer les capacités de 220 agents communautaires sur l'application du paquet intégré de prévention et de prise en charge de la pneumonie, diarrhée, paludisme dans cinq districts sur 38 (Coyah, Dubreka, Forécariah, Boffa et Fria).

année 3

Les formations en PCIMNE clinique et communautaire ont permis la **prise en charge** :

55 000 enfants pour le paludisme,
14 000 enfants pour la diarrhée,
45 000 enfants pour les infections respiratoires aiguës

année 4

Prise en charge de
63 832 enfants pour le paludisme,
17 207 enfants pour la diarrhée
10 443 enfants pour la pneumonie.

année 5

526 agents de santé communautaires ont bénéficié d'un renforcement des capacités sur les soins du nouveau-né à domicile et la référence des cas graves.

288 agents de santé ont eu leurs capacités renforcées en soins essentiels et réanimation du nouveau-né, en maintenance préventive des équipements ; ils ont également bénéficié de la mise à disposition de matériels/équipements.

136 agents de santé communautaires ont bénéficié d'un renforcement des capacités sur le dépistage et la prise en charge de la malnutrition. 2 961 ASC ont été renforcés en PCIMNE communautaire sur les Pratiques Familiales Essentielles.

**34 400 (20%) pour le paludisme,
15 600 (9%) pour la diarrhée,
14 300 (8%) pour toux/pneumonie**
ont été pris en charge :

année 6

**61 000 enfants pour le paludisme,
13 000 enfants pour la diarrhée,
4 000 enfants pour les infections respiratoires aiguës**

année 7 -8

236 prestataires de soins ont été formés en PCIMNE clinique, 1850 relais communautaires et 185 agents de santé communautaires ont été renforcés sur les paquets essentiels en SRMNA-Nut.

Ces interventions ont contribué à la prise en charge de **109 330 cas de diarrhée, 40 912 cas de paludisme.**

année 9

Prise en charge de :

**40 912 cas de paludisme
109 330 cas de diarrhée.**

année 10

896 606 enfants de moins de 5 ans ont été pris dans les formations sanitaires et au niveau communautaire soit

**416 150 cas de paludisme
93 326 cas de diarrhées
287 130 cas de pneumonies**

Dans le cadre de la prise en charge des maladies de l'enfant au niveau communautaire, il a été notifié

11 927 cas de pneumonies pris en charge par un antibiotique et
4219 cas de diarrhée pris en charge avec du SRO Zinc par les Relais Communautaires dans 40 Communes de Convergence.

• Exemple du Togo année 1 à 10, 2011-2020

Avec le FFM, au Togo, c'est au total près de 850 000 enfants qui ont été traités de 2011 à 2020 dans le cadre de la prise en charge des trois maladies, paludisme, diarrhée et infection respiratoire. Cela correspond à environ 7 % de la population des enfants de ce pays.

année 1

SIJ : implantation du paquet de soins communautaire en zones défavorisées: formations (n=740) et équipement des ASC (10\$/M) (UNICEF, OMS) déployés en zones cibles: formation de 150 IDE superviseurs (neuf districts), PCIME clinique: 48 prestataires formés: 48 CS de deux districts, 24 agents de santé: formés à la nutrition dans 24 CS d'un district

Plus de 775 000 personnes bénéficient de soins communautaires dont plus de 135 000 enfants habitant à plus de sept km d'un centre de santé. Les compétences des prestataires en PCIME clinique et prise en charge de la malnutrition sont améliorées dans deux et un district respectivement

année 2

1 255 agents de santé communautaires (ASC) formés à la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (paludisme, diarrhée, toux/

pneumonie et malnutrition)

960 ASC sont installés et équipés (module de référence, médicaments et outils de gestion)

242 ASC sont aussi formés aux Pratiques Familiales Essentielles

Test de Dépistage Rapide des enfants avec de la fièvre à 93,3% dans la région des Savanes et à 97% dans la région de Kara

Dans Savanes, 71,8% des enfants traités pour paludisme avec des CTA (combinaisons thérapeutiques à base d'Artémisinine) et 63,4% ont reçu du paracétamol, dans Kara respectivement 76,7% et 51,9%

L'enfant est revu par l'ASC 24 h en cas de rhume ou pneumonie simple et 48 h après en cas de paludisme dans 85,3% des cas dans Savanes et 92,3% des cas dans Kara

Plus de 60 000 d'enfants malades traités en 2013 (jan-oct.) par les 960 ASC déjà installés pour des maladies potentiellement létales en l'absence de traitement :

Paludisme: 36 466

Diarrhée: 16 951

Pneumonie: 4 806

année 3

Déploiement de près de **1 300 ASC** dans les 12 districts

Ainsi, ont été pris en charge

70 000 cas de paludisme (24% de la cible),

17 500 cas de diarrhée (59% des épisodes attendus),

8 000 de pneumonie (58% des cas attendus)

année 4

Dans le cadre de la promotion de l'offre des soins curatifs au niveau communautaires, les 1 289 agents de santé communautaires (ASC) déployés dans les 12 districts ont pris en charge :

65 252 cas de paludisme (22% des cas attendus), 1

4 887 cas de diarrhée (50% des épisodes attendus),

5 949 cas de pneumonie (44% des cas attendus) et

année 5

Les investissements ont permis aux ASC de prendre en charge :

82 348 cas de paludisme (33% des cas attendus),

12 633 cas de diarrhée (49% des épisodes attendus),

7 912 cas de pneumonie (94% des cas attendus)

année 6

68 000 cas de paludisme

16 000 cas de diarrhée

9 000 de pneumonie

année 7 - 8

Dans les 12 districts sanitaires des régions Kara et Savanes, dans le nord du pays 1.224 agents de santé communautaires (ASC) sont déployés grâce au Fonds Muskoka.

96 381 cas de paludisme simple chez les enfants (soit 32% des cas attendus ont été pris en charge) ;

7 960 (26%) cas de diarrhée

11 011 (68%) cas de pneumonie sans complication

ont été pris en charge.

On note une tendance à la baisse des cas de maladies infantiles pris en charge par les ASC, qui pourrait s'expliquer par une meilleure adoption des comportements préventifs par les parents, grâce à la promotion des pratiques familiales essentielles (PFE) et de l'approche de l'assainissement totale piloté par la communauté (ATPC) dans ces deux régions.

L'appui du Fonds Muskoka a permis d'approvisionner régulièrement les ASC en intrants (CTA, SRO, zinc, amoxicilline, test de diagnostic rapide), d'assurer le paiement de leurs primes de motivation, ainsi que leur supervision par des professionnels de santé.

Il convient d'ajouter qu'en collaboration avec le Fonds Mondial, l'UNICEF a appuyé techniquement et financièrement la mise en œuvre de la chimio-prévention du paludisme saisonnier (CPS) dans la Région des Savanes, couvrant respectivement 96%, 97% et 99% des enfants de 3 à 59 mois lors des trois passages

année 9

En collaboration avec le Fonds Mondial, l'UNICEF a appuyé techniquement et financièrement la mise en œuvre de la **chimio-prévention du paludisme saisonnier** (CPS) dans la Région des Savanes, couvrant respectivement 98% (101.690) et 99% (102.727) des enfants de 3 à 59 mois lors des deux passages.

année 10

46389 cas (76%) de paludisme,

8836 cas (30%) de diarrhée

24 063 cas de pneumonie (78%) ont été pris en charge chez les enfants de moins de 5 ans par les agents de santé communautaire (ASC).

- En 2020, au **Niger**, la prise en charge de la diarrhée et des infections respiratoires aiguës au niveau communautaire a été assurée dans 42 districts sanitaires. Au total, au cours des trois premiers trimestres (seules données disponibles fin 2020) :

76,428 cas de diarrhée ont été vus par les relais, et 64,563 ont été traités à la SRO (84%) ;

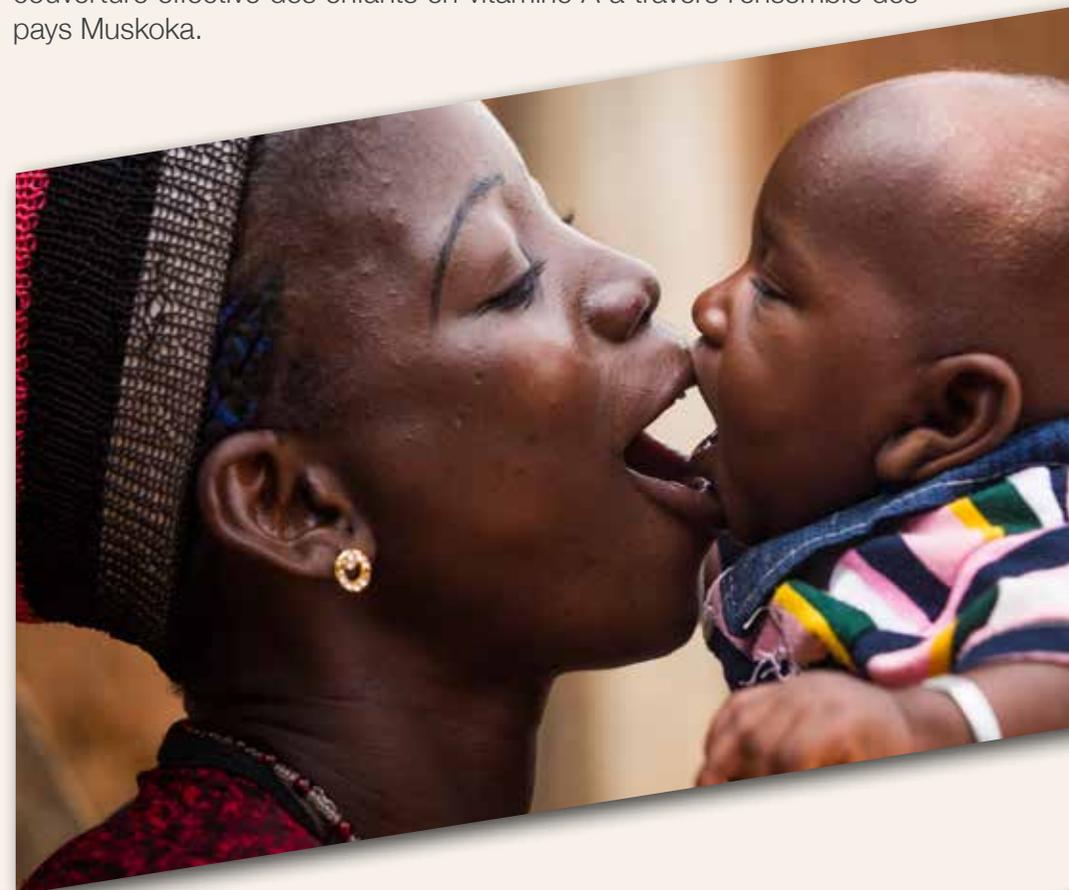
83,038 cas de toux ont été vus, dont 63,825 classés pneumonie, et 58,941 ont été traités à l'amoxicilline (71%).

Suivi communautaire des petits nourrissons malades au Niger

	T1	T2	T3	octobre
Total	3 099	3 300	3 464	2 155
Cas traités	3 090	3 300	3 405	2 155
Cas référés	84 (3%)	88 (3%)	26 (1%)	5 (0.2%)
Cas suivis à J4	2 812 (91%)	2 925 (89%)	2 979 (86%)	1 924 (89%)
Cas guéris	2 959 (95%)	3 151 (95%)	3 249 (98%)	2 125 (99%)
Décès	36 (1%)	32 (1%)	32 (1%)	8 (0.4%)

Supplémentation vitaminique

La supplémentation en Vitamine A est essentielle pour la survie de l'enfant. L'analyse des données disponibles indiquent pourtant des disparités importantes du niveau de la couverture effective de la supplémentation en vitamine A entre les pays Muskoka ainsi qu'une diminution de la couverture effective au cours de ces dernières années. Pour y remédier, les pays se sont engagés à intensifier la supplémentation en vitamine A chez les enfants de 6 à 59 mois à travers l'organisation de campagnes de supplémentation en vitamine A et de déparasitage à l'Albendazole. Le renforcement de ces initiatives devrait contribuer à améliorer la couverture effective des enfants en vitamine A à travers l'ensemble des pays Muskoka.



	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Bénin	98	99	99	99	95	94	99	-	-
Burkina	102	102	105	101	100	103	98	92	105
CIV	-	23	-	-	95	103	94	102	-
Guinée		68	80	85	88	70	80	90	95
Mali	96	93	98		88	99		93	
Niger	16	30	102	96	99	104	100	-	-
Sénégal	-	-	98	89	29	58	-	-	-
Tchad	-	-	91	96	85	67	70		
Togo	-	-	82	-	-	-	85	88	89

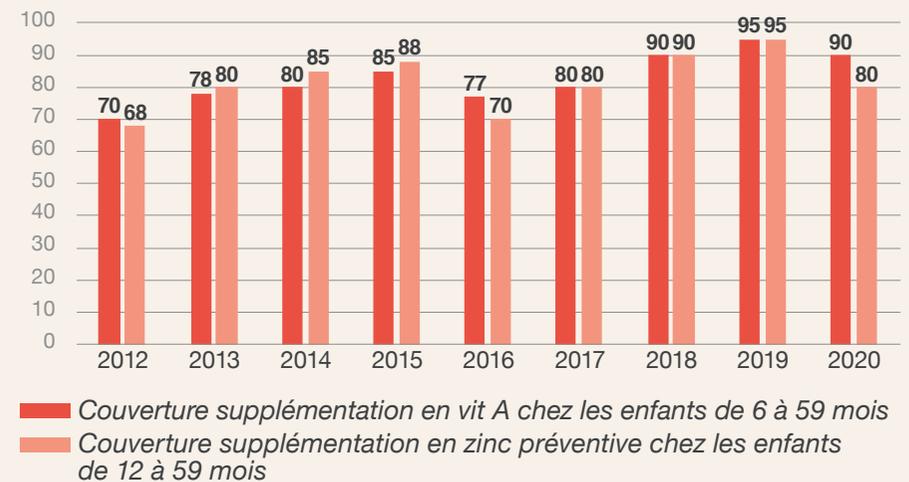
• Exemple du Bénin année 9

Contribution à la couverture pour la supplémentation en Vitamine A et le déparasitage de 91% des enfants de 6 à 59 mois et de 93% des enfants de 12 à 59 mois respectivement. Elle a consisté à l'offre d'un paquet de services aux enfants de 6 à 59 mois composé de :

- La vaccination des enfants de 0 à 11 mois ;
- La supplémentation en vitamine A des enfants de 6 à 59 mois ;
- Le déparasitage de enfants de 12 à 59 mois ;
- Le dépistage de la malnutrition chez les enfants de 6 à 59 mois.

• Exemple de Guinée

Graphique 33 : Couverture Vit A et Zinc pour les enfants en Guinée



Vaccination

• Exemple du Mali année 9

38,273 enfants de 0-11 mois ont été suivis pour la vaccination.

• Exemple du Tchad année 9

80% des enfants de 0-11 mois ont reçu leur 3ième dose de vaccin pentavalent et

69 % leur dose de vaccin anti-rougeoleux en fin octobre 2019 pour des cibles respectives de 70% et 90%. En outre 52% (66 /126) des districts ont au moins 80% d'enfants de 0-11 mois qui ont reçu 3 doses de vaccin pentavalent pour la période de janvier à octobre 2019.

• Exemple de la Guinée, année 9

Bénéficiaires-interventions	Réalisations	Proportion de la cible
Enfants de 0 à 23 mois rattrapés pour la vaccination en BCG:	31 099	16%
Enfants de 0 à 23 mois rattrapés pour la vaccination en penta 3	52 665	32%
Enfants de 0 à 23 mois rattrapés pour la vaccination en VAA:	71 058	42%
Enfants de 0 à 23 mois rattrapés pour la vaccination en VAR:	55 541	33%
Enfants de 6 à 11 mois supplémentés en vitamine A	267 624	77%
Enfants de 12 à 59 mois supplémentés en vitamine A	1 522 212	82%
Femmes enceintes vaccinées (VAT1)	22 975	4%
Femmes enceintes vaccinées (VAT2)	40 794	7%
Femmes enceintes ayant reçu la supplémentation en Fer/ acide folique	218 469	39%
Femmes enceintes ayant reçu le traitement préventif intermittent pour le paludisme	72 523	50%

Evolution de la couverture par le DTC3 (Vaccin antidiphtérique-antitétanique-anticoquelucheux) et de la supplémentation en vitamine A.

La couverture par le DTC3 à l'âge de 12 mois est un indicateur de première importance des performances des programmes de vaccination.

Couverture antigène contenant le DTC3

	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Bénin	76	74	74	77	74	74	76	73	
Burkina	104	103	102	103	105	103		105	99
CIV	62	64	-	-	-	100	98	98	95
Guinée	64	63	57	50	44	47	47	47	47
Mali	72	74	-	-	-	-	-	95	97
Niger		93	97	96	90	85	93	100	100
Sénégal			73	81	89	93	94	82	100
Tchad	33	40	39	36	42	41	41	41	46
Togo	85	84	84	84	82	82	83	81	84

3. Accès au personnel de santé qualifié pour la santé des enfants

Les ressources humaines en santé : nombre, qualité, formation, motivation, répartition, sont essentiels pour assurer une offre de soins de qualité. **Pour les enfants, au niveau des communautés, l'agent de santé communautaire est au centre du système de soins et de la prise en charge.** Néanmoins, c'est l'ensemble du personnel de santé (infirmiers, médecins, agents de santé communautaires, sages-femmes) qui contribuent à la réduction de la morbidité et de la mortalité infantiles.

Renforcement des compétences des agents de santé communautaires pour la prise en charge des enfants de moins de cinq ans

Au niveau de la formation : 'ICATT – IMCI Computerized Adaptation and Training Tool'

• Exemple du Togo, 2011-2020

année 1

SIJ : implantation du paquet de soins communautaire en zones défavorisées: formations (n=740) et équipement des ASC (10\$/M) (UNICEF, OMS) déployés en zones cibles: formation de 150 IDE superviseurs (neuf districts), PCIME clinique: 48 prestataires formés: 48 CS de deux districts, 24 agents de santé: formés à la nutrition dans 24 CS d'un district

année 2

1 255 agents de santé communautaires (ASC) formés à la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (paludisme, diarrhée, toux/pneumonie et malnutrition)

année 3

Le déploiement de près de **1 300 ASC** dans les 12 districts

année 4

Dans le cadre de la promotion de l'offre des soins curatifs au niveau communautaires, les 1 289 agents de santé communautaires (ASC) déployés dans les 12 districts ont pris en charge.

année 5

526 agents de santé communautaires ont bénéficié d'un renforcement des capacités sur les soins du nouveau-né à domicile et la référence des cas graves.

288 agents de santé ont eu leurs capacités renforcées en soins essentiels et réanimation du nouveau-né, en maintenance préventive des équipements ; ils ont également bénéficié de la mise à disposition de matériels/équipements.

136 agents de santé communautaires ont bénéficié d'un renforcement des capacités sur le dépistage et la prise en charge de la malnutrition.

2 961 ASC ont été renforcés en PCIMNE communautaire sur les Pratiques Familiales Essentielles.

année 7 - 8

Dans les 12 districts sanitaires des régions Kara et Savanes, dans le nord du pays 1.224 agents de santé communautaires (ASC) sont déployés grâce au Fonds Muskoka.

année 9

Grâce l'appui du FFM aux interventions à base communautaire, 69% des enfants de 0 – 5 ans de la Région des Savanes et 33% dans la Kara continuent d'avoir accès aux soins de base.



La proportion de villages au-delà de 5 km d'une formation sanitaire disposant d'un Agent de Santé Communautaire (ASC) formé sur les soins intégrés est restée au niveau atteint en 2018, soit 72% dans Kara et 65% dans les Savanes.

La contribution du FFM a également permis d'assurer le paiement de la prime de motivation des 1220 ASC déployés dans les 12 districts sanitaires des deux régions.

Pendant l'année, 72% des 21411 cas attendus d'enfants souffrant de pneumonie dans les communautés éloignées des formations sanitaires ont été pris en charge avec un antibiotique par les ASC dans ces régions.

année 10

Cette année le pourcentage d'enfants ayant accès aux interventions à haut impact au niveau communautaire dans les régions Savanes et Kara est passé de 69% en 2019 à 79% en 2020, grâce à la formation de nouveaux agents de santé communautaires (ASC). En effet, le nombre de ménage ayant accès à un agent de santé communautaire (ASC) formé à la prise en charge intégré des maladies les plus létales chez les enfants au Togo a progressé de 73200 en 2019 à 84180 en 2020, grâce à la formation de 183 nouveaux ASC dans les districts de Kpendjal et de Bassar au cours du dernier trimestre de l'année, avec l'appui technique du FFM. Au total, 1403 ASC sont désormais déployés dans les 12 districts sanitaires des régions Kara et Savanes.

Par l'action conjuguée des 4 agences du FFM, c'est au total, pour les 10 années du programme Muskoka, plus de 70 000 personnels de santé (médecins, infirmiers, sages-femmes et ASC), à qui un appui a été apporté : appui technique et financier, formation, renforcement des capacités.

4. Améliorer la nutrition des enfants

Dans le contexte de la région Afrique de l'Ouest et du Centre, 33% des enfants de moins de cinq ans souffrent de retard de croissance. **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.** Celle-ci est liée au manque de moyens des familles mais aussi à des pratiques alimentaires du jeune enfant non optimales.

Une meilleure alimentation complémentaire peut prévenir plus de 10% des décès causés par la diarrhée ou les infections respiratoires aiguës. Elle peut également renforcer la résistance aux maladies et notamment à la rougeole. Les enfants souffrant de malnutrition dans leurs premières années ont plus de mal à mener une scolarité complète, à grandir normalement et à mener ensuite une vie active d'adulte.

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.

Les interventions de nutrition essentielles suivantes ont été mises en œuvre :

- **Alimentation du nourrisson et du jeune enfant (ANJE)**

- Protection, promotion et soutien de pratiques optimales d'allaitement maternel, y compris mise au sein précoce et allaitement exclusif jusqu'à 6 mois
- 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 :**

- Supplémentation en vitamine A chez les enfants de 6 à 59 mois
- Supplémentation en zinc préventive chez les enfants de 12 à 59 mois

- **Prise en charge de la malnutrition aigüe sévère**

• Exemples du Mali, du Niger et du Tchad en année 9

• Mali

Appui à la DRS de Sikasso dans le cadre de la réponse à la malnutrition chronique et aigüe dans 3 DS Bougouni, Sikasso et Koutiala en synergie avec les Fonds italiens et les fonds espagnols.

51 178 enfants de 6-59 mois ont été dépistés de la malnutrition avec le PB par les membres de GSAN dont 532 cas sévères qui ont été référés aux CSCOM pour une prise en charge appropriée

Organisation de 1,365 séance de démonstrations nutritionnelles pour 48,297 personnes dont 12,525 hommes soit 26% à hauteur de 41,7 tonnes de céréales, 6,2tonnes de légumineuses

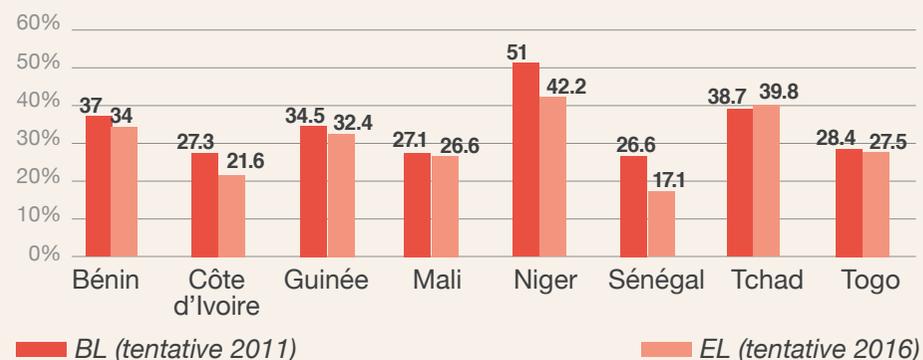
Pour la prise en charge de la malnutrition aigüe sévère, les 2 URENI et 86 URENAS de 2 districts de Sikasso et Bougouni vont bénéficier de kits de stimulation psycho cognitive (Jouets locaux) pour la stimulation des enfants malnutris sévères qui permettront de renforcer la prise en charge.

Au total 12,987 enfants malnutris sévères ont été pris en charge et ont bénéficié de la stimulation psycho cognitive dans les 3 districts Koutiala, Bougouni et Sikasso. On a noté un taux de guérison 89.4%, un taux de décès de 2.0% et 8.6% de taux d'abandon (Pour la région 19283 sorties un taux de guérison 89.4%de taux d'abandon 9.2 %, un taux de décès de 1.4%). Les 3 districts prennent en charge 67,3% des cas de MAS des 10 DS de la région ; 90 prestataires du district sanitaire de Sikasso ont été formés sur les nouvelles normes de croissance en vue d'améliorer la surveillance nutritionnelle de moins de 5 ans.

• Tchad

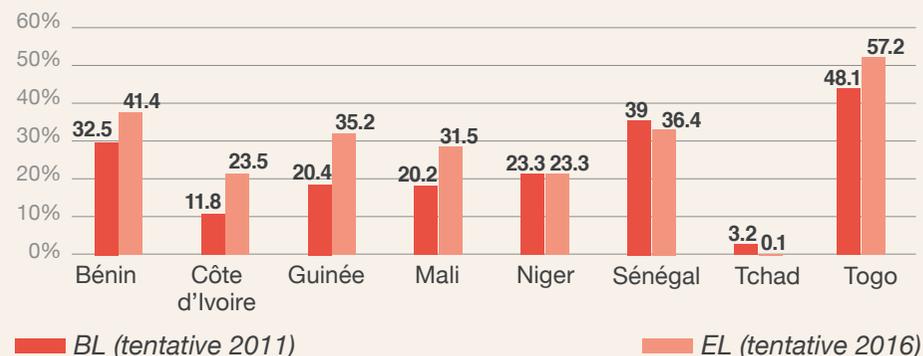
Afin de réduire la malnutrition infantile et son impact sur la mortalité, le Ministère de la Santé Publique avec l'appui des partenaires a soutenu la mise en œuvre de la supplémentation en vitamine A et le déparasitage chez les enfants âgés de 6 à 59 mois. Le premier passage de la campagne de supplémentation a permis de supplémenter en vitamine A 4.089.777 sur 4.511.667 enfants (91%) de 6 à 59 mois et déparasiter 89% des enfants de 9-59 mois.

Graphique 34 : Evolution de la prévalence du retard de croissance chez les enfants de moins de cinq ans

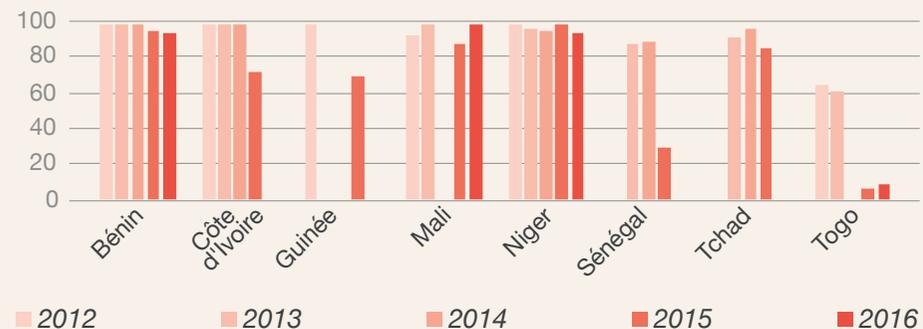


Sources: SMART/NNS; MICS; DHS; AGVSAM

Graphique 35 : Taux d'allaitement maternel exclusive chez les enfants de moins de 6 mois



Graphique 36 : Couverture Effective de Supplémentation en Vitamine A chez les enfants de 6 à 59 mois



Sources: Etat des enfants dans le monde 2017

5. Accès aux médicaments essentiels et produits de santé pour les enfants

Comme pour les femmes enceintes et nouveau-nés, le FFM apporte un appui direct aux ministères de la santé dans la mise en œuvre de leurs politiques pharmaceutiques pour garantir **un accès à des médicaments essentiels de qualité et abordables** aux populations, ainsi que leur **usage rationnel**. Ces Ministères travaillent aussi en lien étroit avec les ministères des Finances et les partenaires pour sécuriser les financements nécessaires aux approvisionnements. Il apporte également un appui pour le renforcement du cadre légal et réglementaire et le respect des normes et standards pour la fabrication, la distribution, l'accès et l'usage rationnel des médicaments.

L'ensemble des partenaires au développement en santé bénéficie du rôle normatif joué par le FFM à travers, notamment les actions de l'OMS. Ces actions normatives servent de base à celles de l'UNFPA et de l'UNICEF dans leurs interventions visant à augmenter la disponibilité des médicaments et produits de santé disponibles pour la santé de la mère et de l'enfant dans les structures de santé.

“

Grâce au Fonds Muskoka, nous avons réussi à équiper deux centres de stages pour les élèves, Anono et Blockhaus.

Nous avons coaché des sages femmes pour qu'elles aient le même langage que les tutrices de l'ONG Sauvons 2 Vies.

”

Kadidia Sow,
Présidente de l'ONG Sauvons 2 vies,
Abidjan, Côte d'Ivoire

3. Les adolescent.e.s et les femmes

1. Accès équitable à la planification familiale, à la santé sexuelle et reproductive, et à la prévention et la prise en charge des violences basées sur le genre

Planification familiale

La planification familiale (PF) est une des interventions les plus performantes pour améliorer la santé des mères et des enfants. La PF permet de planifier les naissances, éviter les grossesses non-désirées et ainsi réduire le nombre d'avortements à risque.

On estime qu'environ 30% des décès maternels peuvent être évités grâce aux services de planification familiale. Plus généralement, la PF aide à assurer une meilleure santé de la mère, l'équité des femmes, la survie des enfants, la prévention du VIH et autres MST, l'épanouissement de la femme et le bien-être des familles.

Les principales interventions ont été les suivantes :

	Bénin	Burkina Faso	Côte d'Ivoire	Guinée	Mali	Niger	Sénégal	Tchad	Togo
DÉVELOPPEMENT DES SERVICES À BASE COMMUNAUTAIRE									
Plaidoyer sur le repositionnement du planning familial	•					•			•
Intégration dans les systèmes d'information les données sur le planning familial						•		•	
Expérimentation d'un système pilote d'enregistrement à base communautaire des données du planning familial					•				•

	Bénin	Burkina Faso	Côte d'Ivoire	Guinée	Mali	Niger	Sénégal	Tchad	Togo
Formation de relais communautaires en planning familial	•	•	•	•		•		•	•
Campagnes de services gratuits en planning familial et dépistage	•	•	•			•		•	•
Stratégie de recherche active des clientes mécontentes	•					•			•
Développement du curriculum des acteurs communautaires pour l'extension de l'utilisation des services de planning familial						•			
MISE À DISPOSITION DE GAMMES COMPLÈTES DE CONTRACEPTIFS MODERNES									
Mise à disposition de contraceptifs modernes, offres de services, appui logistique	•	•	•	•		•	•	•	
Evaluation des besoins en planning familial							•		
Revue du plan planning familial multi annuel					•				•
ORGANISATION DE L'INFORMATION SUR LA PLANIFICATION FAMILIALE ET LES QUESTIONS DE GENRE									
Actions de sensibilisation et de communication en planning familial (campagnes communautaires, mobilisation sociale, radio, TV)	•	•	•	•	•		•	•	

• Exemples de la Guinée et du Niger, année 9

• Guinée

La semaine nationale d'offre gratuite des services de planification familiale a permis de sensibiliser 50 052 femmes, de conseiller 75 156 femmes et de mettre sous contraception 47647 femmes sur toutes les méthodes dont 39409 nouvelles utilisatrices et 8.238 utilisatrices régulières.

La campagne d'offre de service par l'association des sages-femmes dans 15 CS a permis à 2 120 nouvelles utilisatrices de bénéficier des contraceptifs de longues durées d'action.

Au total, 221 818 personnes dont 129 994 femmes ont été informées et sensibilisées sur les avantages de PF et

69 181 femmes âgées de 15 à 49 ans ont bénéficié d'une méthode contraceptive moderne contrairement aux 24 500 femmes attendues.

Sur les 69 181 femmes ayant bénéficié d'une méthode contraceptive moderne, 50 609 étaient des nouvelles utilisatrices.

Parmi les femmes bénéficiaires, 15 655 avaient un âge compris entre 10 et 19 ans soit 22,62%, 23 239 avaient un âge compris entre 20 et 24 (33,59%) et 30 287 avaient un âge compris entre 25 et 49 ans (43,77%).

• Niger

515 prestataires des soins encadrés par 28 tutrices dans 94 Centres de santé intégré (CSI) des 5 régions ciblées ont vu leurs compétences renforcées en SONU et en PF.

Organisation des campagnes de mobilisation sociale pour le changement comportemental en faveur de la lutte contre le mariage des enfants, la scolarisation de la jeune fille et son maintien à l'école, et l'offre de services SR/PF dans les régions de Maradi et de Tahoua. Ces activités ont permis de créer une grande demande pour l'utilisation de services SR/PF avec 36 107 acceptantes PF dont 19 172 nouvelles acceptantes (53%), avec respectivement 9 025 et 10 147 dans la région de Maradi et dans celle de Tahoua.

• Togo

La Distribution à Base Communautaire (DBC) 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. 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 :

Graphique 37 : Evolution du nombre d'utilisatrice DBC-PF de 2012-2017



Graphique 38 : Evolution du CAP DBC-PF de 2012-2017



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.

L'introduction du dispositif intra-utérin dans le post-partum (DIUPP) est 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.

Également 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 ».

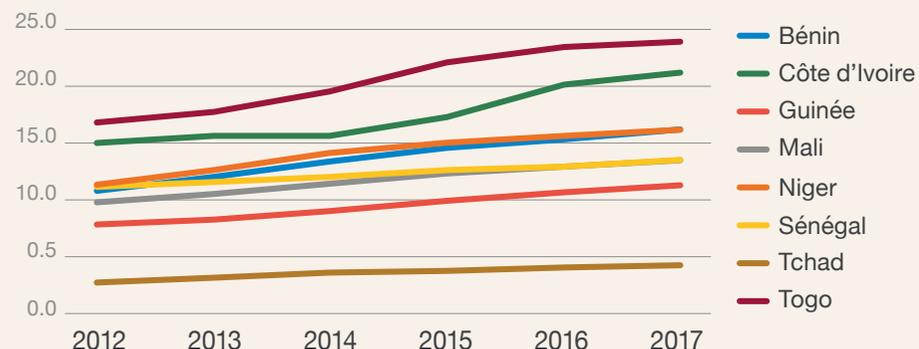


Evolution de la prévalence de la contraception moderne (%) dans les pays Muskoka (toutes les femmes)

	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
Togo	84	84	84	82	82	83

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)



2. Santé sexuelle et de la reproduction des adolescent.e.s et des jeunes

La région ciblée par le FFM est marquée par le **taux de natalité chez les adolescentes** le plus élevé du monde. Par rapport aux femmes âgées de plus de 20 ans, les jeunes filles (y compris de 14 ans et moins) et adolescentes courent encore un risque plus grand de complications liées à la grossesse.



Chaque femme a en moyenne entre cinq et six enfants et le taux de grossesse chez les adolescentes est plus de deux fois supérieur au taux mondial, avec plus d'une fille sur dix âgées de 15 à 19 ans, qui donnent naissance.

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 adolescent.e.s sont le seul groupe aujourd'hui qui connaît un accroissement du taux de mortalité dû à la maladie.

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...
- Chaque heure, dans la région Ouest Afrique, 7 adolescent.e.s 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.

Dans ce contexte, la SSRAJ plus que nulle part ailleurs est une priorité de santé publique et un axe d'intervention clé du FFM dans la réduction de la mortalité maternelle, néonatale, infantile et des adolescentes. La priorité accordée à la SSRAJ dans le dispositif Muskoka est un fort signal envoyé par la France qui confirme ainsi son engagement stratégique⁴ et opérationnel sur cette thématique.

Deux grands types d'interventions ont été mis en œuvre dans les pays :

- Mise en place de services de santé sexuelle et de la reproduction en milieu scolaire et extra-scolaire et développement de l'accès à l'éducation complète à la sexualité.
- Séances de sensibilisation et conférences-débats sur les violences basées sur le genre.

En outre, en 2019, de nombreuses activités ont été mises en œuvre sur **la santé et l'hygiène menstruelle.**

Les interventions à haut impact en santé sexuelle et de la reproduction des jeunes et adolescent.e.s mises en œuvre par le FFM sont les suivantes :

	Bénin	Côte d'Ivoire	Guinée	Mali	Niger	Sénégal	Tchad	Togo
METTRE EN PLACE DES SERVICES SSR (PF INCLUSE) EN MILIEUX SCOLAIRE ET EXTRASCOLAIRE								
RENDRE LES CENTRES DE SANTÉ ACCUEILLANTS, CONVIVIAUX ET DE QUALITÉ POUR LES A&J AFIN D'AUGMENTER LEUR FRÉQUENTATION								
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	•	•	•	•		•		•

4. 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.

	Bénin	Côte d'Ivoire	Guinée	Mali	Niger	Sénégal	Tchad	Togo
METTRE EN PLACE UN ENVIRONNEMENT PROTECTEUR ET FAVORABLE À L'ÉPANOUISSEMENT DES JEUNES FILLES ET GARÇONS EN MILIEU SCOLAIRE ET DANS LES COMMUNAUTÉS								
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								
Mariages et grossesses précoces Promouvoir, mettre en œuvre, suivre, évaluer et documenter les initiatives et campagnes en matière de lutte contre les mariages et les grossesses précoces	•	•	•	•	•	•	•	•
Prévention et lutte contre les VBG Promouvoir, mettre en œuvre, suivre, évaluer et documenter les initiatives en matière de lutte contre les violences en milieu scolaire et extra-scolaire	•	•	•	•	•	•	•	•

	Bénin	Côte d'Ivoire	Guinée	Mali	Niger	Sénégal	Tchad	Togo
IMPULSER UN CHANGEMENT DURABLE DES HABITUDES SOCIALES ET DE LOIS PLUS FAVORABLES POUR LES JEUNES FILLES EN PARTICULIER EN SITUATION DE VULNÉRABILITÉ								
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 du FFM

Rétrospective programmatique

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 SSRAJ 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 adolescent.e.s, 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 SSRAJ et une augmentation de l'allocation financière dans les PTA inter-agences pays ainsi qu'à l'échelle régionale.

Mai 2016 : COPIL – Souhait de voir 30% du budget de 2017 alloué à la SSRAJ.

Juin 2016 : COTECH proposition de la note conceptuelle SRAJ – réduction des grossesses précoces

Décembre 2016 : Validation de la note conceptuelle SSRAJ – réduction des grossesses précoces

2017 : Partage de la note conceptuelle aux pays pour la planification 2017 et mise en œuvre

2017 : Tenue de l'atelier régional conjoint en matière de SSRAJ sur le thème : « Réduire les grossesses précoces en Afrique de l'Ouest et du Centre : bilan, perspectives et interventions clés en matière de Santé et Droits Sexuels et Reproductifs des adolescentes et des jeunes ».

2020 : campagne digitale de 7 mois sur la santé et l'hygiène menstruelles intitulée #soyonsreglos ayant permis de toucher plus de 16 millions de personnes



• Côte d'Ivoire



La santé et l'hygiène menstruelle (SHM) au cours de la programmation inter-agences

• Guinée



Stratégie de mobilisation des ressources en faveur de l'ECS

Poursuite de la production de guides techniques et de documentation de pratiques prometteuses en matière de SSRAJ

Cadres d'intervention et plaidoyer régionaux pour accélérer l'atteindre des DSSRAJ dans la région d'Afrique de l'Ouest et du Centre -

L'UNFPA et l'UNESCO pilotent depuis 2018 le processus de préparation conduisant à un engagement régional de haut niveau en faveur de l'ECS et des services en SSR en AOC à l'horizon 2020.

La collaboration avec l'UNESCO montre l'interaction de l'équipe régionale inter-agence autour de la SSRAJ et l'effet catalytique de Muskoka en terme programmatique que financier.

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.

Les principales interventions proposées s'inscrivent dans le prolongement des interventions déjà établies dans le cadre de ressources et de résultats Muskoka, à savoir :

- Mettre en place des services SSR (PF incluse) en milieux scolaire et extrascolaire ;
- 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 ;
- Impulser un changement durable des habitudes sociales et de lois plus favorables pour les jeunes filles en particulier en situation de vulnérabilité.

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

a. ECS

b. Services de santé sexuelle et reproductive adaptés pour les A&J

L'ECS est partie intégrante des politiques de SSRAJ 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 adolescent.e.s et jeunes.

ECS liée aux services de SRAJ

ECS de qualité
en et hors milieux scolaires

*Communication pour le
changement de comportements
et des normes et attitudes
sociétales*



Services de SRAJ intégrés, de
qualité et adaptés aux jeunes

*Sensibilisation et participation
des parents/communauté
dans l'élaboration et la mise
en oeuvre des programmes*

Résultats majeurs atteints au niveau des pays en matière de SSRAJ, exemple du Togo, de la Côte d'Ivoire et de la Guinée

• Togo

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'infirmières 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 infirmeries 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 infirmeries.

Environ 100 000 adolescent.e.s 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 infirmeries.

• Côte d'Ivoire

Le FFM a contribué de manière substantielle à la diffusion et à la supervision des cours d'ECS intitulé « leçons de vie » ciblant l'ensemble des établissements scolaires et ayant touché 676 131 nouveaux élèves. La répartition se présente comme ci : 63,9% et 71,4% des élèves respectivement du primaire et du secondaire.

En outre, une convention est signée par les DREN avec 30 radios partenaires locales. 1 animateur est désigné dans chacune des 30 radios partenaire pour assurer l'animation des diffusions. 6 thématiques sur la SSR sont en cours de diffusion.

La Côte d'Ivoire a élaboré et validé le premier document national de référence sur **la santé et l'hygiène menstruelle**. Un document national sur la santé menstruelle validé comportant les aspects suivants : (i) Puberté chez les filles et chez les garçons, (ii) Gestion des périodes de menstrues, (iii) Tabous, fausses croyances et informations erronées.

Le Ministère de la jeunesse avec l'appui technique et financier notamment de l'UNFPA met à profit les grands moments de rassemblements de jeunes pour les sensibiliser sur la SR/PF/VIH, les comportements à risques (tabac, alcool, drogue) et pour offrir les services de dépistage IST/VIH et de planification familiale.

Ainsi au cours de la caravane jeunesse saine, ce sont :

- 178 732 jeunes de 10 à 24 ans qui ont été sensibilisés (74 900 jeunes filles et 103 832 jeunes hommes)
- Parmi eux 7 549 jeunes filles et 8 922 jeunes hommes ont été dépistés pour le VIH avec 2 cas positifs chez les jeunes filles ;
- Jeunes filles ont bénéficié de méthodes contraceptives modernes ;
- 84 574 préservatifs ont été distribués aux jeunes de moins de 24 ans .

Au total avec les interventions menées par le ministère de la jeunesse, 23 263 adolescent.e.s et jeunes ont bénéficié des services de SR/PF/VIH.

• Guinée

Augmentation significative de l'offre de services SSRAJ

Nombre de structures intégrant les services de 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 adolescent.e.s 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
 - Première campagne digitale en Afrique de l'Ouest et du Centre de 7 mois entièrement dédiée à la santé et l'hygiène menstruelles #soyonsreglos ayant touché plus de 16 millions de personnes
- **Résultat stratégique**
 - Fonds Muskoka reconnu comme un fonds catalytique en SSRAJ dans la région



Séance de causerie éducative dans une école en Guinée

Prévention et prise en charge des violences faites aux femmes et aux filles

En dépit d'une montée indéniable des conservatismes sur un certain nombre de sujets relatifs aux droits des femmes, la promotion de l'égalité femmes-hommes est aujourd'hui largement perçue au sein du FFM comme une étape indispensable pour renforcer l'efficacité des politiques de développement et de lutte contre la pauvreté. Les femmes sont les premières victimes de la pauvreté. Elles se heurtent à de nombreux obstacles limitant leur autonomisation sociale, économique et politique. Elles représentent près de 70% des personnes vivant avec moins d'un dollar par jour et environ 2/3 des adultes non alphabétisés. Bien qu'elles soient fortement impliquées dans la production économique, elles n'en retirent que peu de bénéfices faute de pouvoir exercer un contrôle sur les ressources et sur les facteurs de production. Des millions d'entre elles sont par ailleurs dans l'incapacité d'exercer pleinement et librement leurs droits sexuels et reproductifs, dimension pourtant essentielle à leur émancipation. Le nouvel Agenda du développement durable pour 2030 reconnaît que ces multiples barrières sont autant d'obstacles à la réalisation des Objectifs de développement durable (ODD) et



recommande donc de s'attaquer aux causes structurelles des inégalités de genre. C'est dans ce contexte et 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.
- 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 argumentaires religieux sur la SR et sur les violences ont été produits et disséminés dans la région.
- Au Togo, cumulativement, 78 500 000 ont été touchées 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'arrêtés communautaire contre les viols.

“

La mission qui nous a été confiée est de garantir les droits des femmes dans notre milieu.

Nous ne devons laisser passer aucune violence basée sur le genre. En cas de viol, nous devons tout faire pour que l'auteur soit traduit en justice.

Grâce à notre travail, nous constatons beaucoup de changements.

La traite des enfants s'est considérablement réduite et il en est de même des mariages précoces.

”

Salamatou Alidou,
Initiative Fiorson, Femme du Chef de Vogon, Togo

• Togo

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.

• Bénin

Au Bénin, ces actions sont possible grâce à la collaboration avec l'Institut des Filles de Marie Auxiliatrice (IFMA) – Sœurs Salésiennes de Don BOSCO qui est l'unique structure partenaire d'ONU FEMMES engagée pour la mise en œuvre des actions du Fonds Français MUSKOKA. Ses interventions couvrent six (06) zones d'interventions

Messages radiodiffusés : les viols et toutes formes de violence sont punis par la loi ; en cas de violence, appelez les numéros gratuits suivants : 7344 et 96000001 ; en cas de viol, la délivrance du certificat médical est gratuite.

• Mali

Renforcement des capacités de 40 policiers et de 45 acteurs de la société civile de la région de Sikasso sur les nouvelles directives

Les capacités de 60 pairs éducateurs et de 40 femmes et filles en âge de procréer ont été renforcées sur le concept du genre, VBG, droits humains, SRAJ et la communication changement de comportement social dans la région de Sikasso.

• Niger

Les capacités de huit plateformes multi-acteurs et huit clubs des hommes actifs ont été renforcés à travers l'ONG (Organisation non gouvernementale) Association des professionnels africains de la communication (APAC NIGER),

Plusieurs émissions radios interactives à travers les radios communautaires notamment des tables rondes, des débats et interviews sur les questions de violences basées sur le genre en lien avec la santé maternelle et infantile ont été organisées.

Au total 1.391.160 personnes (hommes, femmes, jeunes filles et garçons) ont été touchées par les différentes émissions avec une approche stratégique et participative.

• Sénégal

Le Ministère de la Femme, de la Famille, du Genre et de la Protection des Enfants dispose d'un plan d'action opérationnel pour la mise en œuvre du paquet de services essentiels de prise en charge des victimes. La synergie entre la société civile et le MFFGPE s'est renforcé afin de promouvoir la sensibilisation et le dialogue communautaire et la mobilisation sociale pour un changement de comportement.

Les mouvements des jeunes activistes reconnus et soutenus. Les mouvements de jeunes activistes se sont multipliés cette année et ont développé des campagnes au niveau des médias sociaux à l'image de « me too » pour dénoncer les violences faites aux femmes et aux filles.

Une synergie de la société civile engagée et reconnue par les autorités : Les 35 associations de femmes ont été renforcées et 100 para-juristes formés. Ces derniers se sont déployés dans 4 départements du Sénégal pour sensibiliser les communautés sur l'accès des femmes à l'aide juridique.

Des femmes et des filles victimes soutenues et prises en charge : 2000 femmes, filles victimes de violence accèdent aux services multisectoriels de prévention et de prise en charge à travers les interventions au niveau des projets sur l'amélioration de la santé maternelle, néonatales, infantiles et des adolescent.e.s. Le projet accès des femmes à la justice a permis le renforcement des capacités des prestataires de services juridique, de santé et la police et des services sociaux. Ces prestataires sont actuellement en mesure d'offrir des services de qualité et de faire le référencement vers d'autres services. Ce qui a permis à 2000 femmes et filles et jeunes de bénéficier de service et de résoudre leurs difficultés. Pour cette année 1500 victimes ont bénéficié du service d'aide juridique, de santé et d'insertion sociale et économique.

Assistance psychosociale aux femmes victimes : 500 femmes victimes ont été prises en charges psychologiquement avec une prise en charge médicale ou celle de leurs enfants et elles ont été réinsérées. Elles mènent des activités économiques et ont réintégré la société, retrouvé leur dignité et ainsi assurer leur résilience et reprendre leur estime de soi.

Tchad

Le centre d'écoute de l' Association des Femmes Juristes du Tchad (AFJT) a enregistré pour le mois de janvier et décembre 83 cas de violences traitées.

L'AFJT a mis à disposition de 50 filles mères des kits de propreté. En outre, 100 femmes dont 50 de Mao et 50 à N'Djamena ont bénéficié d'un appui pour mettre en œuvre des activités génératrices de revenu (AGR) pour leur autonomisation.

Deux formations à l'endroit des leaders de Mao et Ndjamenas ont permis de former 50 leaders sur la masculinité, les violences et les dispositions du nouveau code pénal relatives aux violences basées sur le Genre.

Togo

71 professionnels de la santé (Médecins, Sages-Femmes responsables de la SSR/PF et infirmiers des districts) et 87 membres des plateformes de dialogue communautaire ont participé à des échanges sur l'état des lieux des activités de prévention et de prise en charge psychosociale, juridique et médicale des victimes. Au total, 239 victimes ont bénéficié d'une prise en charge médicale (consultations médicales, analyses et médicaments) dont 73 cas de viol sur mineurs dans les 18 districts sanitaires du projet.

29 cas de mutilation génitale féminine sur les enfants sont pris en charge dans les préfectures de Cinkassé, Tône et Kpendjal. Une nouvelle dotation financière est mise à la disposition des dix-huit (18) districts sanitaires pour une prise en charge des cas de violences sexuelles et physiques. Par ailleurs, 140 acteurs communautaires de 7 préfectures ont amélioré leurs compétences dans le domaine de l'engagement des hommes en matière de promotion de la santé sexuelle et reproductive, et de la prévention des violences basées sur le genre (VBG).



Au centre des jeunes, on m'a appris que j'ai des droits et qu'à 15 ans. Je n'étais pas encore majeure pour me marier.

Ils m'ont appris mes droits que je ne connaissais pas. Moi, ce que je connaissais, à la maison, c'est la soumission.

*On va se marier au moment opportun
Ce n'est plus un mariage forcé ni un mariage précoce.*

Et grâce au centre, on va combattre les grossesses indésirées.



Roubatou Tchagaou,
élève, Tabligbo, Togo



4. Femmes enceintes et nouveau-nés, enfants, adolescentes

1. Accès équitable à du personnel qualifié

Améliorer l'accès à du personnel compétent a constitué un des points forts du programme de ces dix 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 indicateurs de mortalité et de morbidité des pays ciblés par le FFM.

Au total, de l'année 1 à l'année 10 du programme du FFM, par l'action conjuguée des 4 agences du partenariat, c'est plus de 70 000 personnels de santé, médecins, infirmiers, sages-femmes, ASC, à qui un appui a été apporté par des interventions ciblées : appui technique et financier, renforcement des capacités, formation et recrutement des agents de santé selon les besoins en SRMNIANut, amélioration de la qualité de la pratique par la supervision et amélioration des conditions de travail.

Des sages-femmes pour la prise en charge des mères et de leurs nouveau-nés

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. En fonction du contexte et des 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.**

Agents de santé communautaire (ASC)

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 a été de déployer une moyenne d'une ASC pour 650 habitants de milieux ruraux.

Au cours de ces 10 années, les grandes lignes des interventions ont été les suivantes:

1. Faciliter l'accès à la formation sage-femme de qualité

Les interventions ont porté principalement sur l'amélioration de la formation principale et continue.

Etat de la situation de la maïeutique en Afrique

Les fonds français Muskoka ont permis de soutenir la réalisation et la diffusion du rapport mondial sur l'Etat de la pratique sage-femme publiée 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.

Réforme de la profession sage-femme

Suite à la publication du rapport mondial sur l'Etat de la pratique sage-femme, plusieurs ateliers ont été organisés grâce au FFM au niveau régional pour réfléchir sur le devenir de la profession sage-femme. Ces ateliers ont permis de valider le relèvement de la formation de sage-femme au niveau universitaire. Le FFM a été un catalyseur pour mobiliser des financements en faveur de la réforme de la formation sage-femme dans les pays bénéficiaires du fonds (Côte d'Ivoire, Mali, Sénégal, Niger, Guinée, Burkina Faso Bénin, Togo).

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.

Formation initiale

Une révision des programmes de formation en maïeutique a été entreprise dans l'ensemble des pays bénéficiaires du FFM pour améliorer la qualité des formations aux niveaux professionnel et universitaire. Le relèvement de la formation des sages-femmes au niveau universitaire a été pris en compte dans le développement des curricula, la formation au nouveau master et doctorat des enseignants qui enseignent la maïeutique.

Formation dans les zones reculées et rurales

Des programmes de formation professionnelles ont été révisées et adaptées au contexte des zones rurales et mal desservies afin d'améliorer la disponibilité des compétences pour les populations vivant dans les zones rurales.

Systemes d'accréditation de la formation initiale

Ces systèmes ont été développés et mis en œuvre dans la plupart des pays pour veiller à l'assurance qualité des formations en maïeutique. Le Mali et le Togo sont les pays qui ont le plus avancés dans ce processus.

2. Planifier et accélérer le recrutement des personnels de santé pour les services SRMNIA-Nut

Pour atteindre cet objectif, le FFM a mené plusieurs actions de plaidoyers au niveau régional : Mobilisation des décideurs des pays membres de l'Union Economique Monétaire de l'Afrique de l'Ouest (UEMOA (le Bénin, le Burkina Faso, la Côte d'Ivoire, le Mali, le Niger, le Togo et le Sénégal) pour qu'ils investissent davantage dans les personnels de sante SRMNIA-Nut. Ainsi un plan régional d'investissement

Le plan qui va favoriser la création d'emplois additionnels en santé et dans le social en particulier pour les jeunes et les femmes Ce plan a été validé en 2018 par les ministres de la santé, de l'emploi et des finances de la zone UEMOA et sa mise en œuvre a été confiée à l'Organisation Ouest Africaine de la Santé.

Les actions de plaidoyer ont permis de développer et de mettre en œuvre des plans d'investissement en faveur du recrutement des personnels de santé : 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 adolescent.e.s seront créés grâce plaidoyer réalisé auprès des décideurs de l'UEMOA. Plus de 25,000 emplois pour les personnels de santé ont été déjà créés entre 2019 et 2020.

3. Améliorer la qualité des services SRMNIA-Nut en renforçant les compétences techniques des agents de santé dans les structures de santé

Les interventions relevant de cet objectif ont constitué l'un des points forts du programme des six dernières années du FFM. 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 continue du personnel, 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

Dans le district de Keur Massar au Sénégal en 2016 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.

• Côte d'Ivoire

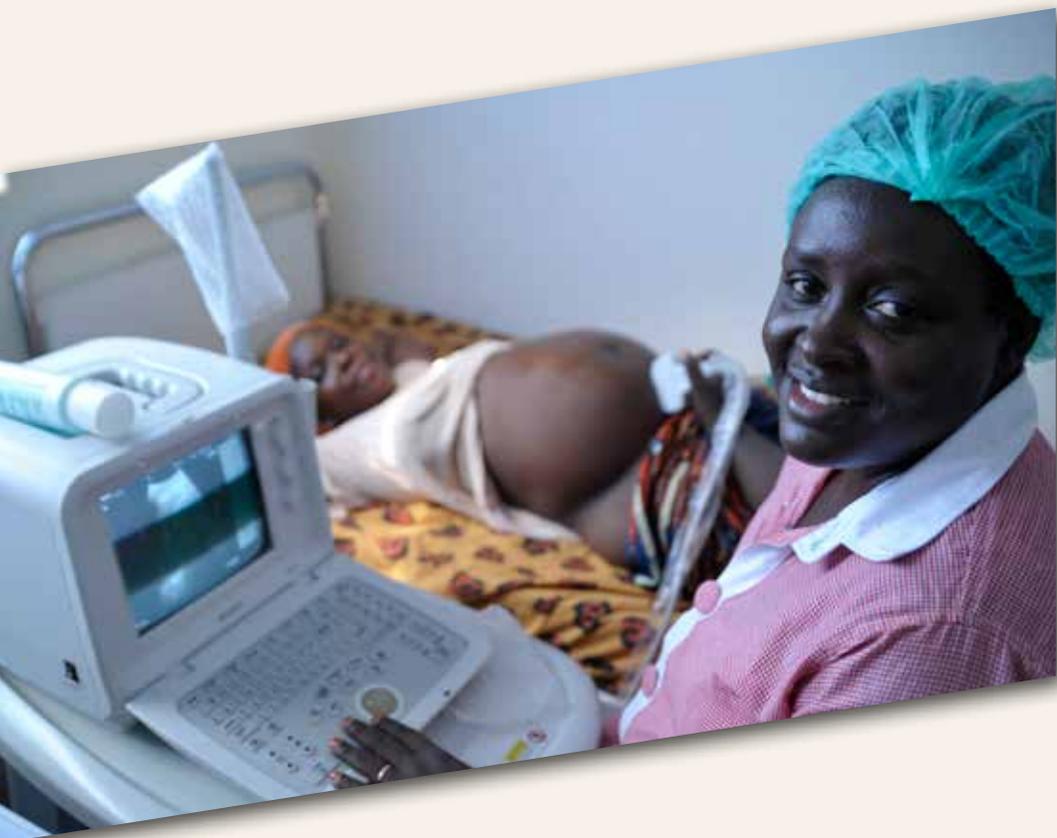
En Côte d'Ivoire, en 2016, un coaching de l'ensemble des 609 élèves sages-femmes de 3ème année (100 % des élèves formées, pour un cycle d'étude de 3 ans) des 5 antennes de l'Institut National de Formation des Agents de Santé (INFAS) à la technique « Helping Mothers Survive » a été organisé pour une prise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

4. Contribuer et participer à la 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.

5. Planifier

Tous les pays bénéficiaires des fonds Muskoka ont amélioré le processus de planification en adoptant 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 adolescent.e.s, 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.



6. Animer une communauté de pratique pour un meilleur Leadership

Une communauté de pratique des personnels chargés de la santé de la mère, des enfants et des adolescent.e.s 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.

• Exemple du Sénégal

Synthèse des actions en faveur des sages-femmes

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.

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 post-partum.

Le FFM 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 Breathe' 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, n coaching de l'ensemble des 609 élèves sages-femmes de 3^{ème} 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.

• Exemple du Niger

Impact du FFM pour les accouchements assistés par du personnel qualifié

Evolution des taux d'accouchements assistés par du personnel qualifié au Niger, 2006 – 2019 :

2006	2012	2015	2016	2017	2018	2019
17,2 %	29%	40%	39,06%	40,7%	38,54%	33,35%

Le nombre d'accouchements assistés par du personnel qualifié a augmenté de 38% 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%. Ce taux s'est maintenu à 40% jusqu' en 2017 pour régresser légèrement autour de 35% en 2019.

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 (66,37%). 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

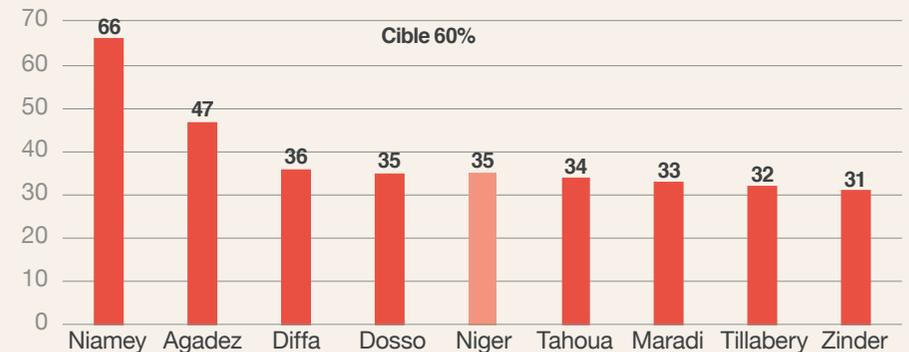
les zones périphériques du fait, notamment, d'une répartition inégale des ressources humaines entre le milieu urbain et le milieu rural.

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 adolescent.e.s 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 vu son ratio sages-femmes/femmes en âge à procréation passé de 1/4418 a 1/3126 pour une norme OMS de 1/5000 entre 2010 et 2019. Pour la région de Niamey, le ratio est passé de 1/1400 à 1/791 pour la même période.

Taux d'accouchements assistés par un personnel qualifié par région au Niger en 2019 (%)



2. Accès de la population cible du FFM aux médicaments et aux produits de santé

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

Ces produits devront être 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, pilier essentiel de la stratégie visant à atteindre la Couverture Sanitaire Universelle par les états membres.

Les pays ayant le mieux optimisé au cours de ces dix années l'appui de Muskoka pour améliorer l'accès aux produits médicaux ont été le Bénin, la Côte d'Ivoire, la Guinée, le Mali, le Niger et le Sénégal. Le Togo et le Tchad pour des raisons structurelles ou organisationnelles ont eu plus de difficulté à absorber l'assistance qui a donc été plus ponctuelle et moins structurante.

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. Ces activités ont été mises en place et exécutées, tout au long de ces 10 années de programme, directement au niveau des pays ou au niveau régional.

Sélection des médicaments

Au niveau des pays, le résultat le plus notable 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 guidés par la Liste Modèle développée par l'OMS et l'assistance technique pour la mise en place de

comités thérapeutiques. Cette liste vise à rationaliser les ressources 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.

Impact

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 2019 au Niger, passant de 11% à 33%.

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, de l'OOAS/CEDEAO 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.

Amélioration de la disponibilité des Médicaments et des mécanismes d'approvisionnement

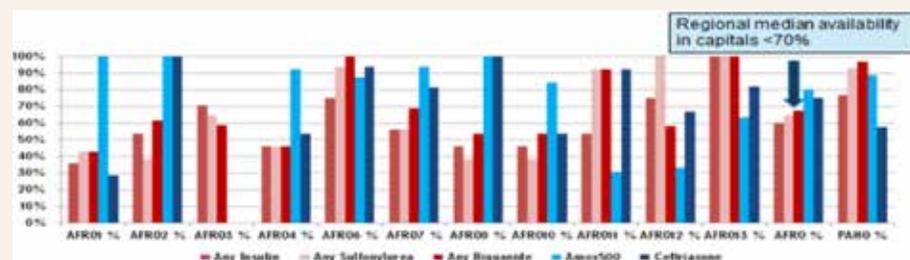
La disponibilité des Médicaments et produits de santé pour la mère et l'enfant est fondamentale pour prétendre au développement des systèmes de santé et à fortiori à l'atteinte des objectifs de Couverture Sanitaire Universelle d'ici à 2030.

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.

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.



Disponibilité de principaux produits anti diabétiques et antibiotiques



Source : OMS

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.

Le FFM a également contribué à une meilleure sensibilisation des acteurs sur la nécessité d'intégrer les dispositifs médicaux dans l'offre de soin : la « Feuille de route de Dakar » établie en 2017 a permis de formaliser l'engagement des pays signataires et d'articuler la collaboration avec les partenaires bilatéraux et la coordination avec des mécanismes comme la RMNCH.

Il convient aussi de noter que le FFM a contribué à améliorer la réponse dans le cadre de l'urgence sanitaire Ebola en Guinée en 2015, notamment par la disponibilité d'intrants stratégiques.

Amélioration de la qualité des Médicaments

Les activités visant à renforcer les autorités de réglementation pharmaceutiques ont contribué à améliorer la qualité des produits disponibles depuis leur entrée dans le pays jusqu'au niveau des structures de santé et à minimiser les effets négatifs des produits falsifiés ou de qualité inférieure circulant dans beaucoup de pays d'Afrique et qui demeure un fléau. On estime toujours que 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 ; le continent africain étant la région qui rapporte le plus au mécanisme d'alerte global de notification de l'OMS, ce qui est en soit un point très positif. Les produits contraceptifs et les formulations pédiatriques d'antibiotiques sont parmi les classes thérapeutiques 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 et qui permettra à terme de contribuer à la mise en place d'une Agence Africaine du Médicament. Le FFM a contribué à établir les bases d'un réseau africain de réglementation du sang et des produits sanguins, composante cruciale pour contribuer à réduire la mortalité maternelle.

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 reproduction⁵, incluant notamment les contraceptifs, l'ocytocine, le sulfate de Magnesium, le Misoprostol ou encore le Mifepristone.

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

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. Le contrôle de la qualité des produits médicaux circulant est une activité à poursuivre couplée au renforcement des mécanismes de sélection des fournisseurs (Assurance Qualité).

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.

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, le défi majeur pour les autorités consistant à garantir la mise en œuvre de ces mesures et à l'élargir aussi au secteur privé. L'effet attendu est une amélioration de l'accessibilité financière des traitements.

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 retenues 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**.

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. Il convient de noter que le FFM Muskoka vient en synergie à d'autres Projets financés pour les pays prioritaires d'Afrique, notamment à travers le financement de l'Union Européenne mais aussi d'initiatives multi ou bilatérales, incluant la lutte contre l'antibio-résistance et la consommation responsable d'antibiotiques.

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. Améliorer la disponibilité du sang et des

produits sanguins de qualité au niveau des points de prestation doit aussi constituer une priorité pour les années à venir.

Cela nécessite la poursuite du renforcement des systèmes nationaux de réglementation et d'approvisionnement, le renforcement du budget des états pour l'achat des produits de santé, de s'assurer que les achats et la distribution sont maîtrisés par des chaînes d'approvisionnement solides, que le personnel de santé est disponible et qualifié et que les interventions coordonnées des partenaires contribuent au renforcement des systèmes en place. La collaboration avec les Communautés Economiques Régionales (comme la CEDEAO) pour mieux cibler et harmoniser les interventions prioritaires, impliquer les partenaires clés et rechercher une meilleure synergie d'action demeure essentielle.



2010-2020

LE FFM *face aux* SITUATIONS DE CRISE

Dans les situations de crises – sanitaires, humanitaires, politiques – auxquelles les pays cibles du Fonds Français Muskoka ont été confrontés, ce sont les populations les plus vulnérables – femmes enceintes, nouveau-nés, enfants, adolescentes, femmes – qui sont les plus exposées : difficulté d'accéder aux soins, perte d'autonomie, violence basée sur le genre, aggravation de pathologies préexistantes et pour lesquelles les programmes du FFM ont apporté une attention particulière en s'adaptant à la situation d'urgence pour répondre à leurs besoins.

1. Riposte à L'Épidémie d'Ebola

L'épidémie d'Ebola qui a frappé les pays de l'Afrique de l'Ouest en 2014, et notamment la Guinée, pays cible du FFM, a eu une répercussion sur la mise en œuvre de certaines activités planifiées au niveau régional et dans les pays, du fait du redéploiement des ressources humaines et de certaines activités.

Un appui plus spécifique a été apporté à la Guinée par l'OMS et l'UNICEF pour évaluer l'impact de l'épidémie sur le système national d'approvisionnement et la disponibilité des produits dans les structures de santé et renforcer le travail de l'unité logistique Ebola pour garantir la mise à disposition d'équipements de protection individuelle et des dispositifs médicaux nécessaires à la protection universelle indispensable pour maintenir une offre de soins sécurisée dans les structures de santé, en particulier pour les mères et les enfants.

- 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 :

Le FFM 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.

- 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 agents de santé communautaires (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.

2. Riposte à la pandémie de Covid-19

L'impact et les conséquences de la Covid-19, l'adaptation et la réaction à la pandémie ont été similaires dans l'ensemble des pays Muskoka.

Impact Covid

- Contamination importante des prestataires, réduction de l'offre et du recours aux soins
- Faible utilisation des services SRMNIA-Nut
- Saturation des FS par des formes compliquées de COVID19
- Perturbation et la désorganisation des soins essentiels : de manière générale, une baisse de l'utilisation des services, baisse des soins prénatals (CPN), baisse du suivi des patients, recul dans la prise en charge des urgences (SONUB/SONUC, PCIME), insuffisance de suivi dans la prise en charge des maladies chroniques, insuffisance de collecte de sang

Conséquences

- Augmentation du nombre d'accouchements à domicile ;
- Baisse du taux de prévalence contraceptive ;
- Augmentation des grossesses non désirées, avortements, IST/VIH/SIDA ;
- Augmentation du nombre de décès maternels et néonataux ;
- Diminution des couvertures vaccinales chez les moins de 5ans ;
- Augmentation de l'automédication ;
- Baisse de la couverture vaccinale, en particulier chez les enfants ;
- Augmentation des violences à l'endroit des femmes et des filles.
- Impact en matière de santé mentale.

Concernant spécifiquement la mère et son nouveau-né, les entorses à la méthode de la mère « kangourou », qui suppose un contact étroit entre la mère et l'enfant qui vient de naître, aggravent ces risques. Jusqu'à 125 000 nouveau-nés pourraient être sauvés si la méthode kangourou était appliquée partout.

Adaptation et réactions

- Mécanisme de renforcement de la sécurité des prestataires et des usagers de formations sanitaires : PCI (Triage ; dépistage et sécurité des usagers et du personnel : prise de température, gel hydro alcoolique ; masques, EPI, vaccination)
- Intégration de la COVID-19 dans la prise en charge des patients,
- Vaccination des agents de santé et de la population
- Promotion des mesures barrières
- Appui à l'introduction et la mise en œuvre du plan de vaccination contre le Covid
- Renforcement de l'implication des communautés, OSC⁶
- Gestion des rumeurs sur tous les canaux (Facebook, WhatsApp, radio et TV)
- Communication pour maintenir la fréquentation des services de santé
- Mise à jour du Guide de continuité des services SRMNIA-Nut/Nut et du plan de contingence
- Mobilisation des ressources additionnelles pour financer la mise en œuvre des activités de continuité des soins SRMNIA-Nut dans les contextes d'urgence sanitaires

Ces trois dernières adaptations et réactions sont en phase avec les recommandations du Copil en rapport avec la dotation Muskoka pour 2020 :

Participation supplémentaire aux efforts de renforcement du système de santé pour mieux lutter contre l'épidémie :

- Le volet Renforcement du Système de Santé des Interventions à Haut Impact (IHI) passe à 25 % de l'allocation vers les pays au lieu de 20 % en 2019 ;
- Les autres volets sont : nutrition 25 %, santé maternelle, infantile et planification familiale à 25 %, et SSRAJ à 25 %.

Priorisation systématique des interventions garantissant l'accès aux services de santé essentiels pour les femmes, les enfants et les adolescent.e.s

- Priorisation reflétée dans les plans de travail de chaque pays ;
- Appui du Comité Technique dans le travail des priorisations.

• Exemple du Niger

Pour accompagner le gouvernement dans la réponse à toutes ces urgences, les quatres agences du FFM ont repogrammé les activités de leur plan de travail initial de manière à y

Introduire les activités de lutte contre la Covid-19, en étroite collaboration entre elles pour accompagner les partenaires gouvernementaux et non gouvernementaux.

Dotation des professionnels de santé et des utilisatrices des maternités SONU en matériels de protection contre le COVID-19 pour la continuité des SRMNIA-Nut

En réponse à la pandémie de la COVID-19 :

- 150 jeunes médecins ont été recrutés pour renforcer en ressources humaines les structures de prises en charge des personnes infectées et des contacts ; et 75 tentes de 160 lits d'hospitalisation ont été montées en partenariat avec l'UNHCR pour améliorer les capacités d'accueil et de prise en charge des malades dans le respect des mesures de distanciation physique.
- Durant les 3 mois de leur contrat, ces médecins ont contribué à la prise en charge de 357 patients hospitalisés dans les différents services ; au suivi de 663 patients confinés et suivis par les équipes mobiles ; 705 patients confinés au niveau des sites de CENO, de la FENIFOOT et du STADE KOUNTCHE. D'autre part, ces jeunes médecins mis à la disposition du Ministère de la santé publique par l'UNFPA ont appuyé le SAMU dans le transfert de 364 cas COVID-19 confirmés positifs vers les différents centres de prise en charge.
- Les sages-femmes et jeunes médecins ont été doté en matériel de protection individuelle (blouses, bottes, gants, bavettes et lunettes) et de désinfectant afin d'assurer la continuité des services de SRMNIA-Nut



Médecins mis à la disposition du MSP en combinaison pour le suivi des patients hospitalisés

• Sénégal



“

Avec les tablettes et les modules dedans, cela nous a permis d'être formées, surtout moi et les matrones sur comment faire la réanimation du nouveau-né, de baisser les taux de mortalité du nouveau-né.

”

Diominè Bouaré,
Matrone, Centre de santé de M'Pessoba, Mali

3. Réponse aux crises humanitaires : le Tchad, le Mali et le Niger

• Tchad

En 2016, 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.

• Niger

L'année 2020 a été particulièrement marquée par un environnement politique électoral et par l'émergence d'urgences de plusieurs natures, sécuritaires, sanitaires et humanitaires.

Sur le plan politique, les préparatifs et l'organisation des élections locales, législatives et présidentielles ont été au centre des préoccupations de toutes les autorités. Elles ont imposé le rythme du travail et des priorités à tous les niveaux de l'administration, au cours du dernier trimestre de l'année. Les élections se sont déroulées sans incidents majeurs au cours du dernier mois de l'année mais ont eu une incidence sur le calendrier de mise en œuvre des programmes.

Sur le plan sécuritaire, le nombre d'attaques des groupes armés souvent non identifiés, surtout dans des villages isolés le long des frontières avec le Mali et le Nigéria s'est accru, les effets induits de celles-ci se sont aggravés. Plusieurs tueries et prises d'otages ont été rapportées cette année. **Les femmes et les enfants ont payé un lourd tribut dans cette recrudescence de l'insécurité, soit comme victime direct soit comme victime indirecte. Les adolescent.e.s sont particulièrement vulnérables à ce regain de violence.**

A ces phénomènes morbides se sont ajoutées les inondations et les déplacements importants des populations. Toutes ces crises ont aggravé les inégalités et le faible accès aux services de santé qui caractérise le secteur santé au Niger, avec moins de 50% des populations qui vivent dans un rayon de 5km des services de santé.



2010-2020

et **COMMUNAUTES DE PRATIQUE
RECHERCHE OPERATIONNELLE**

1. Les communautés de pratique

Les 4 agences collaborent pour renforcer les systèmes de santé dans le cadre du Mécanisme d'Harmonisation pour la Santé en Afrique (HHA)⁷.

Le mécanisme régional Harmonisation pour la Santé en Afrique (HHA) a pour vocation de coordonner l'appui technique aux pays pour le renforcement de leurs systèmes de santé et de favoriser une meilleure utilisation de l'argent pour la santé (14 partenaires bilatéraux, multilatéraux et initiatives mondiales).

Le FFM a essentiellement apporté un appui au fonctionnement et coordination des **Communautés de Pratiques** (CdP) soutenues par HHA.

Les CdP visent à favoriser la gestion de l'information et les échanges d'expérience entre individus de tous horizons, mais sont aussi impliquées dans la planification, le suivi et la mise en œuvre d'activités relatives aux piliers du système de santé :

Planification et budgétisation des systèmes de santé (PBSS)
> 500 membres

Accès financier pour les services de santé (AFSS)
> 900 membres

Planification et budgétisation des systèmes de santé (PBSS)
> 900 membres

Pharmaceutique (forum e-med)
> 1.900 membres

Ressources Humaines en santé maternelle, néonatale et infantile (RH/ SRMNIA-Nut)
> 500 membres

Qualité des soins dans les hôpitaux de référence en Afrique (QUAHOR)
70 membres

Offre de Soins, approche district (HSD)
1.500 membres

Activités de partage des connaissances

Diffusion des connaissances et discussion en ligne sur les thématiques de chaque CdP : Blogs, webinaires, forums de discussion, réseaux sociaux, ressources bibliographiques, revues et résumés d'articles, concours de caricatures (AFSS), etc.

Participation et présentation de connaissances/résultats dans des conférences et réunions sur les thématiques de chaque CdP : le Congrès de la Fédération des Associations des sages-femmes d'Afrique francophone (Bamako, octobre 2015), la Conférence africaine sur le système d'information sanitaire et l'intelligence collective au district sanitaire (Cotonou, décembre 2015), etc.



7. Le mécanisme HHA (Health Harmonization for Africa) a été créé par la Banque africaine de Développement, la Banque mondiale, le Fonds des Nations unies aux populations (FNUAP), l'OMS, l'ONUSIDA et l'UNICEF. HHA regroupe ces agences onusiennes, des partenaires bilatéraux dont la France et des partenariats et initiatives tels que le Fonds Mondial de lutte contre le Sida, la Tuberculose et le Paludisme. Son secrétariat est assuré par OMS Afro.

Le mécanisme HHA facilite et coordonne le processus de développement guidé par les pays Africains dans tous les aspects du renforcement des systèmes de santé. L'appui porte sur la réforme du secteur de la santé, le suivi de la performance des systèmes de santé et de l'efficacité de l'aide, la réponse aux goulots d'étranglement à la mise en œuvre, le renforcement des capacités nationales pour la planification et la budgétisation basée sur l'efficacité, la coordination et l'harmonisation des initiatives/partenariats et la mobilisation des ressources pour « plus de santé pour l'argent », tels que décrit dans la Déclaration de Tunis (2012), reprenant des cas d'investissement pour la santé en Afrique et l'étude de mécanismes de financement.

Lien innovant entre les CdPs et les projets de recherche opérationnelle (RO)



2. La recherche opérationnelle

Encadrement méthodologique par le FFM

- Le Comité technique a élaboré un **cadre de résultats basé sur la mise en œuvre des interventions a haut impact**, interventions sélectionnées sur la base de la preuve scientifique et de leur impact potentiel. Ce cadre permet d'orienter la planification et de faciliter le suivi des interventions mais aussi de suivre l'évolution des résultats et de l'impact sur plusieurs années.
- A travers la **recherche opérationnelle**, mise a disposition des décideurs nationaux et des équipes des NU des informations stratégiques visant la réduction des contraintes majeures observées au niveau des pays. En 2013 **cinq projets de recherche opérationnelle** ont été mis en œuvre via des partenariats Nord-Sud d'équipes de recherche (thèmes selon les piliers des systèmes de santé), avec implication des Communautés de pratiques.

Titre de la recherche opérationnelle	Institutions de recherche – institution du Sud – Communauté de Pratique	Pays	Durée
Couverture universelle en Afrique Francophone - comment articuler les différents modes de financement ? (CSU)	Institut de Médecine Tropicale d'Anvers Communauté de Pratique accès financier aux services de santé (AFSS)	12 (Bénin, Burkina Faso, Côte d'Ivoire, Mali, Niger, RCA, RDC, Sénégal, Tchad, Togo + Cameroun, Burundi)	2013-2016
Stratégies de fidélisation du personnel de SRMNI en zones rurales (FideliSante)	Université de Montréal, CdP RH en SRMNI, UMI 3189 Sénégal - Université d'Aix France, CNRS Communauté de Pratique Ressources Humaines en santé maternelle, néonatale et infantile (RH/SRMNIA-Nut)	3 (Bénin : Laboratoire d'Analyse des Dynamiques Sociales et des Études du Développement, Burkina Faso : association des SF, et Sénégal : ENDSS)	2013-2016
Observatoire régional de la mortalité maternelle en Afrique de l'Ouest (Infodos)	D UMR216 France, 7 institutions africaines: Mali, Burkina, Sénégal (3), Bénin (2) Communauté de Pratique Qualité des soins dans les hôpitaux de référence en Afrique (QUAHOR)	3 (Bénin : Hôpital Mère-Enfant de la Lagune de Cotonou, Burkina Faso : IRSS, Mali : URFOSAME)	2013-2016

Enfants, soins et pédiatrie en Afrique de l'Ouest (ENSPEDIA)	S et U. Dakar – Réseau UMI3189 : 9 Institutions: Sénégal (3), Mali (2), Guinée, Burkina, Niger, Bénin + U. Lausanne Communauté de Pratique Qualité des soins dans les hôpitaux de référence en Afrique (QUAHOR)	7 (Bénin, Burkina Faso, Guinée, Mali, Mauritanie, Niger, Sénégal)	2013-2015/16
Le rôle d'interface des comités de santé en Afrique de l'Ouest et du Centre (CoSa-I)	KIT Amsterdam, CdP offre de soins/district Communauté de Pratique Offre de Soins, approche district (HSD)	3 (Bénin: OSP, Guinée: U Sonfonia, RDC: ESP)	2013-2016

“

Nous sommes très heureux de dire que le projet que l'on a eu à travers le Fonds Muskoka s'intègre totalement dans les préoccupations du gouvernement.

”

Pr. Moustafa Mijiyawa,
Ministre de la santé, de l'hygiène publique et de l'accès universel aux soins, Togo



2010-2020

COMMUNICATION *et* VISIBILITÉ

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 adolescent.e.s en Afrique de l'Ouest et du Centre est un des axes stratégiques prioritaires pour le Ministère de l'Europe et des Affaires Étrangères (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.

1. Stratégie et actions pour la période 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 adolescent.e.s (SRMNIA-Nut)

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 adolescent.e.s, 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

Informer, sensibiliser, intéresser, convaincre les décideurs politiques de la nécessité d'investir dans le domaine de la santé maternelle et infantile, et de la pertinence du FFM 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-Nut.

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

Chaque année, le COTECH planifie 4 à 5 grandes conférences « incontournables » en matière de SRMNIA-Nut 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 adolescent.e.s (SRMNIA-Nut) 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 adolescent.e.s

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 (moins le Burkina Faso ayant été réintroduit en 2020), 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

En 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. Un compte LinkedIn a été lancé en 2020. 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. Le nombre de followers sur le compte twitter est de plus de 10 325 (chiffre doublé entre 2019 et 2020) comprenant une communauté de qualité, engagée, composée des journalistes, ambassadeurs, politiques Français et Africains, agences des Nations Unies, groupe de jeunes ambassadeurs, bloggeurs, influenceurs etc....

Le nombre de visiteurs sur le site du FFM a été multiplié par 5 entre 2018 et 2020.

4. C'est la Vie !

Appui au développement de la série télévisuelle *C'est la vie !*, premier feuilleton sur la santé maternelle et infantile en Afrique de l'Ouest et du Centre.

Outil programmatique, de sensibilisation et de changement de comportement en matière de SRMNIA-Nut et en particulier de SSRAJ

<http://cestlavietv.com/>

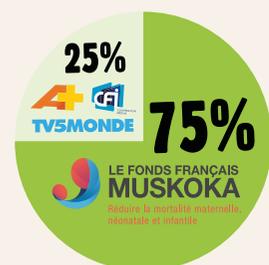
- Série produite par l'ONG panafricaine RAES grâce à la convergence et la synergie des efforts techniques, humains et financiers de l'ensemble des agences FFM
- Diffusée sur A+ et TV5 Monde et de nombreuses chaînes nationales
- Vocation panafricaine de la série qui se déroule dans un centre de santé d'une ville africaine
- *C'est la Vie !* parle également de la question des ressources humaines, en faisant la promotion des bonnes pratiques auprès des professionnels de la santé d'Afrique francophone.

C'est la Vie ! est une série télé qui a été créée dans l'objectif de communiquer autrement pour promouvoir la santé et favoriser en particulier l'accès à l'information sur :

- la santé maternelle, néonatale et infantile
- les droits à la santé sexuelle et reproductive
- le fonctionnement des systèmes de santé
- la santé de la reproduction pour les adolescent.e.s et jeunes
- les violences liées au genre

C'est la vie sur le devant de la scène lors du 1^{er} Sommet Francophone pour la communication pour le changement social et de comportement (SBCC) – Abidjan, février 2019

C'est la vie a confirmé sa position d'outil unique, innovant et de très large portée lors dans la région lors du Sommet qui a réuni 500 participants, 190 organismes, 33 pays représentés.



FINANCEMENTS



DIFFUSION



AUDIENCE

2. Organisation/participation aux réunions nationales, régionales, internationales

Rencontre régionale de Cotonou



La réunion visait à offrir une plateforme d'échanges entre les gouvernements, les partenaires techniques et financiers, la société civile, le monde académique, les jeunes et les organismes régionaux **sur les leçons apprises des expériences du FFM et les opportunités d'optimiser les investissements techniques et financiers pour la SRMNIA-Nut dans les années à venir** afin de mieux accompagner les pays cibles vers l'atteinte des ODD.

La réunion s'est tenue à Cotonou au Bénin et a regroupé environ 125 participants des huit pays Muskoka, ainsi que des représentants du gouvernement français et d'agences des Nations Unies; des organisations de jeunes et des ONG internationales soutenant ces pays aux niveaux mondial et régional ainsi que des associations professionnelles (sociétés africaines de gynécologie et de pédiatrie).

Les différentes sessions ont permis d'aborder les thèmes suivants :

- Les indicateurs clés et déterminants sociaux et culturels de la SRMNIA-Nut ;
- la contribution de la subvention de Muskoka à l'amélioration de la SRMNIA-Nut dans les pays bénéficiaires et les enseignements tirés au cours des sept années de travail.
- les discussions stratégiques sur le financement de SRMNIA-Nut en Afrique de l'Ouest et du Centre.

Le troisième jour de la réunion était une session entre équipes nationales Muskoka inter-agences et ministères et les membres des bureaux régionaux et sièges des agences UN pour discuter de la mise en œuvre et des plans pays.

Événement satellite en marge de la 6ème conférence de reconstitution du Fonds Mondial – octobre, Lyon, France

“Coordination nationale et régionale pour la santé reproductive et la santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent (SRMNIA-Nut) : une approche pour augmenter la mise en œuvre des subventions du Fonds mondial en Afrique de l'Ouest et centrale”

- Présenter le **Fonds Français Muskoka** sur la Santé Reproductive, Maternelle, Néonatale, Infantile et des Adolescents (SRMNIA-Nut) et la nutrition, comme un modèle pratique de coordination et d'harmonisation de l'appui des partenaires pour une meilleure efficacité des investissements en Afrique de l'Ouest et Centrale.
- Les **Ministres** présents ont confirmé leur pleine implication dans la facilitation de la coordination et le renforcement du paquet SSRMNIA-Nut pour tous notamment à travers les outils techniques et financiers disponibles que sont le Fonds Français Muskoka et le Fonds Mondial
- Le **Fonds Mondial** a confirmé que sa stratégie 2017- 2022 s'articule très clairement avec les interventions en faveur de la SRMINA-Nut et du genre.

- Les **agences des NU partenaires** du FFM représentées par Dr Anshu Banerjee, Directeur du département Santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent, à l'Organisation mondiale de la Santé a proposé des réponses concrètes que les agences peuvent proposer pour augmenter l'efficacité des investissements du Fonds Mondial en SRMNIA-Nut :
 - **Au niveau global**, « Global Action Plan for healthy lives and well-being for all »
 - **Au niveau continental** (Afrique), la plateforme HHA

Planification familiale (PF) et dividende démographique

Consultation régionale Afrique de l'Ouest et du Centre

Objectifs :

- Compréhension de l'importance de mettre fin aux besoins non satisfaits en PF pour tirer profit du dividende démographique en vue de la réalisation des ODD
- Identifier et aligner les actions axées sur l'impact vers l'élimination des besoins non satisfaits en PF en Afrique de l'Ouest et du Centre

Participants à la consultation régionale pour les 23 pays de l'Afrique de l'Ouest et du Centre : des Directeurs de programme national de PF, des représentants des jeunes, de la société civile ; des représentants des Communautés Economiques Régionales (Organisation Ouest Africains de la Santé, Organisation en charge de la Santé des pays de l'Afrique Centrale...) ; des communautés de pratique (SAGO, Fédération des Associations de Sages-Femmes ...) ; des partenaires techniques et financiers, des représentants des Bureaux Pays et Régional de UNFPA en Afrique de l'Ouest et du Centre.. Au total, la consultation régionale a réuni plus de 120 participants issus d'entités multisectorielles

Recommandations clés issues de la consultation

- **Accélérer le changement : environnements propices à la planification familiale fondée sur les droits humains**

- **Elargir des droits : Croissance de la demande en planification familiale en fonction des intentions de l'individu en matière de santé de la reproduction**
- **Accélérer le choix : disponibilité de services de planification familiale fondée sur les droits humains et de bonne qualité**
- **Améliorer la disponibilité et l'accès de manière fiable à des contraceptifs de bonne qualité**
- **Répondre aux besoins des jeunes en matière de contraception dans le cadre de la santé, des droits sexuels et reproductifs des adolescent.e.s**

Le dispositif Muskoka s'inscrit pleinement dans ces orientations et permet aux pays de contribuer à leur mise en œuvre.

Premier Forum régional africain sur l'expérience des soins aux femmes, aux nouveau-nés, aux enfants et à leurs familles en Afrique subsaharienne (Dakar, octobre 2019)

Objectifs :

- **Développer des Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence (SONU) effectifs**

Améliorer la qualité des soins : le Bureau régional de l'UNICEF pour l'Afrique a organisé en collaboration avec les autres agences, le **premier Forum régional africain sur l'expérience des soins aux femmes, aux nouveau-nés, aux enfants et à leurs familles en Afrique subsaharienne** (Dakar, octobre 2019). Le Forum a également été l'occasion de lancer officiellement la Charte pour des soins maternels et néonataux respectueux par White Ruban Alliance.

L'OMS, UNICEF/santé et l'UNFPA ont organisé plusieurs ateliers afin de diffuser les lignes directrices, les normes et les critères de l'OMS et de guider les pays dans l'élaboration de programmes nationaux de qualité des soins. En 2018-2019, WCARO a contribué à améliorer la qualité des soins dans les centres de santé en renforçant la disponibilité des services d'hygiène, d'eau et d'assainissement dans la région de Diourbel au Sénégal.

En termes de documentation et de recherche, quelques études ont été réalisées et publiées y compris :

- La première recherche formative multicentrique menée par le professeur Yannick Jaffré et son équipe d'anthropologues de cinq universités de la région (UCAD au Sénégal, Mauritanie, Togo, Cameroun, Mali) sur la santé de l'enfant
- La recherche sur la qualité/l'expérience des soins prodigués aux enfants hospitalisés, axée sur la gestion de la douleur effectuée par l'UMIESS (Unité Mixte Internationale en Sciences Sociales)

Premier forum régional sur le renforcement des systèmes de santé communautaires (nov. 2019)

Objectifs :

- **Améliorer la qualité des soins aux enfants de moins de cinq ans à travers la PCIME communautaire et clinique et les soins spécifiques aux nouveau-nés**

Le bureau régional de l'UNICEF pour l'Ouest et le Centre, l'OMS - AFRO, ECCAS et ECOWAS, ont organisé, avec le soutien du gouvernement du Bénin, du Fonds Mondial et MUSKOKA, le premier forum régional sur le renforcement des systèmes de santé communautaires pour obtenir des résultats clés pour les enfants, du 12 au 15 Novembre 2019 dans la région de l'Afrique de l'Ouest et du Centre. Ce forum qui a réuni 16 pays avait pour objectif de mieux informer et influencer les décideurs, et de galvaniser les actions visant à promouvoir et accroître les investissements dans le renforcement des systèmes pour les SSP. Les travaux du forum ont débouché à « la Déclaration de Cotonou sur les soins de santé primaires à base communautaire » et à l'adoption des recommandations endossées par les délégations pays et les ministres de la santé du Bénin et du Liberia.

Evénements de haut niveau sur l'allaitement à Abidjan, Côte d'Ivoire du 12 au 15 Novembre 2019

Le bureau régional de l'UNICEF, l'OMS et l'initiative Alive & Thrive, ont organisé, avec le soutien du gouvernement de la Côte d'Ivoire, une série d'événements du 12 au 15 Novembre 2019 sur le renforcement des systèmes favorables à l'allaitement dans la région de l'Afrique de l'Ouest et du Centre.

Dialogue régional parlementaire

Le dialogue régional parlementaire a eu lieu du 12 au 13 Novembre 2019 et a réuni une soixantaine de parlementaires issus de 14 pays de l'Afrique de l'Ouest et du Centre⁹.

Les discussions se sont focalisées sur les avantages de l'allaitement, le coût du non-allaitement et le rôle que les parlementaires peuvent jouer dans la protection, la promotion et le soutien de l'allaitement.

Les délégations parlementaires se sont engagées à travers la signature d'une déclaration commune.



Délégations parlementaires à Abidjan- Novembre 2019

9. Burkina Faso, Cameroun, Cote d'Ivoire, Gabon, Guinée Équatoriale, Mali, Mauritanie, Niger, Nigeria, République Centrafricaine, Sénégal, Tchad, Togo
10. Les pays ayant participé au dialogue parlementaire en plus du Bénin et de la Guinée

Atelier régional technique sur l'allaitement

Tenu du 13 au 15 Novembre 2019, l'atelier régional a réuni les délégations issues de 16 pays de la région de l'Afrique de l'Ouest et du Centre¹⁰. L'objectif principal de l'atelier était de renforcer l'intégration et la promotion de l'allaitement dans le cadre général de la santé maternelle, néonatale et infantile.

Les travaux de l'atelier ont débouché sur des points d'action articulés autour des thèmes suivants : code de commercialisation des substituts du lait maternel, protection de la maternité, la campagne « Plus Fort avec le Lait Maternel Uniquement », la mise au sein précoce, l'initiative « Hôpitaux ami des bébés ».

Le lancement de la campagne régionale « Plus Fort avec le Lait Maternel Uniquement »

Il a été opéré par le Vice-Président de la Côte d'Ivoire et la directrice régionale de l'UNICEF. La campagne régionale a été lancée en concomitance avec la campagne nationale de Côte d'Ivoire sur l'allaitement exclusif et le développement de la petite enfance.



Vice-Président de la Côte d'Ivoire et la directrice régionale de l'UNICEF au lancement de la campagne Plus Fort avec le Lait Maternel Uniquement- Novembre 2019 - © UNICEF/Frank Dejong

C'est une campagne de plaidoyer et de changement social et de comportement pour promouvoir la pratique de l'allaitement exclusif, donner aux nourrissons du lait maternel uniquement, à la demande, et arrêter de donner de l'eau (et autres aliments), dès la naissance et les six premiers mois de la vie.

Le forum de la CEDEAO sur la Nutrition à Monrovia, Liberia

Le forum s'est tenu du 18 au 20 Novembre 2019 à Monrovia au Liberia, sous le thème « Nutrition des Adolescent.e.s : institutionnaliser des actions durables pour améliorer les résultats de nutrition en Afrique de l'Ouest ». Ce forum a été organisé par l'Organisation Ouest Africaine de la Santé (OOAS) avec le gouvernement du Libéria, en collaboration avec l'UNICEF, l'OMS, UNFPA.

L'objectif général du forum était d'accélérer l'agenda de la nutrition des adolescent.e.s dans la région de l'Afrique de l'Ouest, reconnaissant que les adolescent.e.s demeurent une population marginalisée dans la plupart des programmes de santé publique.

Les discussions ont porté sur l'état des lieux de la situation et les services de santé et de nutrition des adolescent.e.s (données, initiatives, programmes et stratégies existants) et les approches et financements pour améliorer la situation des adolescent.e.s dans la région.

Au sortir du forum, des recommandations ont été formulées à l'endroit des 15 États-membres, à l'OOAS et les autres communautés économiques régionales, et aux partenaires.

Forum sous-régional des parlementaires d'Afrique centrale sur la sécurité alimentaire et nutritionnelle (nov 2019, Brazzaville)

Il s'est tenu du 19 au 21 novembre 2019 à Brazzaville (Congo). Les parlementaires des pays de la CEEAC se sont engagés, avec l'appui des partenaires techniques et financiers, notamment la FAO, le PAM, l'OMS et l'UNICEF, à mettre au premier plan de leur action la lutte contre l'insécurité alimentaire et nutritionnelle dans la sous-région et dans leurs pays respectifs.

Le forum a abouti à une déclaration signée par les parlementaires présents¹¹, dans laquelle ils s'engagent à mettre les actions nécessaires en œuvre dans leurs pays respectifs pour améliorer la sécurité alimentaire et nutritionnelle. Un Réseau des Parlementaires d'Afrique Centrale pour la Sécurité Alimentaire et Nutritionnelle (REPAC-SAN) a été également créé à l'issue du forum.

11. Angola, Burundi, Cameroun, République Centrafricaine, Congo, République Démocratique du Congo, Gabon, Guinée équatoriale, Sao Tomé & Principe, Tchad

12. Burkina Faso, Burundi, Cameroun, Côte d'Ivoire, Gabon, Mali, Niger, RDC et Sénégal

Appui au Tchad pour la surveillance des décès maternels, néonataux et riposte (SDMNR)

L'objectif était de faire l'état des lieux de la surveillance des décès maternels, néonataux et la riposte (SDMNR) au Tchad. L'équipe inter-agence Muskoka du Tchad a reçu l'appui d'un gestionnaire des données de l'OMS bureau régional. Les participants étaient, outre les représentants, des agences des Nations Unies (OMS, UNFPA, UNICEF), les médecins chefs des Districts de N'Djamena, l'Association des gynécologues, des Pédiatres, des sages-femmes, le personnel des Directions Techniques du Ministère de la Santé Publique (DSRV, SDSR, DOSS, SURVEILLANCE, DSIS, DMTNT, HME, HGRN, HATC) et les Chefs des Programmes (Paludisme, Tuberculose, PSLS/VIH/Sida, Cancer).

Cette mission a permis de :

- Identifier le niveau de la mise en œuvre de la SDMR au Tchad basé sur les indicateurs de performance définis au niveau global.
- Former les participants sur les outils de suivi et directives de l'OMS pour un système de gestion de base de données SDMNR.
- Former les participants sur l'Application OMS de la CIM-10 aux décès durant la grossesse, l'accouchement et le post partum.
- Orienter les participants sur le portail SIMR de l'OMS/AFRO et sur le concept de Business Intelligence pour les données de la SDMNR.

Atelier régional d'orientation de 10 pays francophones d'Afrique de l'ouest et du centre sur les soins attentifs pour le développement de la petite enfance tenue à Libreville du 09 au 11 juillet

Une réunion d'orientation sur les soins attentifs pour le développement de la petite enfance (DPE) a été organisée pour 9 pays¹² francophones d'Afrique de l'Ouest et du Centre ainsi que Sao Tomé et Príncipe par l'OMS en collaboration avec l'UNICEF, AfECN (Réseau africain de développement de la petite enfance), ECDAN (le réseau d'action pour le développement de la petite enfance) et d'autres partenaires. La réunion a eu lieu du 09 au 11 juillet à Libreville (Gabon) et a réuni 80 participants des 10 pays ainsi que des agences des Nations Unies, ONG et sociétés

civiles (Fondation LEGO, Plan International, USAID, CEDEAO, Alive & Thrive, PATH, World Vision et Fondation JACOBS).

L'atelier a permis de :

- Orienter les participants sur les soins attentifs pour le DPE ;
- Partager les expériences des pays en matière de renforcement du rôle du secteur de la santé pour soutenir les soins attentifs au niveau national et au niveau des districts et d'identifier les défis à relever.
- Présenter un cadre de suivi et un projet d'indicateurs pour l'évaluation des soins attentifs, au niveau des services, de la population et de l'individu.
- Identifier les actions concrètes à mettre en œuvre dans les pays.

Renforcement des capacités sur la méthodologie d'évaluation des obstacles aux services de santé des adolescent.e.s en vue de la couverture sanitaire universelle avec un accent particulier sur les adolescent.e.s défavorisés (24 au 27 septembre 2019).

L'objectif général de l'atelier était de développer les capacités des pays à identifier les obstacles qui empêchent les adolescent.e.s, notamment les groupes défavorisés d'avoir une couverture efficace des services de santé et de déclencher des mesures correctives pour surmonter ces obstacles. L'atelier était organisé pour :

- Présenter aux points focaux nationaux et aux partenaires le Manuel de l'OMS pour la conduite d'une évaluation des obstacles aux services de santé pour les adolescent.e.s
- Former les participants à la méthodologie d'évaluation des obstacles aux services de santé pour les adolescent.e.s et aux concepts clés liés au genre, à l'équité et aux droits
- Fournir une formation pratique sur des instruments clés complémentaires tels que l'outil d'évaluation de l'équité en santé de l'OMS HEAT (Health Equity Assessment Tool) et le module EQUIST (Equitable Impact Sensitive Tool) de l'UNICEF sur la santé des adolescent.e.s.

13. Tchad, Éthiopie, Lesotho, Madagascar Afrique du Sud, Mali, Namibie, Libéria, Togo, Ouganda et Zambie.) la facilitation a été assurée par l'OMS (siège et AFRO) et l'UNICEF (siège).

- Discuter des prochaines étapes et explorer les possibilités de mobiliser des ressources afin de soutenir le plan d'adaptation et de mise en œuvre de l'AHSBA dans les pays

L'atelier a rassemblé les hauts responsables gouvernementaux de la santé des adolescent.e.s, les chercheurs principaux et de partenaires au développement (l'OMS, l'UNICEF, UNFPA et des ONG locales) de 11 pays prioritaires¹³ mettant en œuvre le programme prioritaire pour la santé des adolescent.e.s, le Fonds Français MUSKOKA et les initiatives de SSR. La facilitation a été assurée par l'OMS (siège et AFRO) et l'UNICEF (siège).



Renforcement des capacités des pays sur l'approche Atteindre Chaque District révisé et d'évaluation de la couverture et de l'équité, Lomé, Togo, du 14 au 16 octobre 2019

L'atelier de renforcement des capacités des pays francophones d'Afrique de l'ouest et du centre sur les approches Atteindre Chaque District (ACD) et à l'évaluation de la couverture et de l'équité a été organisé par le programme de vaccination de l'OMS en collaboration avec l'UNICEF bureau régional.

L'objectif général était de renforcer le système de vaccination pour améliorer l'accès et l'utilisation des services de vaccination de manière équitable et pérenne de chaque pays tout en y intégrant d'autres interventions de santé de l'enfant et de nutrition.

L'atelier a regroupé les Responsables nationaux du PEV au niveau du Ministère de la santé, les responsables nationaux chargés de la santé de l'enfant et de la nutrition, les points focaux PEV et routine de l'OMS et de l'UNICEF, les points focaux OMS et UNICEF chargés de la santé de l'enfant et de la nutrition.

C'est une bonne opportunité pour l'intégration des interventions de santé infantile et de vaccination afin d'augmenter la couverture vaccinale et des interventions de santé infantile en vue de la réalisation de la couverture santé universelle.

3. Visibilité et communication

Les événements nationaux et internationaux, auxquels contribue et participe le FFM, sont un facteur important de 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.



Promotion de *C'est la Vie !* à travers les médias, les réseaux sociaux et lors de rencontres d'événements et **opportunité excellente de visibilité** pour le FFM.

• Côte d'Ivoire

Inauguration de l'unité des soins mère kangourou du CHU Treichville par monsieur le MSHP en présence de son excellence, l'Ambassadeur de France et des Représentants des agences du système des Nations Unies le 22 février 2019 ;

• Niger

Sommet de l'Union africaine à Niamey (juillet 2019)

Les Fonds Français Muskoka ont contribué à rendre visible des interventions en ce qui concerne la santé maternelle, néonatale, infantile et les adolescentes pendant le Sommet de l'Union africaine organisée à Niamey en juillet 2019. Des panneaux lumineux, des films et des affiches, des spots radios et télévision ont été produits sur la santé maternelle, néonatale et des adolescentes. La chaîne internationale **TV5** a assuré la couverture médiatique de tous les événements.

Le FFM, en partenariat avec le projet « Autonomisation des femmes et dividende démographique au Sahel », a contribué également à l'organisation de la campagne de communication sur le repositionnement de la Planification familiale (PF) au Niger et l'offre de services de santé de la reproduction dans les régions de Maradi et de Tahoua.

Sur la question des adolescentes, le FFM a contribué à l'organisation d'un événement parallèle au cadre du sommet de l'Union africaine, sur la lutte contre le mariage des enfants. Cette rencontre a réuni les Premières Dames des pays de la CEDEAO en présence du Président de la République du Niger, de la Directrice Exécutive de UNFPA, des représentants de l'UNICEF, ONUFEMMES, OMS et du PNUD.



Première Dame du Niger et ses consœurs, le Premier Ministre et la Directrice Exécutive de UNFPA soutenant la protection des filles, Side Event mariage des enfants, Sommet de l'Union africaine, Niamey, juillet 2019. Crédit photo : UNFPA/Ollivier Girard

Visite des députés français au Niger (novembre 2019) et au Togo (janvier 2021)

Trois députés français ont visité le Niger dans le cadre du suivi de la mise en œuvre du plan d'action des Fonds Muskoka. Les quatre agences onusiennes (OMS, ONUFEMMES, UNFPA et UNICEF), les services techniques du Gouvernement avec l'appui de l'UNICEF et de l'Ambassade de France au Niger se sont coordonnés pour organiser et accompagner la visite terrain des parlementaires français au Niger.

La visite a été l'occasion de montrer aux parlementaires français la mise en œuvre du Programme Muskoka, les résultats, les défis et les opportunités. Une forte mobilisation des acteurs a été assurée et des rencontres ont été organisées pour permettre aux parlementaires d'échanger avec les autorités administratives et coutumières sur la contribution du Fonds français Muskoka dans les domaines de la santé maternelle, néonatale, infantile et des adolescent.e.s.



Visite des parlementaires français à l'Espace « SÛR » d'Aguié dans la région de Maradi-rencontre avec les parents des adolescentes en présence du maire. Crédit photo : UNFPA Niger



Visibilité de la visite des parlementaires sur Twitter (Source : <https://twitter.com/Unicefniger>)

Les député.e.s se sont engagés à organiser une restitution de cette mission pour visibiliser les actions menées par la France dans le cadre du Fonds Français Muskoka (session prévue le 28 mai 2021) ;

- Les député.e.s soutiennent et appuient le plaidoyer en faveur de la santé maternelle, néonatale, infantile, des adolescent.e.s et la nutrition à travers le mécanisme Muskoka;

- Les parlementaires s'engagent à systématiser l'intégration de cette thématique lors de débats et de prises de décisions ; A ce titre, le Fonds Français Muskoka a été intégré à la Loi de développement votée en février 2021 ; un amendement visibilisant le Fonds Français Muskoka comme " un programme crucial pour renforcer les systèmes de santé et réduire la mortalité maternelle néonatale et infantile et l'accès aux droits de la santé sexuelle et reproductive notamment des adolescent.e.s" a été proposé par l'un des Députés ayant participé à la mission terrain au Togo et voté dans ce sens ;
- La valeur ajoutée et l'efficacité du mécanisme interagences, comme plateforme pour la santé maternelle, néonatale, infantile, des adolescent.e.s et la nutrition est reconnue et valorisée ;
- Le Fonds Français Muskoka a été rendue visible au Niger, au Togo et en France.
- Les parlementaires ont apprécié la manière dont le système des Nations unies travaille en synergie et collabore avec les autorités nationales à travers la qualité du mécanisme inter-agences dont l'opérationnalité et l'efficacité ont largement été démontrées.



Visibilité des initiatives financées par le FFM

- « Capture du Dividende Démographique en Afrique de l'ouest et du centre et projets porteurs : SWEDD et MUSKOKA », Jeune Afrique,
- « Sans la transition démographique, l'Afrique n'a aucune chance », RFI,
- « Maradi : la première dame du Niger et le représentant de l'UNFPA inaugurent un centre de santé et lancent un appel en faveur de l'amélioration de la santé maternelle », UNFPA Afrique de l'Ouest et du Centre,
- Mission de l'ambassadeur de France au Niger, M. Alexandre Garcia, à Zinder du 2 au 4 octobre 2019, Ambassade de France à Niamey, La France au Niger,
« Factsheet Niger », Equipop.org,

• **Sénégal**

Un Reportage sur l'unité de néonatalogie de Roi Baudoin a été mené avec l'Appui du bureau régional de l'UNICEF et publié dans le journal monde Afrique et largement diffusé au niveau des réseaux sociaux.

Un forum national sous la présidence effective du Président de la république a été organisé pour renforcer l'engagement des bajenu Gox pour la lutte contre les décès évitables des mères et des nouveau-nés, des enfants et des adolescent.e.s avec l'appui du Fonds Français Muskoka.

Par ailleurs, la participation de l'équipe pays à la Rencontre régionale sur la santé SRMNIA-Nut en Afrique de l'ouest et du centre organisée en mai au Bénin a permis de partager les bonnes pratiques notamment le renforcement du leadership des jeunes filles à travers la stratégie du club des Jeunes filles ou « New Deal ».

- **Tchad**

Déjeuner media organisé le 28 janvier 2019 et portant sur la contribution du « Fonds Français Muskoka » à la réduction de la mortalité maternelle, néonatale et infantile au Tchad avec la participation du **Ministre de la Santé Publique, l'Ambassadeur de France, les représentants de l'AFD, du FNUAP, de l'OMS, de ONU FEMMES/AFJT et de l'UNICEF.**

Participation du Ministre de la santé du Tchad au side meeting Muskoka en marge de la 6ème Conférence de reconstitution des ressources du Fonds Mondial de lutte contre le VIH-SIDA, la tuberculose et le paludisme -08- 10 octobre 2019, Lyon (France). Cette réunion parallèle de haut niveau organisée par le Fonds Français Muskoka s'est tenue le 8 octobre 2019 au cours de laquelle le Tchad a été invité à partager son expérience dans le cadre de la réduction de mortalité maternelle, néonatale et infantile en partenariat avec les agences des Nations Unies. Sous forme de panel, elle a réuni les ministres de la santé du Burkina-Faso, de la Côte d'Ivoire, du Mali et du Tchad et les représentants des partenaires, dont le Fonds Mondial, pour faire un plaidoyer pour un meilleur partenariat et une collaboration entre le Fonds Français Muskoka et le Fonds Mondial, mais aussi d'autres acteurs concernés.

Une mission de reportage vidéo de 2 journalistes de France 24 s'est déroulée du 16 au 26 janvier 2019 à N'Djamena et dans la Région du Lac (Bol, Baga Sola, Camp de réfugiés de Dares Salam, Kindjiri). Cette mission a permis de documenter les activités du Fonds Français Muskoka. Huit reportages ont été produits et diffusés au cours du Journal Télévisé Afrique de France24 sur la nutrition, la santé sexuelle et reproductive et la protection des enfants.

Un déjeuner de presse a été organisé le lundi 28 janvier 2019 sur les réalisations obtenues en matière de santé maternelle, néonatale, infantile, et de santé sexuelle et reproductive des adolescent.e.s et des jeunes au Tchad dans le cadre du financement du Fonds Français Muskoka. Ces réalisations ont été présentées à plus d'une trentaine

de journalistes présents par **le Ministre de la Santé Publique et l'Ambassadeur de France.** Etaient également présents le Ministre de la Jeunesse et les premiers responsables au Tchad de l'Agence Française de Développement (AFD), de l'OMS, ONU Femmes, UNFPA, et l'UNICEF à travers l'Association des Femmes Juristes du Tchad. Un communiqué de presse conjoint a été élaboré et diffusé joint press release et des photos de la cérémonies ont également été partagées et un press review élaboré.

- **Togo**

Le pays a accueilli début octobre 2019 une mission de reportage de Radio France Internationale (RFI) portant sur différents domaines d'interventions soutenus par le FFM. Ces reportages ont porté sur divers thèmes, en l'occurrence *les pratiques traditionnelles des soins pour les nouveau-nés, les soins de santé infantile, les soins maternels Kangourou, le rôle des pères dans la santé de la mère et de l'enfant, le phénomène de la dot, les mariages et les grossesses précoces.* Ces reportages ont été diffusés dans le courant du premier trimestre 2020 dans deux émissions phares de RFI : Priorité santé et 7 milliards de voisins. La diffusion de ces reportages par RFI permet de faire connaître aux millions d'auditeurs de cette radio les contributions du FFM à l'amélioration de la santé et du bien-être des mères, des nouveau-nés, des enfants et adolescent.e.s au Togo.

4. Coordination, suivi, documentation des interventions

Dans le cadre de la **composante 3**, le Bureau Régional de l'UNICEF a continué à coordonner le secrétariat du FFM et le volet inter-agence de gestion, suivi, évaluation, documentation et visibilité du FFM. Depuis 2019 l'OMS a été chargé du volet suivi-évaluation sous la coordination du secrétariat du FFM. A cet effet le secrétariat a assuré un appui à la coordination et aux organes de suivi et de gestion du FFM à travers:

Coordination/secrétariat

- La coordination, préparation et suivi de 10 téléconférences du COTECH et de 2 réunions physiques (juin et octobre 2019, Dakar - Sénégal)
- La préparation de la réunion du Comité de Pilotage (mai 2019, Paris – France)
- La coordination, préparation et organisation d'une conférence régionale de restitution de la première phase de Muskoka et de lancement de la deuxième phase (mai 2019, Cotonou - Bénin)
- L'appui à la préparation et l'organisation d'un évènement d'haut niveau en marge de la 6eme ronde « replenishment » du Fonds Mondial (octobre, Lyon-France)
- La coordination de l'évaluation du mécanisme de gouvernance et des outils programmatique du FFM (rapport final en cours d'approbation)
- La coordination des inputs des 4 agences dans l'évaluation formative menée par le MEAE des contributions Muskoka.

Suivi/évaluation

- Suivi
- Rapportage : rapport technique et financier sur les activités menées et sur l'utilisation de la contribution reçue ;
- Documentation et partage des bonnes pratiques
- Contribution à l'évaluation finale du FFM

Communication/visibilité

Les actions de communication déployées en 2019 sur la base de la stratégie adaptée par les 4 agences des Nations Unies en 2019 ont été orientées afin de permettre Fonds Français Muskoka de se positionner comme une contribution majeure de la France en faveur de la santé de la reproduction, maternelle, néonatale, infantile et des adolescent.e.s (SSRMNIA-Nut), d'encourager l'engagement et l'action des décideurs et de mobiliser les ressources.

Ainsi, la stratégie de communication 2019-2022 a été quelque peu réajustée afin de renforcer le positionnement du FFM comme le mécanisme opérationnel et efficient de coordination régional inter-agences en matière de Santé sexuelle, reproductive, maternelle, néonatale, infantile et des adolescent.e.s, et nutrition (SSRMNIA-Nutut) participant à l'atteinte des Objectifs de Développement Durable (ODD), tant sur la scène des Nations unies (agences, sièges) qu'auprès des autres Partenaires Techniques et Financiers (PTF) dans la région de l'Afrique de l'Ouest et du Centre (H6 global, FM, ONUSIDA, GAVI, etc.), avec un accent particulier sur les Droits à la santé sexuelle et reproductive (DSSR).

Afin de s'assurer d'être en phase avec les perspectives et les objectifs fixés par le COPIL/COTECH pour le FFM, les axes de la communication pour la période 2019-2022 sont réorientés et reformulés comme suit :

1. Positionner le Fonds Français Muskoka comme une initiative de la France ayant permis la mise en place d'un mécanisme opérationnel et efficient de coordination régionale et nationale inter-agences en matière de SSRMNIA-Nutut pour l'atteinte des ODD,
2. Conforter la SSRMNIA-Nutut comme une priorité à l'échelle nationale et internationale en renforçant l'engagement des décideurs/leaders/bailleurs et l'appropriation nationale par une capitalisation des acquis, résultats et impacts, et
3. Optimiser la mobilisation des différentes parties prenantes pour aligner les engagements en faveur de la SSRMNIA-Nutut, et les engagements en faveur des droits et santé sexuels et reproductifs, en adéquation avec la contribution danoise depuis 2019.

Les principaux résultats sont les suivants :

- le mécanisme Muskoka est connu et reconnu comme participant à l'architecture de l'harmonisation de la santé en Afrique et comme un exemple d'articulation de la réforme ONE UN.
- les programmes menés par les quatre agences en faveur de la SRMNIA-Nut sont identifiés
- La valeur ajoutée du FFM pour les enjeux de droits et santé sexuels et reproductifs est comprise.

Le plan d'action communicationnel s'articule, pour ce faire, autour de 3 volets principaux :

- > Volet 1 : la documentation
- > Volet 2 : la diffusion, le partage, les échanges
- > Volet 3 : l'implication, le plaidoyer et l'influence

Renforcement du volet communication institutionnelle par la production de support dédiés :

- Production d'une plaquette intentionnelle incluant 12 fiches thématique
- Production du film institutionnel
- 2 rapports Muskoka : rapport 2017-2018 & rapport global phase 1
- Rapport sur la qualité des soins (forum d'octobre)
- Rapport sur les soins de santé communautaire (forum de novembre)

Les principaux résultats obtenus 2019-2020 :

Nouveau positionnement identitaire du FFM

- Création d'une nouvelle signature "pour le bien être et la santé des mères, des nouveau-nés, des enfants et des adolescent.e.s"



Digital

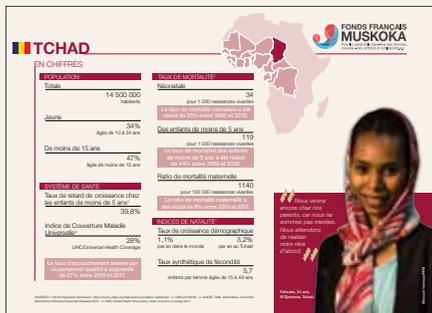
- Un nouveau site internet plus orientés résultats, impacts www.ffmuskoka.org



- Redynamisation des réseaux sociaux avec le lancement du compte LinkedIn et le développement de campagnes digitales telles que la communication sur les soignants pendant l'épidémie Covid 19, campagne institutionnelle sur les résultats, la campagne sur la Santé et l'hygiène menstruelles

Communication institutionnelle

- Développement de supports incluant une déclinaison pays : rapports (d'activité et rapports des ateliers), plaquettes, affiches, kakémonos, vidéos institutionnelles



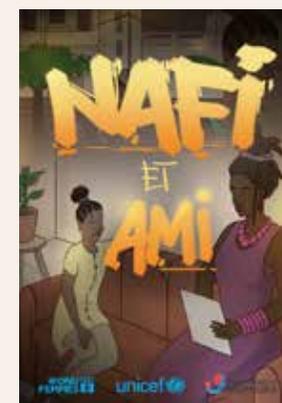
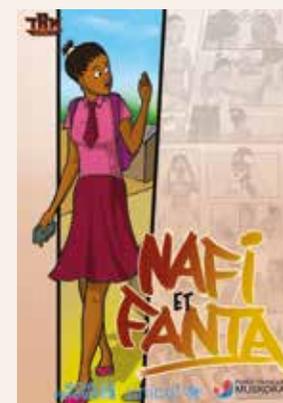
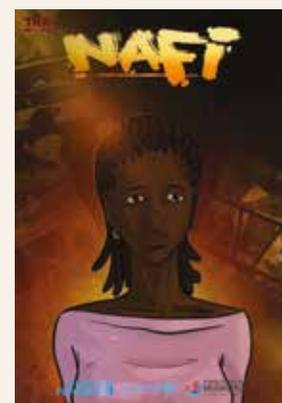
Fiches pays



Fiches thématiques

Développement de support thématique

- Publications sur la lutte contre les violences basées sur le genre



- 21 vidéos sur le personnels soignants et les sages-femmes

Newsletter

Kakémou



Plaquette institutionnelle

Développement des partenariats média pour offrir une tribune médiatique pour valoriser les programmes et les résultats obtenus par le FFM via l'action conjointe et coordonnée des 4 agences dans les différents pays.

Plusieurs partenariats avec des média stratégiques ont été développés à l'instar du Monde Afrique, de RFI/France 24, TV5 Monde, Canal Plus (Canal Plus Elles), Ouest TV, Allodocteurs.Africa

- Le Monde Afrique
 - 2 pages dans le journal Le Monde
 - 12 articles dans le Monde Afrique
 - Habillage digital du la Page du Monde Afrique pendant 8 jours
- RFI
 - 7 émissions RFI dont 6 Priorité Santé (5 à venir + 1 déjà diffusée) et 1 7 Milliards de voisins (diffusée le 20/01)
- TV5 - Ouest TV
 - 6 diffusions sur TV5 Monde
 - 18 diffusions sur Ouest TV : 12 en version française – 4 en version anglaise et 2 en version portugaise
- TV5
 - 2 partenariats en cours pour les émissions « Bonne santé » et « Les maternelles »

Visibilité média pour offrir une fenêtre médiatique aux programmes mis en place par les agences sur les sujet de fonds traités par le Forum (presse locale)

- Presse locale sur Forum régional sur la qualité des soins
 - 7 articles (seneweb, APS, le soleil + ministère de la santé)
- Presse locale sur le Forum régional sur les soins de santé communautaire
 - 10 articles parus (Matin, Fraternité, la Nation, L'économiste) – 55 diffusions media (TV, radio, affichages, presse)
 - Couverture presse au Togo de la visite parlementaire

Appui aux évènements pour rendre visible l'efficacité de la coordination régionale sur les thématiques préemptées par le FFM, travailler sur l'appropriation et la visibilité nationale, impliquer les leaders politiques et décideurs (plaidoyer)

- Evènements programmatiques
 - Forum régional sur l'expérience des soins en Afrique : vers l'atteinte d'une expérience des soins positive dans les formations sanitaires - 21 au 23 octobre Dakar/Sénégal

- Forum régional de l'Afrique de l'Ouest et du Centre sur la santé communautaire dans le contexte des soins de santé primaires - 12 au 15 Novembre – Cotonou/Bénin
- Evènements programmatiques et plaidoyer
 - Rencontre régionale sur le thème «renforcer l'engagement du partenariat Muskoka pour l'atteinte de la couverture sante universelle» - 7-8 mai – Cotonou/Bénin
- Evènement Plaidoyer
 - Side event en marge de la conférence de reconstitution du Fond Mondial sous le thème : Coordination nationale et régionale pour la santé reproductive et la santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent : une approche pour augmenter la mise en œuvre des subventions du Fonds mondial en Afrique de l'Ouest et centrale - 8 octobre – Lyon/France
 - Visites de 2 missions parlementaire au Niger et au Togo

Capitalisation des actualités/programmes du Fonds Français Muskoka par une présence digitale

- 3 tweets par semaine + renforcement pendant les évènements soit un total de plus de 5 000 Tweets
- Actualisation du blog en ligne (site) et du site avec création de page dédiée aux évènements
- Mise en ligne des dernières productions (Film, plaquette et à venir les rapports)
- Plus de 10 300 followers sur twitter dont plus de 5 000 nouveaux abonnés recrutés en 1 an et demi

Les recommandations du MEAE en mars 2020 sur la stratégie de visibilité et les procédures de planification et de suivi du FFM ont été les suivantes, en cohérence avec les actions déjà développées :

Renforcement de la visibilité et du dialogue politique sur la SSRMNIA-Nut via :

- un renforcement du plaidoyer politique international, régional et national
- un renforcement de la visibilité du FFM en faveur de la SSRMNIA-Nut au niveau international, régional et national
 - Identification de quelques succès emblématiques et résultats marquants du FFM et renforcement de la communication sur ces succès, adaptée au public cible (grand public, technique ou politique) ;
 - Participation active au nom du FFM à des événements internationaux en santé mondiale, organisation d'événements internationaux de visibilité, avec la participation des Ambassades dans les pays du FFM
 - Identification de « champion », personne de notoriété en SRMNIA-Nut dans la région qui aura un rôle d'Ambassadeur ou d'Ambassadrice en SRMNIA-Nut.
- une révision de la logique d'intervention du FFM
 - En approfondissant la définition des interventions à *haut impact* du FFM et leur priorisation; l'analyse des besoins nationaux, des goulots d'étranglement et l'alignement sur les PNDS ;

Renforcement de la planification et du suivi du FFM

- Revoir/Clarifier/redéfinir l'ensemble des composantes de la Théorie du changement existante
- Renforcer les Indicateurs de suivi du FFM, Définir un nombre limité d'indicateurs clés de performance (résultats) en cohérence avec les indicateurs des ODD et ceux déjà existants dans les pays
- Renforcer le reporting et le rendre plus stratégiques

Développement d'un agenda d'apprentissage pour le FFM et toutes ses parties prenantes dans une « feuille de route » du suivi-évaluation

- Organiser une série d'ateliers de travail pour discuter des modalités d'utilisation de nouveaux outils de planification et de suivi,
- Identifier, à partir de l'analyse des données de suivi, un certain nombre des thématiques qui puissent faire l'objet des recherches opérationnelles

- Réaliser une évaluation d'impact conjointe qui regroupent les Agences et les structures étatiques membres du FFM)
- Prévoir la publication d'une « lettre d'information mensuelle » identifiant les bonnes pratiques des interventions financées par le FFM

“

Le Fonds Muskoka a permis aux jeunes filles de se déterminer mais aussi de s'engager dans notre communauté.

Aujourd'hui, grâce à ces activités, nous participons aux instances de décisions.

”

Awa Diassy,
Présidente du Club des jeunes filles de Kolda,
Sénégal



2010-2020

VALEUR AJOUTÉE, LEÇONS APPRISES, OPPORTUNITÉS, CONSTRAINTES *et* DÉFIS

Valeur ajoutée

En matière de méthodologie

Il s'agit d'un mode de fonctionnement de type « One UN » tel que prévue dans la réforme de l'ONU. Il favorise notamment une programmation et une assistance technique conjointes au niveau pays et régional fondée sur : la complémentarité des expertises techniques des 4 agences ; un suivi et un rapportage annuel conjoint des résultats, activités et de l'exécution financière ; une documentation des pratiques intéressantes ; la mobilisation des autres partenaires et de ressources. L'évaluation globale de l'initiative Muskoka, présentée en 2019, a souligné le rôle prépondérant du FFM, qui posé les jalons nécessaires à la mise en œuvre de la réforme « One UN » et de ses principes d'un responsable unique, d'un programme unique et d'une voix unique.

En matière programmatique

Le travail en synergie des quatre agences des Nations Unies permet de développer des interventions à haut impact adaptées à chacune des catégories de population ciblées (femme enceinte, nouveau-né, enfant, adolescent) tout en prenant en compte les principaux déterminants socio-culturels affectant la mortalité maternelle, néonatale, infantile et des adolescent.e.s, mais aussi la morbidité, la vulnérabilité et les iniquités.

En matière de stratégies de mise 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 :

- la stratégie de la France en santé mondiale (2017-2021),
- l'action extérieure de la France sur les enjeux de population, de droits et santé sexuels et reproductifs (2016-2020),
- 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);
- la stratégie internationale de la France pour l'égalité entre les femmes et les hommes (2018-2022)

De plus, le Fonds Français 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 de gestion et de finance

La mise en place et le fonctionnement pendant 10 ans d'une équipe Muskoka stable et forte, au niveau pays et régional, d'une centaine d'experts se connaissant, dialoguant et partageant les mêmes 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.

L'allocation budgétaire sécurisée sur plusieurs années a permis d'engager les pays dans la mise en place d'interventions ambitieuses menées sur plusieurs années dans le domaine de la SRMNIA-Nut. Pour certains pays, comme le Togo, où les bailleurs présents dans le pays sont peu nombreux et peu investis dans la santé, cette enveloppe pluriannuelle et sécurisée a été cruciale car il s'agissait de l'une des rares contributions de PTF dévolues à la SRMNIA-Nut.

Par ailleurs, l'outil FSP, annuel, impose des contraintes de décaissement rapide, un suivi et un rapportage serré. Dans ce contexte, on observe pour le FFM un excellent taux d'utilisation des fonds, en comparaison avec d'autres canaux, globalement supérieur à 96 % pour l'ensemble des dix années du programme.

Leçons apprises et opportunités

- Une implication personnelle des Représentants de chaque agence dans le dispositif est indispensable pour le portage stratégique et pour la visibilité du dispositif dans les pays. Celle-ci s'est approfondie au fur et à mesure des années, le FFM étant devenu pour le Représentant des pays ciblés par le FFM un levier d'influence et d'action incontournable.
- 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.
- Le rapport annuel technique et financier commun aux quatre agences est un outil très important en termes de redevabilité, visibilité et plaidoyer. Il constitue également un outil d'évaluation et d'amélioration des pratiques pour les équipes pays.
- 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'interventions stables contenant des orientations claires issues du comité technique et du comité de pilotage.
- L'implication 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 mais aussi le MEAE, et de réaliser des événements d'envergure dans les pays avec le soutien des Ambassades, comme se fut particulièrement le cas en 2019.

Contraintes

Calendrier annuel

- Le caractère annuel du programme crée une période très dense, de novembre à février (avec une fin effective de l'année au 15 décembre et un début opérationnel de l'année au 15 janvier), avec la fin de la mise en œuvre des activités, le rapportage de l'année écoulée, la programmation de l'année suivante, l'allocation du budget pour les pays bénéficiaires et le démarrage des activités.
- Le raccourcissement de la période d'exécution (mars / avril – décembre) constitue chaque année un défi pour un décaissement le plus large possible des fonds alloués. Une certaine flexibilité existe néanmoins : l'année 7 – 8 a vu le report des fonds d'une année sur l'autre.

Environnement

- Elections, saison des pluies, épidémies, insécurité ou risque terroriste représentent un frein à la mise en œuvre des activités. Ebola et Covid 19 ont particulièrement grever les activités.

Conflits de calendriers

- Les activités des multiples partenaires se percutent et rendent aléatoire la disponibilité des cadres nationaux dont la présence pour la programmation, la mise en œuvre ou le suivi des interventions est indispensable.

Coordination ministérielle

- Au Niger, par exemple, on relève une faible coordination des interventions entre les départements ministériels impliqués dans la SRMNIA-Nut (Santé et Population, Promotion de la femme et Protection de l'enfant).

Information sanitaire et données

- Dans la plupart des pays ciblés, le système national d'information sanitaire ne permet pas de renseigner annuellement à temps les indicateurs de base. Le développement de systèmes nationaux d'information sanitaire reste pour les pays une priorité pour la gestion de la santé publique.

Procédures administratives de mise en œuvre

- Il existe des goulots d'étranglement dans les procédures des dépenses pour le déblocage des fonds et pour la mise en œuvre des activités.

Ressources humaines

- Dans la plupart des pays ciblés, en particulier le Niger et le Tchad, la mise en œuvre est gênée par la grande mobilité des professionnels de la santé et l'insuffisance qualitative/quantitative des ressources humaines par rapport aux besoins et aux normes. Le FFM travaille à l'amélioration du nombre, de la qualité, de la répartition et de la motivation du personnel de santé.

Médicaments essentiels et produits de santé

- L'approvisionnement continu des médicaments prioritaires de qualité pour la santé de la mère et de l'enfant reste un problème majeur dans de nombreux pays du fait de la faiblesse des chaînes d'approvisionnement, depuis le processus de planification des besoins jusqu'à la distribution à partir des points de prestation de service.

Défis

Contexte démographique et socio-anthropologique

Travailler à l'amélioration de l'offre et de l'accès aux soins en SRMNIA-Nut dans une région au contexte politique, économique, social, sécuritaire et climatique instable est un véritable défi chaque année renouvelé. A cela s'ajoutent 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.

Multiplification des partenaires

La présence des multiples partenaires et initiatives en SRMNIA-Nut pose le défi de la coordination, la question des risques de fragmentation des interventions et d'utilisation non optimale des ressources et expertises et du non-alignement entre les interventions et priorités des pays. Dans le cadre du système des Nations Unies, le FFM a répondu à ce problème avec la coordination des agences autour d'un cadre commun d'action et avec le rôle des agences-lead dans les pays. La coordination avec les actions de l'AFD reste encore à développer.

Modes de financements

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 de santé publique internationale. On a vu qu'en année 9, le gouvernement danois a rejoint le partenariat du FFM en y apportant ses fonds propres.



2010-2020

CONCLUSION

En 2021 le FFM fête ses 10 ans d'activité. Une telle longévité, pour un programme de développement international, dans un contexte politique et budgétaire contraint et instable, est rare. Parmi les différents canaux de mise en œuvre des engagements de Muskoka pris en juin 2010, le FFM a su, de novo, mettre en place et faire évoluer un mécanisme adapté de fonctionnement commun à quatre agences des Nations Unies, en ligne avec les priorités des pays et en lien étroit avec le MEAE. Cela lui a permis de décaisser, de mettre en œuvre, de tracer, de rapporter et de s'adapter tout au long de cette décennie, pour des résultats documentés en matière de SRMNIA-Nut qu'on peut lui attribuer ou auxquels il a contribué.

La perspective reste claire : garder la femme, la mère, le nouveau-né et l'adolescente au centre de la cible du développement en santé. C'est la priorité du gouvernement français en matière de développement international sur laquelle le FFM est en phase. Cette cible est précisément définie, avec les Objectifs du Développement Durable (ODD), pour l'atteinte desquels les partenaires au développement sont tous engagés, avec comme feuille de route commune la Stratégie mondiale pour la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent 2016 – 2030.

A côté de son réseau d'ETI et de conseillers régionaux en santé, **le MEAE s'est doté avec le FFM d'un outil opérationnel et adapté** de mise en œuvre et de suivi d'interventions à haut impact (IHI). Les grands types d'IHI mises en œuvre –santé maternelle, néonatale et infantile et planification familiale, santé sexuelle et reproductive des adolescent.e.s et des jeunes, renforcement des systèmes de santé et ressources humaines, et nutrition - couvrent un très large spectre d'activités. La traçabilité des actions du FFM répond aux exigences concernant la redevabilité sur les engagements pris en faveur de la SRMNIA-Nut.

Ce mécanisme de fonctionnement en partenariat, de type H6, a fait la preuve de sa visibilité et de son opérationnalité dans les pays. Le FFM, comme cela a été rappelé en 2019 lors de la présentation de l'évaluation globale de l'engagement Muskoka, a été le premier dispositif opérationnel de type H4+/H6, notamment pour son processus de programmation conjointe qui est devenu une référence. Il doit poursuivre la mise en place

d'actions avec d'autres partenaires ainsi qu'avec l'AFD dans les pays. C'est le cas avec le gouvernement Danois depuis 2019. De la même façon, des mécanismes de coordination se mettent en place, avec les ministères de la santé, entre le FFM et le Fonds Mondial de lutte contre le VIH/Sida, le paludisme et la tuberculose pour un meilleur impact des actions en SRMNIA-Nut.

La poursuite du travail conjoint en faveur des mères, des nouveaux-nés, des enfants et des adolescent.e.s, pour ces prochaines années, repose sur la base solide de l'expérience accumulée par le FFM. La stratégie commune est centrée sur la qualité des soins dont l'évaluation, en équipe multidisciplinaires et en inter-agences, se fait dans chacune des structures de soins. C'est par les actions prises à l'issue des recommandations que l'on verra s'améliorer la qualité des soins dispensés aux populations ciblées par le FFM et ainsi réduire, dans chaque établissement, les décès évitables. Il est important d'en faire au fur et à mesure le bilan : 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 du programme Muskoka.

Par ailleurs, la participation du FFM aux grands événements scientifiques ou politiques internationaux concernant la SRMNIA-Nut - ce fut particulièrement le cas en 2019 - contribue à sa visibilité et donc à son efficacité et restera une activité importante pour les années à venir.

Cette décennie 2010-2020 a clairement vu se développer un environnement favorable pour agir en faveur des populations vulnérables que représentent les femmes, les mères, les nouveaux-nés et les adolescent(e)s, tant sur le plan international, multilatéral avec les grandes Stratégies, les politiques des gouvernements en matière de relations bilatérale et développement humain , ou au niveau des pays cibles, avec des mesures législatives témoignant de la prise en compte de ces problèmes qui sont au cœur de la valorisation du capital humain.

Les indicateurs de couverture se sont améliorés au cours de cette décennie dans les pays ciblés par le FFM. Les indicateurs de statut restent préoccupants. Le travail continue.



FONDS FRANÇAIS MUSKOKA

Pour la santé et le bien-être des femmes,
nouveau-nés, enfants et adolescent.e.s



2010-2020

du **FONDS FRANÇAIS MUSKOKA**

