

Stratégie 2023-2027

pour l'accélération de
l'atteinte des Objectifs
de Développement
Durable en matière
de santé des mères,
des nouveau-nés, des
enfants, des adolescents
et des jeunes

Muskoka 3.0



Mettre fin aux décès évitables

Acronymes

AFD : Agence Française de Développement

AOC : Afrique de l'Ouest et du Centre

CEDAW : Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes

CEDEAO : Communauté Economique des Etats de l'Afrique de l'Ouest

CIPD : Conférence internationale sur la population et le développement

CSU : Couverture Sanitaire Universelle

ENAP : Plan d'Action pour Chaque Nouveau-né

EPMM : Initiative mettre fin aux décès maternels évitables

FFM : Fonds Français Muskoka

GAVI : Alliance pour la vaccination

GFF : Mécanisme de Financement Mondial pour les Femmes, les Enfants et les Adolescents

GIEC : Groupe d'experts intergouvernemental sur l'évolution du climat

HHA : Harmonisation pour la Santé en Afrique

NU : Nations Unies

ODD : Objectifs du Développement Durable

OOAS : Organisation Ouest Africaine de la Santé

RAES : ONG créée en 2004 qui renforce le secteur de la santé par des campagnes d'information

SRMNIA-NUT : Santé Reproductive, Maternelle, Néonatale, Infantile, Adolescent et la Nutrition

SSRAJ : Santé Sexuelle et Reproductive pour les Adolescents et Jeunes

VBG : Violence Basée sur le Genre

La stratégie Muskoka 3.0 en bref	5	3. PRINCIPES DIRECTEURS	25	7. RECHERCHE, GÉNÉRATION ET DISSÉMINATION DES ÉVIDENCES	41
1. INTRODUCTION	9	4. VISION, BUT, RÉSULTATS ET OBJECTIFS STRATÉGIQUES	27	8. COMMUNICATION ET PLAIDOYER	43
2. CONTEXTE DE LA SANTÉ DES MÈRES, DES NOUVEAU-NÉS, DES ENFANTS, DES ADOLESCENTS ET DES JEUNES DANS LES PAYS MUSKOKA	11	4.1 Vision	28	8.1 Coordination des activités inter-agences du FFM	44
2.1 Contexte démographiques et économiques des pays Muskoka	12	4.2 But	28	8.2 Communication interne	44
2.2 La situation de la santé des mères, des nouveau-nés, des enfants, des adolescents et des jeunes dans les pays Muskoka	12	4.3 Résultats attendus et cibles de Muskoka 3.0	28	8.3 Communication externe	44
2.3 Etat des lieux du progrès vers les ODD dans les pays Muskoka	16	4.4 Objectifs stratégiques	30	8.4 Plaidoyer - Visibiliser - Influencer	45
2.4 Défis majeurs de la SRMNIA-NUT dans les pays Muskoka	17	4.5 Domaines d'intervention prioritaires et rôle catalytique du FFM	30	8.5 Communication pour le changement social et comportemental	45
2.5 Impact de l'environnement sanitaire et sécuritaire sur les services SRMNIA-NUT	21	5. MÉCANISMES DE MISE EN ŒUVRE DE MUSKOKA 3.0	34	9. FINANCEMENT ET BUDGET	46
2.6 Opportunités pour la SRMNIA/NUT	22	5.1 Mécanismes de gouvernance et de coordination	35	9.1 Estimation des coûts et projections de financement pour l'atteinte des objectifs d'impact	47
2.7 Evaluation du mécanisme Muskoka au cours du précédent cycle	23	5.2 Stratégies d'opérationnalisation - Renforcement de la logique partenariale	36	9.2 Enveloppe et ventilation budgétaire du Fonds français Muskoka selon différents scénarios	47
		6. PLANIFICATION, SUIVI & EVALUATION	39	ANNEXES	50
		6.1 Planification des interventions à haut impact	40		
		6.2 Suivi de la mise en œuvre	40		
		6.3 Revue des performances et rapportage sur les résultats ciblés	40		



La stratégie Muskoka 3.0 en bref

Contexte

Des progrès importants ont été réalisés dans les pays cibles du Fonds Français Muskoka depuis son démarrage en 2011. Ces progrès sont caractérisés par une amélioration de l'ensemble des indicateurs de la santé maternelle, néonatale, Infantile et des adolescents. Toutefois, pour atteindre les Objectifs du Développement Durable d'ici 2030, il faudra identifier les efforts pour accélérer les progrès de sorte que chaque femme, chaque nouveau-né, chaque enfant, chaque adolescent et chaque jeune jouisse de son droit à la santé et au bien-être, ait des perspectives sociales et économiques, et puisse réaliser son plein potentiel.

Vision

Assurer aux mères, aux nouveau-nés, aux enfants, aux adolescents et aux jeunes une vie dans un état optimal de santé et de bien-être.

But

Contribuer à mettre fin aux décès évitables des mères, des nouveaux nés, des enfants, des adolescents et des jeunes et à l'amélioration des droits et la santé sexuels et reproductifs et de la nutrition dans les pays d'intervention, à travers le mécanisme du Fonds Français Muskoka, partenariat inédit entre la France et quatre agences des Nations Unies (OMS, ONU Femmes, UNFPA et UNICEF).

Objectifs stratégiques

Objectif stratégique 1 : Renforcer **la performance et la résilience des systèmes de santé**, y compris le niveau communautaire, à travers l'innovation, pour assurer une offre et un accès équitable à des services de santé de qualité et respectueux pour la CSU, en faveur des femmes, des nouveau-nés, des enfants, des adolescents et des jeunes.

Domaines d'intervention prioritaires

Domaine d'intervention 1.1 : Amélioration de l'offre et de l'accès à des services de SRMNIA-NUT intégrés de qualité et respectueux, pour un système de santé performant, y compris le niveau communautaire, à travers prioritairement la disponibilité complète et ininterrompue des médicaments essentiels et intrants, des équipements et des ressources humaines compétentes.

Domaine d'intervention 1.2 : Croissance de l'accessibilité financière et géographique aux soins de qualité à tous les niveaux pour les populations cibles, à travers l'innovation programmatique et/ou digitale, la mise en œuvre des politiques de protection sociales et d'autres mécanismes.

Domaine d'intervention 1.3 : Renforcer l'analyse des données sanitaires, ainsi qu'un système national de référencement et d'état civil adéquat, pour informer la planification, le monitoring en temps réel, l'évaluation, la prise de décision et l'adaptation des stratégies, afin d'accélérer l'atteinte des résultats dans le domaine de la SRMINA-NUT.

Domaine d'intervention 1.4 : Renforcement des systèmes de santé, pour assurer la continuité des services SRMNIA-NUT en période de crises sanitaires, sécuritaires et humanitaires, ainsi que la résilience des systèmes nationaux et des communautés.

Objectifs stratégiques

Objectif stratégique 2 : Renforcer la mise en place d'un **environnement favorable** pour la santé et le bien-être des femmes, des nouveau-nés, des enfants, des adolescents et des jeunes, aux niveaux régional et national.

Objectif stratégique 2 : Renforcer **la demande de services et l'autonomisation socio-économique et juridique des femmes et des adolescentes**, pour réduire les violences et discriminations à leur égard et promouvoir des attitudes et comportements sociaux favorables à la SRMNIA-NUT.

Domaines d'intervention prioritaires

Domaine d'intervention 2.1 : Appui stratégique et technique à l'élaboration, la dissémination et l'application effective des lois, politiques et stratégies nationales en faveur de la SRMNIA-NUT, en lien avec les objectifs mondiaux et les priorités nationales.

Domaine d'intervention 2.2 : Renforcement du plaidoyer et des mécanismes de gouvernance et redevabilité, pour influencer l'agenda SRMNIA-NUT et accroître les stratégies de mobilisation de ressources techniques, matérielles, et financières en faveur de la SRMNIA-NUT.

Domaine d'intervention 2.3 : Développement de partenariats stratégiques et transformatifs, à travers l'implication des autres acteurs directs de la SRMNIA-NUT et la collaboration avec la société civile, les organisations régionales.

Domaine d'intervention 2.4 : Renforcement de la collaboration intersectorielle et multisectorielle à tous les niveaux (régional, national, infranational), afin d'améliorer la synergie programmatique, l'efficacité, et l'efficience.

Domaine d'intervention 3.1 : Promotion de changements de normes sociales, pour soutenir une transformation dans les comportements et attitudes des populations en faveur de la SRMNIA-NUT et de l'autonomisation des femmes et des filles, afin d'accroître leur pouvoir de décision.

Domaine d'intervention 3.2 : Renforcement de la prévention et de la prise en charge holistique et conjointe (avec les autres secteurs) des violences basées sur le genre, notamment en situation d'urgence humanitaire ou sanitaire.

Domaine d'intervention 3.3 : Promotion des droits dans le domaine de la santé, à travers l'accès des jeunes, des femmes et des filles aux informations et compétences de SRMNIA-NUT.

Principes directeurs de Muskoka 3.0

- Alignement avec les ODD et les priorités nationales
- Gestion Axée sur les Résultats (GAR)
- Renforcement de la redevabilité et de la responsabilité
- Développement de partenariats transformatifs
- Renforcement de l'engagement et de la participation communautaire
- Renforcement d'une approche convergente, intégrée et multisectorielle
- Promotion d'une approche fondée sur l'éthique, l'équité, et l'inclusion
- Égalité des sexes et autonomisation des femmes et des jeunes filles
- Approche centrée sur la personne et fondée sur les droits de l'homme
- Principe de résilience

Stratégies d'opérationnalisation

- **Stratégie opérationnelle 1 :**
Approche intégrée et multisectorielle
- **Stratégie opérationnelle 2 :**
Harmonisation et convergence des interventions
- **Stratégie opérationnelle 3 :**
Développement de partenariats stratégiques

Mettre un terme aux décès évitables dans les pays cibles est un point majeur de notre vision. Cependant, en aidant à créer un environnement favorable à la santé, à renforcer les systèmes de santé et à améliorer le bien-être des populations cibles, la Stratégie Muskoka 3.0 vise à apporter **sa contribution catalytique** pour que les femmes, les nouveau-nés, les enfants, les adolescents et les jeunes jouissent de leur droit à un meilleur état de santé et de bien-être, qu'elles et ils sont capables d'atteindre, ce qui aura d'énormes retombées sociales, démographiques et économiques positives.

Résultats attendus et cibles de Muskoka 3.0

Le Muskoka 3.0 contribuera dans les pays concernés à atteindre les résultats qui sont les mêmes que ceux des Objectifs du Développement Durable (ODD) liés à la santé et au bien-être des mères, nouveau-nés, enfants, adolescents et jeunes. Les cibles des ODDs ci-dessous correspondent aux niveaux attendus en 2030. Pour chaque pays, les cibles intermédiaires seront définies en fonction du contexte du pays. En mettant l'accent sur le renforcement d'un environnement favorable à l'agenda SRMINA-NUT, l'amélioration des systèmes de santé (y compris communautaires) et l'accroissement de la demande, la stratégie Muskoka 3.0 contribuera à l'atteinte des résultats d'impact ci-dessous.

ODD Cibles d'impact

- | | |
|-----|--|
| 2.2 | Atteindre les objectifs arrêtés à l'échelle Internationale relatifs aux retards de croissance et à l'émaciation chez les enfants de moins de 5 ans |
| 3.1 | Réduire le taux de mortalité maternelle en dessous de 70 décès pour 100 000 naissances vivantes. Aucun pays ne devrait avoir plus de 140 décès pour 100 000 naissances vivantes. |

-
- 3.2 Réduire les décès évitables des nouveau-nés et chercher à ramener le taux de mortalité néonatale en dessous de 12 pour 1 000 naissances vivantes.
-
- 3.2 Réduire les décès évitables et chercher à ramener le taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans au moins en dessous de 25 pour 1 000 naissances vivantes.
-
- 3.7 Assurer l'accès de tous à des services de soins de santé sexuelle et procréative, y compris à des fins de planification familiale, d'information et d'éducation, et veiller à la prise en compte de la santé procréative dans les stratégies et programmes nationaux particulièrement pour les femmes en âge de procréer et les adolescentes.
Réduire de 50% le taux de natalité chez les adolescentes.
-
- 5.1 Mettre fin à toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes et des filles
-
- 5.2 Éliminer toutes les formes de violence faite aux femmes et aux filles y compris la traite et l'exploitation sexuelle et d'autres types d'exploitation
-
- 5.3 Éliminer toutes les pratiques préjudiciables, telles que le mariage des enfants, le mariage précoce ou forcé et la mutilation génitale féminine.
-

La recherche opérationnelle

Un accent particulier sera mis sur les recherches opérationnelles qui seront conduites en collaboration avec des universités, des instituts de recherche et des sociétés savantes. Les thématiques les plus pertinentes dans le domaine de la SRMNIA-NUT seront identifiées, selon une approche participative et consensuelle, en concertation avec les équipes pays (agences et gouvernement) et en tenant compte du contexte national. Les résultats de ces recherches seront diffusés à travers des revues médicales, des réseaux de communauté de pratique et d'autres canaux pertinents. Ils seront également présentés lors de certains forums, notamment aux décideurs politiques et donateurs, et permettront de renforcer les prises de décision sur la base des données générées.

La communication et le plaidoyer

Le volet communication est une priorité pour un accompagnement approprié des ambitions portées pour et par le FFM. Elle repose sur les cinq piliers majeurs : la Communication interne, la Coordination des activités inter-agences du FFM, la Communication externe, la Communication pour le changement social et comportemental et le Plaidoyer.

Planification, Suivi & Evaluation

La Planification des interventions à haut impact sera conduite de manière efficace et conjointe avec des outils harmonisés. Le suivi de la mise en œuvre sera fait de manière continue et la revue des performances, avec des données de qualité, permettra d'évaluer le progrès vers les résultats ciblés des indicateurs d'impacts.

Introduction



La santé des femmes, des nouveau-nés, des enfants, des adolescents et des jeunes doit rester centrale pour atteindre les Objectifs de Développement Durable (ODD) d'ici 2030. Aujourd'hui, le cadre d'action est défini avec la Stratégie Mondiale pour la Santé des Femmes, des Enfants et des adolescents 2016–2030. Chacun des ODD vise à répondre aux déterminants de la santé en abordant les inégalités de santé, ainsi que les inégalités socio-économiques plus larges, qui sont à leurs racines. En ligne avec l'Agenda 2030 et dans le cadre du renforcement des soins de santé primaires pour la couverture sanitaire universelle (CSU), les droits reproductifs et l'accès à des services de santé de qualité sont inscrits dans un large éventail de cadres normatifs (CEDAW, CIPD, ODD).

Le partenariat inédit entre la France et quatre agences des Nations Unies (OMS, ONU Femmes, UNFPA et UNICEF), le Fonds Français Muskoka (FFM), vise à l'amélioration de la santé et du bien-être des populations cibles les plus vulnérables (femmes, filles, mères, nouveau-nés, enfants, adolescents de **plusieurs pays d'Afrique et du Centre**, région dont les indicateurs en santé maternelle et infantile demeurent préoccupants. Cette région est l'une plus touchées par un nombre croissant de crises multiples, qui aggravent la vulnérabilité des

femmes, des enfants, des adolescents et des jeunes. Au-delà des chocs conjoncturels (conflits, épidémies, catastrophes naturelles), la majorité des femmes et des enfants y sont affectés par une pauvreté chronique et un environnement social défavorable. La région 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 et la persistance des violences et discriminations basées sur le genre.

Depuis 2010, le partenariat Muskoka est parvenu à construire et consolider un mécanisme de coordination et d'appui technique efficient et efficace en faveur de la santé maternelle, néonatale, infantile, des adolescents et des jeunes. Dans les pays ciblés, la valeur ajoutée du FFM 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. Le FFM vise l'atteinte de résultats durables à travers une approche multi-sectorielle et le renforcement des systèmes de santé, y compris communautaires. En 10 ans, cette approche inclusive a permis d'atteindre des résultats remarquables (Rapport Muskoka 10 ans). La longévité du partenariat Muskoka s'explique

par une approche innovante, sa grande capacité d'adaptation au contexte local, mais surtout par ses résultats sur le terrain en nutrition et santé des femmes, des nouveau-nés, des enfants, des adolescents et des jeunes. A ce titre, ce mécanisme contribue aussi à la mise en œuvre de l'égalité entre les femmes et les hommes.

Investir dans la santé et le bien-être des femmes, enfants et adolescents est un impératif fondamental pour préserver leurs droits. Au regard de ces acquis, des défis majeurs et de l'évolution du contexte, le gouvernement français a décidé de prolonger le FFM jusqu'en 2026.

2

Contexte
de la santé
des mères,
des nouveau-nés,
des enfants, des
adolescents et
des jeunes dans
les pays Muskoka



2.1 Contexte démographiques et économiques des pays Muskoka

Les pays d'exécution du FFM¹ totalisent en 2023 une population de 175,8 millions avec un indice synthétique de fécondité de 5 enfants par femme et un taux de croissance annuel de 2,6 %². Chaque année, on y compte environ 6,3 millions naissances. Le nombre des femmes en âge de procréer (15-49 ans), cible principale des interventions de soins obstétricaux et néonataux d'urgence (SONU) est estimé à 42,6 millions. Le nombre des enfants de moins de 5 ans³, cible principale des interventions de la Prise en Charge Intégrée des Maladies du Nouveau-né et de l'Enfant (PCIMNE) et de la Nutrition, est estimé à 28 millions. Le nombre de population de 10 à 19 ans, cible principale des interventions de la Santé Sexuelle et Reproductive pour les Adolescents et Jeunes (SSRAJ), est estimé à 41,6 millions.

1. Données basées sur les 9 pays du FFM jusqu'à 2023, Bénin, Burkina Faso, Côte d'Ivoire, Guinée, Mali, Niger, Sénégal, Tchad et Togo. A la suite des événements qui s'y sont produits, le FFM a suspendu ses actions au Burkina Faso, au Mali et au Niger.

2. <https://www.unfpa.org/data/world-population-dashboard>

3. <https://data.unicef.org/resources/sowc-2023/>

Sur le plan économique, le Produit Intérieur Brut (PIB) moyen par tête d'habitant était de US\$ 1194,9 en 2022⁴ et le taux de croissance économique était en moyenne de 5,17 %. Les dépenses moyennes des Etats pour la santé par habitants représentait US\$ 16,1 par an en 2020⁵.

4. <https://donnees.banquemondiale.org/indicateur/>

5. <https://www.who.int/data/gho>

2.2 La Situation de la santé des mères, des nouveau-nés, des enfants, des adolescents et des jeunes dans les pays Muskoka

Depuis le début du financement du Fonds Français Muskoka (FFM) dans les pays concernés en Afrique de l'Ouest et Centrale, on observe une diminution des ratios de mortalité maternelle et du taux de mortalité infanto-juvénile, auxquels le FFM a contribué, par la mise en place et l'exécution de ses interventions à haut impact. Bien que les causes de ces décès soient connues et que les progrès en matière de réduction des différents taux de mortalité soient encourageants, beaucoup d'efforts restent à fournir pour accélérer le rythme vers l'atteinte des cibles des ODD. En effet, les avancées réalisées cachent des inégalités croissantes : trop souvent, les populations les plus à risque - dans les milieux pauvres, les populations clefs ou les communautés difficiles à atteindre - ne bénéficient pas de ces interventions et sont les plus susceptibles de souffrir de ces maladies et ou de comorbidités. Dans l'ensemble, les

couvertures effectives des interventions à haut impact, pour lutter contre ces principales causes de la mortalité maternelle, néonatale et infantile, sont encore faibles et en dessous des cibles de l'initiative EPMM/ENAP (Mettre fin à la Mortalité Maternelle Evitable/ Plan d'Action pour Chaque Nouveau-né)



La santé de la mère

Dans les pays cibles du FFM, le ratio de mortalité maternelle est passé de 636 en 2010 à 492 pour 100.000 naissances vivantes entre 2010 et 2020⁶, soit une réduction de 21,7% (Annexe). Ce ratio moyen reste très élevé, car il est 1,9 fois supérieur au taux mondial et 41 fois supérieur à ceux des pays industrialisés (492 versus 12). A l'origine de cela, l'inadéquade prise en charge des principales causes de la mortalité maternelle : hémorragie, hypertension et infections. A noter que plus de 60 % des grossesses non intentionnelles se terminent par un avortement et 45% des avortements sont pratiqués dans des conditions dangereuses. Ainsi, la part des avortements non sécurisés dans les causes de mortalité

6. Rapport 2023 du "Trends in maternal mortality 2000 to 2020: estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and UNDESA/Population Division." [Trends in maternal mortality 2000 to 2020: estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and UNDESA/Population Division](#)

est non négligeable (entre 5 et 13 % selon les pays). Par ailleurs, chez les femmes en âge de procréer, la charge de morbidité se répartit entre plusieurs catégories, notamment les affections maternelles, la malnutrition, le VIH/sida et la tuberculose, ainsi que les maladies non transmissibles (telles que l'obésité, l'hypertension, ou les cancers).



La santé de l'enfant

La mortalité des enfants de moins de 5 ans reste très élevée, bien qu'elle ait connu des tendances à la baisse dans tous les pays du FFM⁷. Les pourcentages de réduction ont varié entre 19% en Guinée et 42% au Sénégal entre 2010 et 2021⁸. Les trois principales causes de mortalité sont : paludisme, diarrhées, et infections

7. [CME Info - Child Mortality Estimates](#)

8. Ibid

respiratoires. 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 des comportements de recherche de soins non optimaux, qui restent un des facteurs majeurs limitant une prise en charge précoce des enfants malades.



La santé et la survie néonatale

La mortalité néonatale représente 35% de la mortalité des enfants de moins de cinq ans dans les pays du FFM⁹. Le nombre de décès néonataux augmente en raison de la combinaison de la faible réduction de la mortalité néonatale et de la forte croissance démographique. Environ 190 000 nouveau-nés sont décédés en 2021 dans l'ensemble

9. Rapport 2023 du "Trends in maternal mortality 2000 to 2020: estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and UNDESA/Population Division." [Trends in maternal mortality 2000 to 2020: estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and UNDESA/Population Division](#)

des pays Muskoka⁹. Les trois principales causes de mortalité parmi les nouveau-nés sont : la prématurité, les complications intrapartum, y compris les asphyxies à la naissance, et la septicémie. Le principal facteur de cette augmentation des décès néonataux est le manque de soins de qualité adéquats pour chaque nouveau-né, incluant les nouveau-nés malades et de petits poids, et la faible demande des services.



La santé des adolescents

Les adolescents sont les premières victimes du manque d'accès et de qualité des soins maternels, reproductifs, et des conseils nutritionnels. Ils sont sujets à des mariages très précoces, avec des grossesses non intentionnelles/précoces et principales victimes du VIH/SIDA. Or près des deux tiers

de la population de l'Afrique de l'Ouest et Centrale a moins de 24 ans et 32% a entre 10 et 24 ans. Dans les pays ciblés par le FFM, chaque femme a en moyenne 5 enfants, 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 âgée de 15 à 19 ans qui a un enfant. 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, mutilations génitales féminines) et du manque d'accès aux soins, sont une tragédie physique, psychologique et sociale.



La nutrition

Le fardeau de la malnutrition maternelle et infantile reste à un niveau inacceptable dans la région. La situation est caractérisée par la sous-nutrition, le retard de croissance et l'émaciation, mais aussi par le surpoids et l'obésité. Les carences en micronutriments comme le fer et la vitamine sont très fréquentes. Malgré les progrès régionaux, le nombre d'enfants présentant un retard de croissance est passé de 27,1 à 29,3 millions d'enfants entre 2010 et 2020¹⁰. 2.5 millions d'enfants encore souffrent de l'émaciation¹¹. Sur le plan de l'alimentation, plus de 23 millions d'enfants 6-23 mois ont une alimentation qui n'est pas suffisamment diversifiée pour supporter la bonne croissance et le développement. Les facteurs liés à la nutrition contribuent à environ la moitié des décès chez les enfants de moins

de 5 ans. 51 % des femmes âgées entre 15 et 49 dans les 9 pays du FFM sont anémiées en 2019¹¹. Dans les pays du FFM, on observe une persistance de la prévalence élevée de la malnutrition (au moins trois formes différentes de malnutrition : l'émaciation, le retard de croissance et les carences en micronutriments y compris anémie) chez les femmes, les enfants et les adolescents.



VIH/Sida

En outre, la région a le deuxième fardeau le plus élevé d'infections à VIH chez les enfants et l'accès aux services est limité, avec seulement 48 % des femmes enceintes infectées par le VIH recevant un traitement antirétroviral pour la prévention de la transmission mère-enfant et 26 % des enfants infectés par le VIH de 0 à 14 ans,

pour les soins et traitements pédiatriques. En 2020, le diagnostic précoce du nourrisson et la couverture du traitement antirétroviral pédiatrique sont les plus faibles au monde, 27% et 33% respectivement, contre 21% et 26% en 2018.



Eau, hygiène et assainissement

Dans les pays cibles du FFM, la qualité des services de santé est affectée par la faible disponibilité des services d'eau, hygiène et assainissement. Les femmes et les filles dans les pays cibles continuent de faire face à de multiples défis dans la gestion de leur santé et de leur hygiène menstruelle, en raison des normes et tabous sociaux, du manque d'informations précises, du faible accès aux produits sanitaires et des installations WASH inadéquates.

10. [UNICEF DATA - Child Statistics](#)

11. [CME Info - Child Mortality Estimates](#)

2.3 Etat des lieux du progrès vers les ODD dans les pays Muskoka¹²

Les moyennes des taux de mortalité néonatale et des enfants de moins de 5 ans sont respectivement de 28 et 85 décès pour mille naissances vivantes. Par ailleurs, les cibles ODD pour ces deux indicateurs étant respectivement de 12 et 25 décès pour mille naissances vivantes, les pays bénéficiant du FFM risquent de ne pas atteindre les cibles ODD pour ces deux indicateurs d'impact, si la tendance actuelle se maintient. Toutefois, individuellement les taux de mortalité néonatale ont diminué dans tous les pays Muskoka entre 2010 et 2021. Les réductions les plus importantes d'au moins 20% ont été notées au Niger (de 31 pour mille naissances vivantes à 24 soit -23%) et au Sénégal (de 27 pour mille naissances vivantes à 21 soit -22%). Les taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans ont diminué aussi dans tous les pays Muskoka entre 2010 et 2021. Les réductions les plus importantes d'au moins 20% ont été notées au Bénin (de 109 pour mille naissances vivantes à 84 soit -23%), Burkina Faso (de 122 pour mille naissances vivantes à 83 soit -32%), Côte d'Ivoire (de 106 pour mille naissances vivantes à 75 soit -29%), Mali (de 134 pour mille vivantes

à 97 soit -28%), Sénégal (de 66 pour mille naissances vivantes à 39 soit -41%), Tchad (de 148 pour mille naissances vivantes à 107 soit -26%) et Togo (de 89 pour mille naissances vivantes à 63 soit -29%). Il faudra des efforts additionnels importants pour accélérer le progrès vers l'atteinte des cibles des ODDs en 2030.

La moyenne des taux de mortalité maternelle est de 492 en 2020 pour 100 000 naissances vivantes. Par ailleurs la cible des ODD pour cet indicateur étant de 70 décès pour 100 000 naissances vivantes, les pays bénéficiant du FFM risquent de ne pas l'atteindre si la tendance actuelle se maintient. Cette cible est de loin celle pour laquelle les trajectoires actuelles s'écartent le plus de la trajectoire ODD. Même un pays comme le Sénégal, dont les performances concernant les autres indicateurs sont notables, accuse un retard très important en matière de réduction de la mortalité maternelle. Les autres pays concernés sont la Guinée, le Tchad et le Niger. Toutefois, les taux de mortalité maternelle ont diminué dans tous les pays Muskoka entre 2010 et 2021. Les réductions les plus importantes d'au moins 20% ont été notées au Burkina Faso (de 357 pour 100 000 naissances vivantes à 264 soit -26%), en Côte d'Ivoire (de 604 pour cent mille naissances vivantes à 480 soit -21%), en Guinée (de 741

pour cent mille naissances vivantes à 553 soit -25%), au Mali (de 547 pour cent mille naissances vivantes à 440 soit -20%), au Niger (de 594 pour cent mille naissances vivantes à 441 soit -26%) et au Sénégal (de 450 pour cent mille naissances vivantes à 261 soit -42%). Il faudra là aussi des efforts additionnels importants pour accélérer le progrès vers l'atteinte des cibles des ODDs en 2030.

La cible ODD concernant le retard de croissance est de 15 %. Le Sénégal est le seul pays parmi les pays bénéficiant du FFM pour lequel la tendance actuelle prévoit qu'il atteindra la cible ODD/retard de croissance dès 2023 et la dépassera largement en 2030. Il s'agit d'une belle performance, qui témoigne de l'évolution positive du pays en matière de développement humain. Selon ces projections, la Côte d'Ivoire est également sur la bonne voie, puisque la trajectoire actuelle pour cette cible est très proche de la trajectoire idéale. Pour tous les autres pays, le retard est important. Les trois pays les moins performants sont le Niger, le Tchad et le Bénin.

La cible ODD pour le taux d'incidence du VIH est zéro nouveau cas (pour 1,000 personnes - tous âges confondus). Les taux d'incidence sont relativement bas dans ces 9 pays.

12. <https://www.who.int/data/gho>

Néanmoins leurs performances respectives au regard de cette cible ODD sont assez contrastées. Les plus performants sont le Burkina Faso, la Côte d'Ivoire et le Niger. Les moins performants sont la Guinée, le Mali et le Sénégal.

En conclusion, bien que contrastée, la performance de ces 9 pays au regard de ces cibles ODD est globalement insuffisante, voire très insuffisante pour ce qui concerne la mortalité maternelle. Le défi, pour un fonds catalytique tel que le FFM, est de jouer un rôle comme accélérateur d'idées et de consensus entre les États et leurs partenaires, pour infléchir les trajectoires actuelles et les rapprocher le plus possible des trajectoires ODD.

2.4 Défis majeurs de la SRMNIA-NUT dans les pays Muskoka

Malgré les progrès enregistrés dans les pays cibles au cours des 10 dernières années, la mise en œuvre des programmes de santé reproductive, maternelle, néonatale, infantile, et des adolescents et de nutrition (SRMNIA-NUT) reste confrontée à des défis majeurs :

Défis liés à l'environnement :

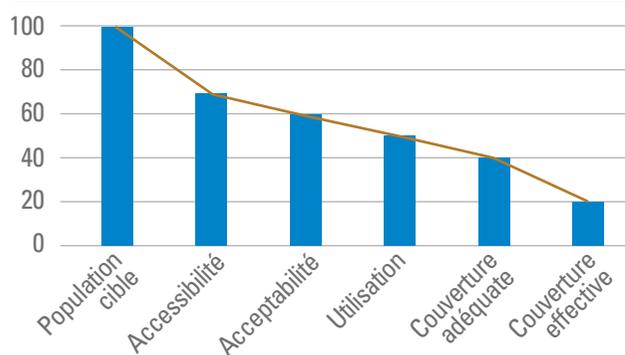
L'insuffisance de l'opérationnalisation des engagements mondiaux, de l'application des lois et des cadres normatifs comme institutionnels (surtout en lien avec les DSSR des adolescents, les violences basées sur le genre) à tous les niveaux (mondial, régional, pays) entraînent des défis dans la mise en œuvre.

Défis liés au renforcement des systèmes de santé :

L'identification des défis liés au système de santé a été réalisée à travers la mesure du niveau de couverture effective, qui permet de visualiser le rendement du système de santé pour une intervention donnée. Cette métrique trouve son origine dans un article scientifique fondateur publié en 1978 dans le Bulletin de l'OMS par T. Tanahashi. Pour une intervention donnée, le modèle introduit plusieurs déterminants de

la couverture. Chaque déterminant reproduit le déterminant précédent tout en lui ajoutant une conditionnalité. En situation réelle, la mesure de chacun de ces déterminants permet de visualiser des « décrochages » plus ou moins importants reflétant une perte d'efficacité du système sanitaire au fur et à mesure que l'on s'approche de la couverture effective. L'analyse des défis ou goulots d'étranglement à l'origine de ces « décrochages » permet d'en analyser les causes et de mettre en place des actions correctrices financées par les fonds existants, voire de mobiliser des fonds supplémentaires. Dans le cadre de cette analyse, le modèle utilisé, visualisé par le graphique (figure 2) ci-dessous, constitue une évolution du modèle initial de T. Tanahashi. Il respecte le principe de la cascade, par l'accumulation de conditionnalités au fur et à mesure que l'on s'approche de la couverture effective. Le modèle utilise 5 indicateurs, à savoir l'accessibilité, l'acceptabilité, l'utilisation, la couverture adéquate et la couverture effective. Il est structuré selon les trois plateformes de prestations des services (Interventions communautaires, Stratégies avancées pour interventions programmables et Interventions cliniques non programmables).

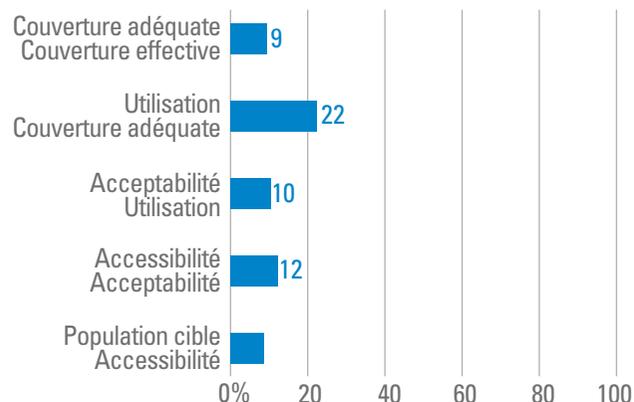
Couverture effective et ses déterminants



La quantification de l'amplitude des décrochages entre les différents déterminants de la couverture pour chacune des plateformes d'offres de services est faite pour refléter la perte d'efficacité de la plateforme au fur et à mesure que l'on progresse vers la couverture effective. Elle est calculée en mesurant l'écart entre deux niveaux de déterminants.

Amplitudes des décrochages entre déterminants de couverture Stratégies avancées pour interventions programmables

Moyenne pour les neuf pays bénéficiant du FFM

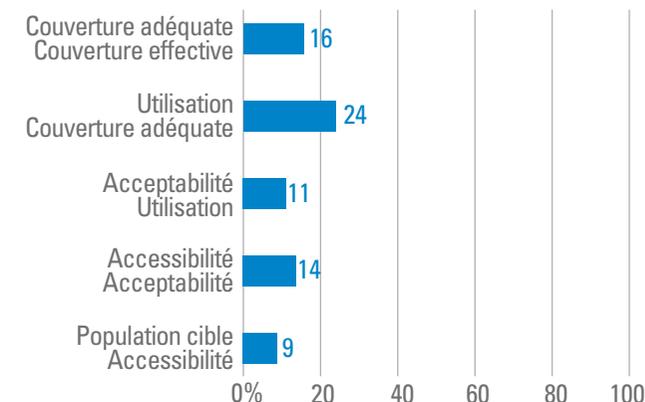


On constate que pour les plateformes stratégies avancées et soins cliniques, la perte d'efficacité est maximale entre l'utilisation des soins et la couverture adéquate. Cela reflète pour l'essentiel des problèmes liés à la continuité (adhérence au protocole de soins complets). Le décrochage est également élevé entre la couverture adéquate et la couverture effective, traduisant un problème de qualité (respect des normes techniques).

Pour la plateforme stratégies avancées, des écarts significatifs subsistent entre accessibilité et utilisation, traduisant des difficultés opérationnelles, mais aussi d'acceptabilité des soins au niveau communautaire.

Amplitudes des décrochages entre déterminants de couverture Interventions cliniques non programmables

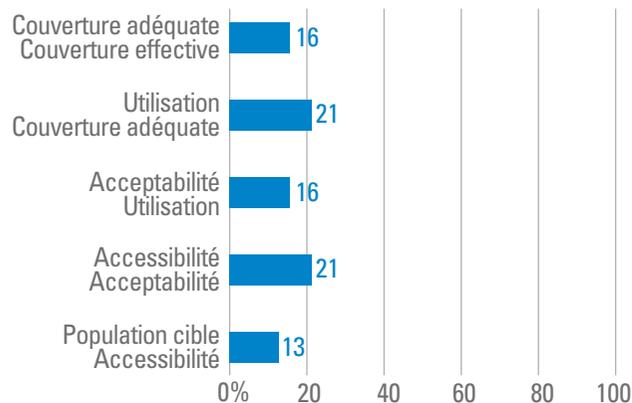
Moyenne pour les neuf pays bénéficiant du FFM



Pour la plateforme soins cliniques, la couverture effective pourrait faire un bon de 40% si les problèmes de continuité et de qualité des soins étaient résolus. Il s'agit là d'une priorité. La seconde priorité est d'améliorer l'accès financier aux soins et médicaments, la disponibilité 24/7 des soignants et le choix du bon traitement.

Amplitudes des décrochages entre déterminants de couverture Interventions comportementales et promotionnelles

Moyenne pour les neuf pays bénéficiant du FFM



Pour la plateforme interventions comportementales et promotionnelles les décrochages sont progressifs et d'amplitude similaire. En termes de priorisation des goulots d'étranglements, il serait nécessaire de disposer d'une analyse plus fine permettant de sélectionner les stratégies ayant le rapport coût/efficacité le plus élevé.

Enfin, pour les trois plateformes, la perte d'efficacité est la plus faible au niveau de l'accessibilité, ce qui témoigne d'un accès géographique globalement non satisfaisant aux structures de soins et services d'information. Toutefois, on note un décrochage à tous les niveaux. Les principaux défis ou goulots d'étranglements et leurs causes dans les 8 pays sont :

- Accessibilité
- Acceptabilité
- Utilisation/ demande
- Couverture adéquate
- Couverture effective

ENCADRE 1.

Une grande partie des efforts déployés pour la SRMNIA-NUT se concentrent sur l'amélioration de « l'offre » en renforçant les systèmes de santé et l'approvisionnement en produits essentiels. Cependant, les perceptions et normes sociales, notamment l'inégalité persistante de genre, influencent à la fois l'offre et la demande d'informations et de services de SRMNIA-NUT. Les défis comprennent notamment : un impact limité des approches et actions de communication pour le changement social et comportemental, afin d'assurer la fréquentation des services de santé et l'engagement communautaire en faveur des populations cibles du FFM ; l'insuffisance de la prise en compte des besoins spécifiques des adolescents et jeunes dans les services de santé et plus spécifiquement les services de SSR ; l'insuffisance de l'implication effective des jeunes dans la formulation de leurs besoins ; l'insuffisance de la prise en compte holistique des adolescents et des jeunes ; le non-respect des principes d'égalité, d'équité et des droits humains ; la persistance des inégalités et discriminations de genre (accès à l'éducation, à la santé, à l'économie; persistance des mariages d'enfants, MGF, VBG, etc.)

- **Financement** : en 2021, aucun des pays cibles n'a atteint la cible d'Abuja de 15% dans le cadre des contributions du gouvernement pour la santé ; les dépenses directes par les ménages sont toujours très élevées (elles excèdent 20% des dépenses totales) ;
- **Ressources humaines** : La distribution du personnel qualifiée est inéquitable, avec plus de 70% travaillant en zone urbaine. Par ailleurs, il y a un sous-investissement persistant dans la production, le recrutement et la rétention des staffs compétents, tout comme un manque d'institutionnalisation des agents de santé communautaire dans la plupart des pays.
- **Médicaments et équipement essentiels** : manque d'actions coordonnées pour faciliter la production du marché, faibles systèmes locaux pour la gestion de la chaîne d'approvisionnement ; faibles systèmes régulatoires et manque de clarté sur les politiques et les produits.
- **Accessibilité et disponibilité des services de qualité** :
 1. Il existe une insuffisance d'accès et d'utilisation des services de santé liée au manque de ressources financières, à l'éloignement des formations sanitaires,

à l'attitude de certains professionnels vis-à-vis des adolescents et des jeunes, à la perception des services de santé, à un système d'information inefficace - causant des difficultés dans l'utilisation des données à des fins de décisions, dans le monitoring à temps réel et dans la disponibilité de données désagrégées.

2. L'insuffisance de l'approche intégrée et multisectorielle exacerbée par le manque de coordination et d'harmonisation des activités entraîne une faible couverture des interventions. Le taux de couverture pour la 4e visite prénatale varie de 31% (Tchad) à 55% (Togo) et la couverture en antibiothérapie pour le traitement des infections respiratoires aiguës varie de 11% (Niger) à 49% (Cote d'Ivoire). L'accès aux services de dépistage et de prise en charge du VIH reste limité pour les femmes enceintes et les nouveau-nés (la couverture des antirétroviraux chez les enfants est faible et varie de 17% au Burkina Faso, à 49% en Côte d'Ivoire), ainsi que les interventions de prévention à haut impact et adaptées ciblant les adolescents et les jeunes.

3. La qualité des soins de SRMNIA-NUT offerts reste faible, y compris la problématique des soins respectueux

et centrés sur la personne. Les services de santé, surtout dans les zones rurales ou difficiles d'accès, demeurent peu performants. Ce problème de performance est également causé par la faiblesse des mécanismes de supervision et de motivation, mais également par la répartition inadéquate et l'accès limité à un personnel de santé formé et qualifié, un manque d'accès continu à l'eau, hygiène, et assainissement et à des services adéquats de gestion des déchets.

- *Les systèmes de santé communautaires non institutionnalisés* (manque de financement des gouvernements, non intégration du système d'information et d'approvisionnement, faible gouvernance locale) limitent la disponibilité et l'utilisation des interventions à base communautaire par les populations les plus vulnérables.
- *Les systèmes locaux de gouvernance et de responsabilisation* sont encore faibles, ce qui entraîne une mauvaise gestion locale, un engagement communautaire inadéquat et des systèmes de surveillance de routine non réactifs.

2.5 Impact de l'environnement sanitaire et sécuritaire sur les services SRMNIA-NUT

Les pays ciblés par le FFM se trouvent dans une région touchée par un nombre croissant de crises humanitaires, notamment de catastrophes naturelles et d'épidémies ayant un impact négatif sur les progrès vers le développement durable. Depuis 2018, le nombre de personnes ayant besoin d'assistance humanitaire a ainsi presque doublé (passant de 38 à 69 millions) et au moins 6 pays sont affectés directement ou indirectement par l'insécurité croissante, avec des conséquences néfastes sur la continuité des services de santé, qui affecte en particulier la santé des mères et des enfants. La région se caractérise par des structures de gouvernance fragiles et sous-financées, des systèmes de soins de santé et de sécurité sociale faibles, des insécurités politiques et socio-économiques, des crises humanitaires aiguës et récurrentes, qui ont considérablement accru le risque d'épidémies. L'insécurité entraîne une perturbation du fonctionnement des centres de santé, des violences entourant les périodes électorales dans certains pays, ou

des menaces terroristes, qui provoquent des déplacements de populations locales et des pays voisins.

Les pays font également face aux risques provenant de la santé animale et la santé végétale. L'approche « One Health », qui lie santé humaine/santé animale et écosystèmes et implique une collaboration multisectorielle forte, n'est pas suffisamment présente. Cet aspect nécessite un renforcement plus important.

Le changement climatique contribue à une augmentation massive des besoins humanitaires (corrélation de plus en plus évidente entre changement climatique, conflits, déplacements internes et migration). Selon les prévisions du GIEC (Groupe d'experts intergouvernemental sur l'évolution du climat), la hausse des températures va continuer d'impacter le Sahel de manière de plus en plus disproportionnée. Le Sahel est pourtant déjà la région la plus affectée et la moins préparée aux conséquences du changement climatique comparé avec le reste du monde. Ces changements vont impacter la productivité agricole, la sécurité alimentaire et la santé des populations.

De plus, l'épidémie de COVID-19 a créé une pression supplémentaire importante sur des systèmes de prestation de services sociaux et de santé déjà affaiblis. Près de 40% des pays africains rapportent une perturbation dans l'offre, la disponibilité et la continuité des services essentiels de SRMNIA/NUT et pour les personnes âgées, entraînant une baisse dans leur utilisation. La COVID-19 accentue les inégalités dont souffrent les femmes et les filles dans tous les domaines, de la santé à l'économie, en passant par la sécurité et les violences basées sur le genre, y compris leur impact en matière de santé mentale et de soutien psychologique. Au-delà des conséquences sur la santé, le COVID-19 inflige également des dommages économiques importants aux femmes et aux filles. Selon un rapport des Nations Unies, le taux de pauvreté est passé de 11,7 % en 2019 à 12,5 % en 2021 et il faudra peut-être attendre 2030 pour retrouver les niveaux d'avant la pandémie. En 2021, 247 millions de femmes âgées de 15 ans et plus devraient vivre avec moins de 1,90 dollar par jour en raison de l'impact économique de la COVID-19, dont 53 % (132 millions) en Afrique subsaharienne.

Enfin, l'inflation générée par la guerre en Ukraine pourrait encore accentuer ces phénomènes, entraînant des millions de familles dans une pauvreté multidimensionnelle et les poussant souvent à devoir faire des choix impossibles (comme de devoir choisir entre alimentation et soins). L'augmentation des niveaux de la dette a par ailleurs réduit les capacités de dépenses dans les secteurs sociaux essentiels (avec lesquelles les dépenses militaires et de sécurité entrent de plus en plus en compétition).

La Stratégie mondiale pour la Santé des Femmes, des Enfants et des adolescents (2016-2030) réaffirme que la violence et les pratiques préjudiciables ne se limitent pas à un problème sanitaire critique, mais qu'elles constituent un problème de droits humains et de développement, qui ne peut être ignoré. La violence à l'égard des femmes et des filles est l'une des manifestations les plus extrêmes et les plus néfastes de l'inégalité entre les sexes. Elle constitue une grave violation des droits humains et a un impact considérable sur la mauvaise santé des femmes et des filles. De plus, cette inégalité persistante entrave l'accès à l'information et aux services de SRMNIA/NUT, limite la capacité des femmes et des adolescentes d'exercer leurs droits en

matière de santé sexuelle et reproductive, et se traduit par de mauvais résultats en SRMNIA/NUT. Alors que les progrès en matière d'égalité entre les femmes et les hommes étaient déjà loin d'être satisfaisants dans la région d'AOC, la pandémie de COVID-19 a exacerbé tous les aspects de l'inégalité et fait reculer les gains durement acquis, notamment dans le domaine de la santé de la reproduction.

2.6 Opportunités pour la SRMNIA-NUT

L'expansion de l'agenda SRMNIA/NUT sera renforcée en prenant en compte les opportunités au niveau global, régional et national. Pour chaque pays, les opportunités sont définies sur la carte du pays présentée en annexe.

La Stratégie mondiale pour la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent 2016 -2030 reconnaît le besoin crucial de mettre fin aux décès évitables de mères, de nouveaux nés, d'enfants et d'adolescents et d'assurer leur bien-être. Le plan d'action pour Chaque Nouveau-né (ENAP), ainsi que les stratégies pour mettre un terme aux décès maternels évitables (EPMM), présentent une vue d'ensemble claire des moyens d'améliorer la santé du nouveau-né et mères, autonomiser les femmes, les jeunes filles et assure qualité de soins respectueux.

Les Soins de santé primaires pour tous : des soins de santé primaires plus solides sont essentiels pour atteindre les ODD liés à la santé et à la CSU. Au-delà de l'objectif de santé (ODD 3), ils contribuent aussi à la réalisation d'autres objectifs, tels que ceux sur la pauvreté, la faim, l'éducation, l'égalité des sexes, l'eau potable et l'assainissement,

le travail et la croissance économique, la réduction des inégalités et l'action climatique.

L'accès aux médias de masse (TV, Radio), à l'internet, à la technologie digitale et aux autres innovations permet de développer de nouveaux outils et d'atteindre les populations des zones les plus reculées.

L'engagement des pays pour la couverture sanitaire universelle vise à mettre fin aux décès évitables des mères et des enfants au niveau le plus élevé des pays (Campagne CARMMA, décision de l'UA à Malabo en 2015, engagement des pays lors du forum génération égalité en 2021).

Le partenariat pour le développement est un financement pour contribuer à la mise en œuvre des engagements globaux : notamment France (FFM, AFD), Global Alliance to end AIDS in Children (UNICEF et ONUSIDA), Fonds Mondial, Spotlight, SWEED, partenariat d'Ouagadougou, etc.

2.7 Evaluation du mécanisme Muskoka au cours du précédent cycle

L'évaluation du précédent cycle de mise en œuvre du FFM, menée en juin 2019, a permis de tirer un ensemble de leçons et formuler des recommandations, qui ont été pris en considération dans l'élaboration de la nouvelle stratégie Muskoka 3.0, ainsi que de son plan d'opérationnalisation.

2.7.1 Principaux constats et leçons

Les quatre agences des Nations Unies (OMS, ONU FEMMES, UNFPA, UNICEF) se sont pleinement approprié le mécanisme FFM, notamment au niveau régional, ainsi que dans l'appui technique aux équipes pays. Le FFM leur a en effet offert une opportunité de travailler ensemble de façon plus étroite sur les défis et besoins réels en lien avec la SSRMNIA-Nut. Il a également contribué à l'harmonisation des interventions de ses partenaires et surtout des outils de programmation, qui ont permis l'appui aux stratégies nationales, une planification commune, ainsi qu'une mise en œuvre concertée, notamment des approches intersectorielles.

Le dispositif Muskoka a par ailleurs contribué à l'atteinte des objectifs en matière d'égalité de genre, de droits de la personne et de réduction des inégalités, en renforçant les synergies produites par la meilleure coordination entre les agences et les autres partenaires.

Parmi les principaux défis, l'évaluation souligne que les ressources financières mobilisées par la France restent insuffisantes, compte tenu de l'ampleur des défis à relever et de la volonté de couvrir de nombreux domaines de la SSRMNIA-NUT. Le rôle catalytique du FFM n'est par ailleurs pas toujours compris par tous les pays et les Agences des NU.

A l'inverse, l'évaluation voit dans le repositionnement du système des Nations unies pour le développement, lancé en 2019, une opportunité pour une meilleure coordination politique et programmatique, notamment au travers des UNSCDF (« United Nations Sustainable Development Framework »), en complément des plateformes de coordination des PTF dans les pays d'intervention et du leadership des ministères de la Santé sur la question de la SSRMNIA-NUT.

2.7.2 Les recommandations clefs

Au regard des constats et leçons tirés lors de l'évaluation, les recommandations suivantes ont été formulées :

- Renforcer le portage politique de la SSRMNIA-NUT, avec un accent particulier sur la valorisation du rôle catalytique du FFM
- Renforcer la visibilité de l'engagement de la France en faveur de la SSRMNIA-NUT au niveau international, régional et national
- Reprendre le financement de la recherche opérationnelle et accompagner l'intégration de ses résultats dans le cycle de programmation
- Renforcer la fonction de suivi évaluation des interventions en faveur de la SSRMNIA-NUT au titre du FFM, pour appuyer une prise de décision fondée sur des données
- Revoir le niveau de reporting, ainsi que les indicateurs demandés aux Agences
- Assurer que chacun des exercices de redevabilité soit mis en œuvre selon les bonnes pratiques identifiées

3

Principes directeurs



Les principes directeurs qui guident la mise en œuvre de la stratégie Muskoka 3.0 sont :

- i. Alignement avec les objectifs de développement durables (ODD) et priorités nationales, y compris le renforcement des soins de santé primaires et la couverture sanitaire universelle.
- ii. Gestion Axée sur les Résultats (GAR), prenant en compte la planification, le monitoring à temps réel et le suivi évaluation des interventions.
- iii. Renforcement de la redevabilité et de la responsabilisation des agences, des partenaires techniques et financiers, des gouvernements et des communautés, pour assurer un rapport qualité - prix par l'efficacité et l'efficience.
- iv. Développement de partenariats efficaces pour assurer la programmation multisectorielle. Renforcement du partenariat, de la collaboration et de la coordination à tous les niveaux (organisations de la société civile, sociétés savantes, institutions académiques, comités nationaux, et partenaires techniques et financiers), ainsi que renforcement de l'engagement communautaire.
- v. Renforcement d'une approche convergente, intégrée et multisectorielle pour les résultats durables. Cette approche est renforcée par l'innovation et la recherche opérationnelle, qui permettent la génération d'évidences pour mieux informer la mise en œuvre des programmes nationaux.
- vi. Protection et promotion d'une approche fondée sur l'éthique, l'équité, et l'inclusion, qui ne laisse personne pour compte.
- vii. Egalité de genre et Autonomisation des femmes comme principes indispensables à la réalisation de tous les ODD, afin de favoriser la participation active et réelle des femmes et des hommes et de donner systématiquement des moyens d'agir aux femmes et aux filles.
- viii. Approche centrée sur la personne, qui s'articule autour des besoins et des choix des personnes, et cible les populations vulnérables, afin de concevoir des produits ou des services qui répondent à ces besoins. Une approche cohérente et fondée sur les droits humains, en réponse à l'inégalité et à la discrimination.
- ix. Principe de résilience, qui doit orienter l'élaboration des stratégies de réduction des risques et de prévention des catastrophes et des crises.
- x. Evaluabilité de la stratégie, qui doit être conçue sous une forme qui se prête à des évaluations ultérieures, tant formatives que sommatives.
- xi. Approche basée sur la méthode scientifique, afin que la stratégie se fonde pour l'essentiel sur des interventions et pratiques dont l'efficacité est prouvée, qui ont fait l'objet de publications après évaluation collégiale dans des journaux scientifiques et validée par l'Organisation mondiale de la Santé. Néanmoins, lorsque la science est insuffisante pour résoudre certains obstacles, il peut être justifié de procéder à des activités de recherche opérationnelle sur la base d'hypothèses et de protocoles fondés sur la méthode scientifique.
- xii. Redevabilité et attribution des résultats au FFM, sans surestimer ni ou sous-estimer le rôle de ses interventions, en les replaçant dans le contexte. Dans chacun des pays partenaires, le FFM intervient dans un environnement institutionnel et opérationnel multiforme dont la totalité de l'action va permettre, ou non, à ces pays d'atteindre les objectifs de développement durable (ODD).
- xiii. Rôle catalytique du FFM, qui dispose de ressources non négligeables mais insuffisantes à elles seules pour couvrir l'ensemble des coûts additionnels nécessaires à l'atteinte des ODD/SRMNIA-NUT dans les pays concernés.

4

Vision, but,
résultats
et objectifs
stratégiques



4.1 Vision

Assurer aux mères, aux nouveau-nés, aux enfants, aux adolescents et aux jeunes une vie dans un état optimal de santé et de bien-être.

4.2 But

Contribuer à mettre fin aux décès évitables des mères, des nouveaux nés, des enfants, des adolescents et des jeunes et à l'amélioration des droits et la santé sexuels et reproductifs et de la nutrition dans les pays d'interventions à travers le mécanisme du FFM, partenariat inédit entre la France et quatre agences des Nations Unies (OMS, ONU Femmes, UNFPA et UNICEF).

Spécificités de la Stratégie Muskoka 3.0

Sur la base des acquis et leçons apprises durant les dix dernières années, des analyses situationnelles au niveau régional et pays, de l'évolution du contexte sanitaire et sécuritaire et en alignement avec l'agenda global et les priorités nationales, la stratégie Muskoka 3.0 se démarque par les spécificités suivantes :

- Renforcement de l'approche programmatique multisectorielle, convergente et intégrée, centrée sur les populations cibles dans le contexte des soins de santé primaires et de la couverture sanitaire universelle
- Innovation programmatique et technologique pour assurer l'offre et l'accessibilité aux services de qualité à tous les niveaux de la pyramide sanitaire et stimuler la demande surtout par les populations vulnérables.
- Disponibilité de l'information pour améliorer la planification et la prise de décisions basées sur les évidences.
- Mutualisation des efforts à travers le développement des partenariats transformatifs, y compris avec la société civile, les partenaires techniques et financiers concernés
- Renforcement des volets communication et plaidoyer pour renforcer l'engagement politique et promouvoir l'agenda SRMNIA-NUT dans la région
- Influence en vue d'une augmentation des ressources nationales et de l'Aide Publique au Développement pour les services de SRMNIA-NUT
- Renforcement de la demande des services et de l'autonomisation socio-économique des femmes et des filles avec un accent sur l'engagement et la redevabilité des acteurs y compris communautaires, en faveur de l'égalité des sexes et de l'autonomisation pour un meilleur impact socio-économique et culturelle.
- Harmonisation et simplification des cycles budgétaires et de rapportage pour une meilleure efficacité et efficience sur le terrain.

4.3 Résultats attendus et cibles de Muskoka 3.0

4.3.1 Objectif d'impact

Muskoka 3.0 contribuera dans les pays concernés à atteindre les résultats visés par les Objectifs de Développement Durable (ODD) liés à la santé et au bien-être des mères, nouveau-nés, enfants, adolescents et jeunes. Les cibles des ODDs ci-dessous correspondent aux niveaux attendus en 2030.

Pour chaque pays, des cibles intermédiaires seront définies, en fonction du contexte du pays. En mettant l'accent sur le renforcement d'un environnement favorable à l'agenda SRMINA-NUT, l'amélioration des systèmes de santé (y compris communautaires) et l'accroissement de la demande, la stratégie Muskoka 3.0 contribuera à l'atteinte des **résultats d'impact** ci-dessous.

ODD Cibles d'impact

2.2	Atteindre les objectifs arrêtés à l'échelle Internationale relatifs aux retards de croissance et à l'émaciation chez les enfants de moins de 5 ans
-----	--

3.1	Réduire le taux de mortalité maternelle en dessous de 70 décès pour 100 000 naissances vivantes. Aucun pays ne devrait avoir plus de 140 décès pour 100 000 naissances vivantes.
-----	--

3.2	Réduire les décès évitables des nouveau-nés et chercher à ramener le taux de mortalité néonatale en dessous de 12 pour 1 000 naissances vivantes.
-----	---

3.2	Réduire les décès évitables et chercher à ramener le taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans au moins en dessous de 25 pour 1 000 naissances vivantes.
-----	--

3.7	Assurer l'accès de tous à des services de soins de santé sexuelle et procréative, y compris à des fins de planification familiale, d'information et d'éducation, et veiller à la prise en compte de la santé procréative dans les stratégies et programmes nationaux particulièrement pour les femmes en âge de procréer et les adolescentes. Réduire de 50% le taux de natalité chez les adolescentes.
-----	---

5.1	Mettre fin à toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes et des filles
-----	---

5.2	Éliminer toutes les formes de violence faite aux femmes et aux filles y compris la traite et l'exploitation sexuelle et d'autres types d'exploitation
-----	---

5.3	Éliminer toutes les pratiques préjudiciables, telles que le mariage des enfants, le mariage précoce ou forcé et la mutilation génitale féminine.
-----	--

La modélisation effectuée dans le cadre de la formulation de cette stratégie prédit un abaissement significatif de la mortalité maternelle, néonatale et des enfants de moins de 5 pour atteindre les ODD (horizon 2030), sous réserve que les conditions de cette modélisation (relèvement de la couverture effective, réduction des goulots d'étranglement et financement suffisant) soient réalisées.

4.3.2 Objectifs de couverture

L'atteinte des objectifs d'impact ci-dessus dépend en grande partie de la mise en place d'une couverture sanitaire universelle. Dans ce domaine, la contribution du FFM sera d'œuvrer à l'accroissement de la couverture effective de paquets d'interventions ayant un impact démontré sur la réduction de la

mortalité et de la malnutrition des mères, des nouveau-nés, des enfants, des adolescents et des jeunes.

La modélisation effectuée dans le cadre de la formulation de cette stratégie montre un niveau requis de 90% minimum de la couverture effective de toutes les interventions à haute impact dans les années à venir pour l'atteinte des ODD (horizon 2030). Ces couvertures qui elles-mêmes dépendent de la mise en œuvre efficace des stratégies de réduction des goulots d'étranglements.

4.4 Objectifs stratégiques

La stratégie Muskoka 3.0 vise à contribuer à la santé et au bien-être des femmes, des nouveau-nés, des enfants, des adolescents et des jeunes à travers les objectifs suivants :

Objectif stratégique 1 : Renforcer la **performance et la résilience des systèmes de santé**, y compris le niveau communautaire, à travers l'innovation pour assurer une offre et un accès équitable à des services de santé de qualité et respectueux pour la CSU en matière de SRMNIA-NUT

Objectif stratégique 2 : Renforcer la mise en place d'**un environnement favorable** pour la santé et le bien-être des femmes, des nouveau-nés, des enfants, des adolescents et des jeunes au niveau régional et national.

Objectif stratégique 3 : Renforcer la **demande des services et l'autonomisation** socio-économique et juridique des femmes et des adolescentes pour réduire les violences et discriminations à leur égard et promouvoir des attitudes et comportements sociaux favorables à la SRMNIA-NUT.

4.5. Domaines d'intervention prioritaires et rôle catalytique du FF MUSKOKA

La modélisation effectuée dans le cadre de la formulation de cette stratégie identifie les domaines suivants comme ayant le plus d'effet sur la réduction des goulots d'étranglement et sur l'augmentation de la couverture effective, qui en définitive vont permettre de réduire les niveaux de mortalité et de morbidité des femmes, nouveau-né, enfants et adolescents :

- La disponibilité complète et ininterrompue des médicaments et intrants essentiels, afin d'assurer une disponibilité et une accessibilité universelle des soins et services offerts par chaque plateforme.
- La gratuité des soins préventifs, curatifs et promotionnels pour assurer une accessibilité financière universelle. Cela inclut tous les médicaments et produits de santé essentiels pour les niveaux communautaire et clinique.
- Les visites à domicile, qui facilitent la référence et l'accompagnement des patients vers les formations sanitaires, ainsi que le suivi actif après le premier contact pour assurer la continuité et le protocole complet des soins.

- La motivation et la formation des agents de santé communautaire pour i) la prise en charge des cas simples de maladies, telles que le paludisme, la pneumonie et la diarrhée, ii) les visites à domicile pour les activités promotionnelles de la santé (ex: alimentation du nourrisson et jeune enfant), iii) la référence vers les formations sanitaires et le suivi des patients après le premier contact, iv) le respect des normes techniques.

Les objectifs stratégiques seront déclinés sur les domaines d'intervention prioritaires suivants :

OBJECTIF STRATÉGIQUE 1 : Renforcer la performance et la résilience des systèmes de santé, y compris le niveau communautaire, pour assurer une offre et un accès équitable à des services de santé de qualité et respectueux pour la couverture sanitaire universelle en matière santé maternelle, néonatale, infantile, des adolescents et la nutrition

Sous cet objectif stratégique, les principales interventions cibleront l'accessibilité et la disponibilité des services SRMNIA-NUT de qualité dans un contexte de développement

et d'urgence :

Domaine d'intervention 1.1 : Amélioration de l'offre et de l'accès à des services de SRMNIA-NUT intégrés de qualité et respectueux pour un système de santé performant y compris au niveau communautaire, à travers prioritairement la disponibilité complète et ininterrompue des médicaments essentiels et intrants, des équipements et des ressources humaines compétentes : les services essentiels sont fondés sur les soins de santé primaires et offerts selon le continuum de soins, tout en considérant le cycle de vie ; la qualité des services est offerte par un personnel qualifié et équitablement réparti, qui offrent des soins respectueux de toutes et tous et disposent des médicaments essentiels et équipements de base ; les efforts sont déployés pour améliorer la qualité et la disponibilité des services VIH, l'adéquation des services aux besoins des adolescents l'accès aux services nutritionnels intégrés, et la santé de l'environnement par l'intégration effective des services Eau, Hygiène, et Assainissement ; la santé communautaire est institutionnalisée.

Domaine d'intervention 1.2 : Accroître l'accessibilité financière et géographique

aux services de qualité de la SRMNIA-NUT à tous les niveaux pour les populations cibles à travers l'innovation programmatique et/ou digitale, la mise en œuvre des politiques de protection sociales et d'autres mécanismes (subventions, mécanismes de prépaiements, assurance-maladie et gratuité des soins préventifs, curatifs et promotionnels pour assurer une accessibilité financière universelle, incluant tous les médicaments et produits de santé essentiels pour les niveaux communautaire et clinique) pour éviter des dépenses trop élevées, et l'accès aux services SRMNIA/NUT intégrés pour les populations cibles, en intégrant les visites à domicile qui facilitent la référence et l'accompagnement des patients vers les formations sanitaires, ainsi que le suivi actif après le premier contact pour assurer la continuité et le protocole complet des soins.

Domaine d'intervention 1.3 : Renforcer l'analyse des données sanitaires, ainsi qu'un système national de référencement et d'état civil adéquat, afin d'assurer une disponibilité des évidences sensibles au genre pour informer la planification, le monitoring à temps réel, l'évaluation, la prise de décisions et l'adaptation des stratégies pour accélérer l'atteinte des résultats dans le domaine de la SRMINA-NUT.

Domaine d'intervention 1.4 :
Renforcement de la résilience des systèmes de santé et des communautés pour assurer la continuité des services SRMNIA-NUT en période de crises sanitaires, sécuritaires et humanitaires, à travers une meilleure préparation aux situations de crises et le déploiement des stratégies innovantes (programme, technologie), qui passe par une approche multisectorielle dans le cadre du « One health » et la prise en compte des risques sanitaires liées au climat.

OBJECTIF STRATÉGIQUE 2 : Renforcer la mise en place d'un environnement favorable pour la santé et le bien-être des femmes, des nouveau-nés, des enfants, des adolescents et des jeunes au niveau régional et national.

Sous cet objectif stratégique, les principales interventions cibleront le soutien à l'application effective des lois et des politiques, le renforcement des mécanismes de gouvernance et de la collaboration multisectorielle, et le développement de partenariats transformatifs :

Domaine d'intervention 2.1 : Appui stratégique et technique à l'élaboration, la

diffusion et l'application effective des lois, politiques et stratégies nationales en faveur de la SRMNIA-NUT, en lien avec les objectifs mondiaux et les priorités nationales.

Domaine d'intervention 2.2 : Renforcer la collaboration accrue avec les autres acteurs de la SRMNIA-NUT (société civile, organisations régionales, sociétés savantes, leaders politiques, traditionnels et religieux etc.) en vue de promouvoir l'agenda SRMNIA-NUT en faveur des populations cibles, ainsi que les droits humains en lien avec la santé et le bien-être pour accélérer l'atteinte des résultats.

Domaine d'intervention 2.3 : Développement de partenariats stratégiques et transformatifs, à travers l'implication des autres acteurs de la SRMNIA-NUT et la collaboration avec la société civile, les organisations régionales, les sociétés savantes, les leaders politiques, traditionnels et religieux, en vue de promouvoir l'agenda SRMNIA-NUT en faveur des populations cibles, ainsi que les droits humains en lien avec la santé et le bien-être, pour accélérer l'atteinte des résultats. Il s'agit aussi de faciliter l'alignement et l'harmonisation des partenaires techniques et financiers, pour renforcer les effets de levier. Il s'agit également d'influencer les processus

budgétaires nationaux, à la fois pour augmenter progressivement le montant du budget alloué à ces différents services, mais aussi pour améliorer l'efficacité/l'impact de ces dépenses.

Domaine d'intervention 2.4 :
Renforcement de la collaboration intersectorielle et multisectorielle à tous les niveaux (régional, national, infranational), afin d'améliorer la synergie programmatique, l'efficacité, et l'efficience. Cette collaboration se définit par l'appui au développement des lois et politiques et à la mise en œuvre des programmes phares conjoints autour de la SRMNIA-NUT, avec les autres secteurs (environnement, éducation, et protection) qui ont un impact sur la santé et le bien-être des populations, afin d'améliorer l'efficience, l'efficacité et la synergie.

OBJECTIF STRATÉGIQUE 3 :
Renforcer la demande des services et l'autonomisation socio-économique et juridique des femmes, des adolescentes, et des jeunes.

Sous cet objectif stratégique, les principales interventions cibleront l'augmentation de la demande de services, la réduction des discriminations et des inégalités sociales et

économiques et, la promotion des droits, pour promouvoir l'autonomie des femmes et des filles :

Domaine d'intervention 3.1 :
Accompagnement des initiatives de changements de normes sociales, pour soutenir une transformation dans les comportements et attitudes des populations en faveur de la SRMNIA-NUT et promouvoir l'autonomisation des femmes et des filles et leur pouvoir de décision : cet axe prend en compte la transformation des attitudes et pratiques sociales discriminatoires, qui sont au cœur de l'inégalité entre les genres, et implique de mobiliser les femmes et les filles, les hommes et les garçons, les communautés, les médias, ainsi que les leaders traditionnels et religieux, mais aussi de produire des données factuelles pour faciliter la vulgarisation des programmes de SRMNIA-NUT.

Domaine d'intervention 3.2 :
Renforcement de la prévention et de la prise en charge holistique et conjointe (avec les autres secteurs) des violences basées sur le genre, en particulier en situation d'urgence humanitaire/sanitaire : le renforcement des stratégies de prévention fondées sur les évidences sur les politiques et les pratiques de prévention de la violence à l'égard

des femmes et des filles, la coordination multisectorielle de la prise en charge des VBG et le développement des partenariats clefs, notamment les organisations de femmes, les réseaux de recherche et le secteur privé, afin d'assurer la continuité des services de soutien essentiels et des programmes de prévention en situation d'urgence humanitaire/sanitaire.

Domaine d'intervention 3.3 : **Promotion des droits dans le domaine de la santé à travers l'accès des jeunes, des femmes et des filles aux informations et compétences de SRMNIA-NUT ;** cet axe vise à renforcer le leadership et la participation des femmes à tous les niveaux afin de faciliter leur implication dans les structures communautaires, décisionnelles et organisationnelles, pour défendre leurs propres besoins en matière de SSRAJ.

5

Mécanismes de mise en œuvre de Muskoka 3.0



5.1 Mécanismes de gouvernance et de coordination

La mise en œuvre de Muskoka 3.0 est gouvernée par les organes de gestion du FFM au niveau stratégique (COPIL), régional et pays (COTECH, équipes interagences pays) Le Secrétariat assure quant à lui la coordination et appuie ces trois organes de gouvernance. Ci-dessous, une description succincte de l'architecture de gouvernance du FFM :

- **Le Comité de pilotage (COPIL)** est l'instance de gouvernance stratégique du FFM. Il est composé des Directeurs régionaux des 4 agences des Nations Unies (OMS, ONU Femmes, UNFPA et UNICEF) et d'un(e) représentant(e) de la direction du développement durable du MEAE, des représentants des pays, des ambassades et des bailleurs du FFM.
- **Le Comité technique (COTECH)**, instance technique du FFM, assure la mise en œuvre des orientations du COPIL. Il est constitué de 4 agences des Nations Unies (citées ci-dessus), de représentants du MEAE et de représentants de la société civile et de la jeunesse. Il est chargé de l'appui et du suivi technique des activités

du FFM, sert de "laboratoire d'idées" pour l'identification de bonnes pratiques et innovations et organise les activités régionales financées par le FFM.

- **Les Equipes interagences** au niveau pays sont chargées d'harmoniser les activités en matière de SRMNIA-NUT avec les quatre agences des Nations Unies (citées ci-dessus), en étroite collaboration avec le gouvernement du pays et en coordination avec les autres Partenaires Techniques et Financiers. Les équipes interagences assurent la mise en œuvre opérationnelle et le suivi technique des activités du FFM.
- **Le Secrétariat du FFM** est un organe administratif qui appuie et assure le fonctionnement des trois structures de gouvernance du FFM citées ci-dessus. Il est composé d'un coordinateur, d'un responsable de la communication et du plaidoyer, d'un responsable du suivi / évaluation technique, et d'un responsable du volet administratif et financier. Il coordonne le travail administratif afin de faciliter la mise en œuvre des activités du FFM.

Une des orientations de Muskoka 3.0 étant de renforcer et développer des partenariats et alliances stratégiques avec d'autres acteurs techniques de la SRMNIA-NUT (cf.

ci-dessous), il serait utile d'entamer une réflexion sur la possibilité et les modalités de leur participation éventuelle aux organes de gouvernance susmentionnés, en tant que de besoin. Les propositions et dispositions pratiques y afférentes seront soumises au MEAE pour analyse et considération. Pour son fonctionnement optimal, le besoin en ressources humaines additionnelles pour le secrétariat concerne principalement la gestion des connaissances.

5.2 Stratégies d'opérationnalisation - Renforcement de la logique partenariale

Le partenariat FFM a un avantage comparatif et un potentiel unique pour promouvoir et faire avancer l'agenda de la SRMNIA-NUT dans la région. L'opérationnalisation des interventions prioritaires définies dans Muskoka 3.0 se fera à travers les stratégies suivantes :

STRATÉGIE OPÉRATIONNELLE 1 : Approche intégrée et multisectorielle

Le renforcement de l'intégration des interventions permettra de maximiser la complémentarité interagence au travers d'engagements et d'actions menées de façon conjointe y compris : analyse des données, planification, mise en œuvre programmatique, suivi – évaluation, missions sur le terrain, organisations des campagnes et des événements, développement des outils et guide, documentation et gestion de la connaissance. Il permettra également de renforcer les synergies d'actions entre le secteur santé et les autres secteurs (environnement, nutrition, éducation, et protection), l'engagement des gouvernements à soutenir les programmes

SRMNIA-NUT et, par conséquent, l'impact recherché du partenariat FFM, qui met des fonds catalytiques à disposition des pays.

STRATÉGIE OPÉRATIONNELLE 2 : Harmonisation et convergence des interventions prioritaires

L'approche de « convergence » est d'une grande importance en tant qu'outil programmatique. Elle contribuera à renforcer la performance et la résilience des systèmes de santé (y compris communautaires), en vue de surmonter les différentes barrières et à faire la différence dans la réalisation des droits humains. La convergence vise la synergie des actions prioritaires à travers la mise en commun des efforts et des ressources autour des services de base offerts à tous les niveaux de la pyramide sanitaire. Elle repose sur 3 axes :

- **La convergence géographique** consiste à identifier et concentrer nos interventions prioritaires sur une ou plusieurs zone(s) géographique(s);
- **La convergence programmatique** consiste en une programmation conjointe des interventions prenant en compte des liens intersectoriels en vue de mutualiser les ressources pour maximiser l'efficacité et l'efficience ;

- **La convergence opérationnelle** est la synchronisation et l'opérationnalisation des actions programmées à travers des processus conjoints d'analyse, de planification, et de suivi évaluation.

Considérant les défis observés au cours des 10 dernières années, tels que le retard dans la disponibilité des données nationales en fin d'année opérationnelle et la longueur des processus de planification et de validation, l'adoption d'un cycle budgétaire harmonisé tous les 2 ou 3 ans est recommandée, pour assurer une bonne mise en œuvre de la stratégie Muskoka 3.0. Les propositions et dispositions pratiques y afférentes seront soumises au MEAE pour analyse et considération.

STRATÉGIE OPÉRATIONNELLE 3 : Renforcement de la logique partenariale

La nature catalytique du FFM nécessite le développement de partenariats et d'alliances stratégiques. C'est en renforçant cette logique partenariale que Muskoka 3.0 pourra davantage contribuer à la promotion de l'agenda de la SRMNIA-NUT, à une meilleure coordination de l'écosystème SRMNIA-NUT (par exemple en contribuant aux groupes de travail de la plateforme HHA), ainsi qu'à la pérennisation des acquis et des interventions

à haut impact pour la SRMINA-NUT, en vue de l'atteinte des ODDs d'ici à 2030.

La logique partenariale se nourrit du mapping des partenaires du Fonds Français Muskoka effectué dans les pays d'intervention au premier trimestre 2023, du mapping des partenaires de la SSRMNIA-NUT au niveau régional, des side-events organisés par le FFM le 21 juin 2023 en marge du Sommet pour un Nouveau Pacte Financier Mondial, ainsi que du draft de la stratégie de mobilisation de ressources et de partenariat pour 2023-2026.

Il est proposé que le renforcement de la logique partenariale du Fonds Français Muskoka repose sur trois axes principaux :

- **Maintien et consolidation de l'engagement français** : le ministère de l'Europe et des Affaires Etrangères (MEAE) est le partenaire historique du Fonds Français Muskoka et ses contributions doivent continuer d'être tout particulièrement reconnues et valorisées. Sous réserve de l'accord de ce dernier, d'autres opportunités françaises (telles que le Ministère de la Santé et de la Prévention ou le Ministère chargé de l'Égalité entre les femmes et les hommes et de la Lutte contre les discriminations) pourraient être explorées, afin de faire

face à l'augmentation exponentielle des besoins en matière de SSRMNIA-NUT dans la région.

- **Diversification des ressources pour passer à l'échelle** : toujours avec l'accord du MEAE, l'appui d'autres bailleurs (notamment européens) pourrait être sollicité, sous forme d'ouvertures ad hoc, sur des projets déterminés. Une collaboration avec des partenaires privés (secteur privé et fondations en particulier) pourrait encore renforcer le caractère catalytique du Fonds Français Muskoka, ainsi qu'un véritable passage à échelle en vue de l'atteinte des ODDs dans les pays d'intervention. Parallèlement, il serait important d'influencer les processus budgétaires nationaux, à la fois pour augmenter progressivement le montant du budget alloué à la SRMNIA-NUT, mais aussi pour améliorer l'efficacité et l'impact de ces dépenses.
- **Influence** : en parallèle d'une mobilisation de ressources additionnelles, il reste essentiel d'engager stratégiquement les acteurs et actrices clés de la SSRMNIA-NUT aux niveaux pays, régional et global, pour positionner le FFM comme un mécanisme de coordination stratégique, accroître son effet de levier au service

de la SRMNIA-NUT (au travers du FFM lui-même mais également au-delà) et pérenniser les résultats. Les gouvernements des pays d'intervention, des organisations régionales (telles que la CEDEAO ou OOAS), d'autres agences des Nations Unies (comme ONUSIDA, la FAO ou le PAM) et partenariats clefs en matière de SSRMNIA-NUT (tels que le Fonds Mondial de Lutte contre le SIDA, la Tuberculose et le Paludisme, GAVI, le Partenariat de Ouagadougou, HHA, 2gether4SRHR, SWEDD ou encore le GFF), d'autres acteurs de terrain (comme Médecins Sans Frontières, Médecins du Monde, Solthis, Marie Stopes, RAES, Equipop, etc.), ainsi que la société civile et des universités / instituts de recherche, constitueraient des partenaires clés en ce sens.

Le développement de tels partenariats stratégiques à tous les niveaux (régional / pays) et avec tous les acteurs (partenaires techniques / financiers, public / privés) permettrait la continuité et le renforcement de l'effet catalytique du FFM – constituant en ce sens un axe majeur de cette stratégie « Muskoka 3.0 ».

STRATÉGIE OPÉRATIONNELLE 4 : Plaidoyer pour davantage de ressources et une meilleure allocation de celles-ci

La prévisibilité permise par la reconduction du FFM au cours des dix dernières années et pour cinq ans de plus a grandement contribué à une planification efficace et à l'atteinte de résultats durables par les quatre agences. Si les objectifs fixés en matière de SRMNIA-NUT n'ont pas changé depuis 2010, les ressources disponibles pour les atteindre ont quant à elles diminué (d'environ 20 millions EUR par an pendant les premières années à environ 10 millions EUR par an depuis 2016), tandis que le champ d'action s'est étendu et que l'environnement s'est complexifié. Allouer plus de ressources aux interventions en lien avec l'égalité entre les femmes et les hommes, tout en conservant la nature intrinsèquement catalytique du fonds, permettrait de donner au FFM des moyens supplémentaires pour mieux atteindre ses ambitions.

6

Planification, Suivi & Evaluation



6.1 Planification des interventions à haut impact

Les interventions à haut impact sont fondées sur l'analyse des goulots d'étranglements et ont prouvé leur efficacité pour agir sur la mortalité. La planification est basée sur l'analyse conjointe des interventions à haut impact. Elle intègre le principe de gestion axée sur les résultats (GAR), s'appuie sur la théorie de changement, le « Value for Money ou rapport résultats/coûts », et permet une meilleure orientation des investissements. Elle est basée sur une approche participative, avec un alignement sur les plans nationaux de la SRMNIA-NUT. Cette approche favorise ainsi un processus conjoint de planification et d'analyse de situation de la SRMNIA-NUT, à l'aide de nouveaux outils, intégrant la gestion des risques et un calendrier de suivi rapproché, permettant d'apporter un changement tangible dans les localités ayant les besoins les plus importants.

6.2 Suivi de la mise en œuvre

Le monitoring sera réalisé pour suivre la réduction des goulots, l'atteinte des indicateurs d'impacts définis, l'exécution des activités, des plans de travail et du budget. Pour assurer une exécution selon les calendriers établis, un mécanisme de suivi trimestriel a été développé sous forme d'un tableau de bord qui inclut le statut d'exécution des activités et les niveaux d'utilisation des budgets par agence et par pays. Toutes ces données seront consolidées, présentées et discutées avec les équipes interagences et lors des réunions du Comité Technique. Sur cette base, le Comité Technique pourra apprécier l'évolution de la mise en œuvre des plans annuels de travail et au besoin organiser des missions conjointes dans les pays, pour appuyer la mise en œuvre des activités.

6.3 Revue des performances et rapportage sur les résultats ciblés

Une revue à mi-parcours sera conduite pour suivre l'évolution de l'atteinte des résultats. Le rapportage sera réalisé de façon annuelle, avec un volet narratif (réalisations significatives, leçons apprises et défis rencontrés) et un volet basé sur les indicateurs de performance.

7

Recherche,
génération et
dissémination des
évidences



Un accent particulier sera mis sur la recherche opérationnelle, qui sera conduite en collaboration avec des universités, des instituts de recherche et des sociétés savantes. Les thématiques pertinentes seront identifiées selon une approche participative et consensuelle. Les résultats de ces recherches seront disséminés à travers des revues médicales, des réseaux de communauté de pratique et d'autres canaux pertinents. Ils seront présentés aussi lors de certains forums, notamment aux décideurs politiques et donateurs. Les thématiques le plus pertinentes dans le domaine de la SRMNIA-NUT seront identifiées en concertation avec les équipes pays (agences et gouvernement), en tenant compte du contexte national.

8

Communication et Plaidoyer



Le volet communication et visibilité se nourrit des priorités stratégiques de Muskoka 3.0 et de la stratégie de communication et plaidoyer 2022 – 2026, pour définir ses orientations et interventions prioritaires, afin d’offrir un accompagnement approprié des ambitions portées pour et par le FFM. Elle repose sur les cinq piliers ci-dessous :

8.1 Coordination des activités inter-agences du FFM

- Assurer le déploiement de la stratégie de communication régionale
- Appuyer les équipes pays dans le développement/déploiement des activités de communication/plaidoyer dans les pays
- Assurer le suivi et la coordination de la stratégie régionale avec le plan d’action de communication du pays.
- Participer et contribuer au COTECH et au COPIL.

8.2 Communication interne

Elle favorise une compréhension commune des objectifs du FFM et de la manière dont la communication accompagne la stratégie Muskoka 3.0. La communication interne permet d’assurer un alignement et une harmonisation des activités de communication interne et externe et de renforcer l’engagement des parties constitutives du partenariat Muskoka 3.0.

- Renforcer/consolider les liens, faciliter la cohésion
- Dynamiser et optimiser l’engagement des membres du FFM
- Production de support de communication interne : Mails - Newsletter - Vidéos
- Proposition d’articulation /animation (team building) pour les réunions COTECH - COPIL
- Développement d’un intranet : extension du site internet
- Production de sondage en interne pour l’amélioration de la communication interne

8.3 Communication externe

Elle permet de maximiser la visibilité du FFM, de créer l’adhésion conjointe sur la base des référentiels, de soutenir les actions interagences de plaidoyer définies sous l’objectif stratégique 2, de soutenir les interventions de Communication pour le Changement Social et Comportemental sous l’objectif stratégique 3 et de documenter et disséminer (sous divers formats) les résultats obtenus tout au long de la mise en œuvre.

- **Documenter :**
 - Production de supports de communication multimédia
 - Coproduction de *C’est la Vie !*
 - Produire des photos, vidéos, infographies
 - Produire des supports institutionnels : rapports, mise à jour des plaquettes, fiches pays
 - Coordonner les activités de communication conjointe *C’est la Vie !* et FFM
 - Coordonner les 4 agences pour la production des outils cross-média *C’est la vie !*
- **Diffuser /partager / échanger :**
 - Gérer, faciliter et développer les

- partenariats avec les médias
- Développer et déployer des initiatives de communication digitale
- Développer une collaboration avec RFI, le Monde Afrique
- Organiser des voyages de presse
- Développer un nouveau partenariat avec les médias
- Développer la stratégie de communication digitale et assurer son déploiement
- Assurer l'actualisation du site web
- Développer et maintenir le compte Twitter de la FFM.
- Développer des initiatives et des campagnes innovantes sur le digital
- **Impliquer, plaider et influencer**
- **Développer et soutenir la conception et le déploiement de la stratégie de communication événementielle du FFM**
- **Organiser des événements pour la visibilité du FFM (institutionnels)/ stratégiques (développement et participation)**
- **Développer des outils de visibilité associés aux événements**
- **Préparer de dossiers de presse, documentation, articles**
- **Développer et soutenir les activités autour de C'est la Vie !.**

8.4 Plaidoyer -Visibiliser - Influencer

- Elaborer la stratégie plaidoyer en collaboration avec les différentes parties prenantes
- Diffuser les résultats obtenus sur les scènes locales et internationales, en organisant des échanges dans les pays Muskoka (politiques/stratégies/programmes)
- Organiser/développer/participer à des rencontres/événements (politiques/stratégies/programmes)
- Développer et/ou appuyer des campagnes de plaidoyer innovantes sur différents canaux
- Organiser des visites terrain de haut niveau (notamment les visites parlementaires)

8.5 Communication pour le changement social et comportemental

- Accompagner la stratégie CCSC du FFM (engagement FGE)
- Appuyer le développement/déploiement des formations pour le renforcement des capacités des équipes internes FFM
- Appuyer/initier le développement d'activités CCSC via les différents canaux de communication en lien avec la stratégie du FFM (engagement FGE)
- Développer et produire le contenu de visibilité des résultats obtenus photos/vidéos/Infographies)

Financement et budget



9.1 Estimation des coûts et projections de financement pour l'atteinte des objectifs d'impact

Dans le cadre de l'élaboration de cette stratégie, une modélisation des coûts totaux et additionnels (imputable aux stratégies d'accélération des interventions prioritaires) a été réalisée selon différents scénarios. En outre, des projections moyennes (pour les pays ciblés par le FFM) de l'espace fiscal pour chaque source de financement ont également été effectuées. La comparaison entre coûts et espace fiscal a permis ensuite de tirer des conclusions sur les besoins non couverts et les financements additionnels à mobiliser pour la mise en œuvre à large échelle des stratégies et des domaines d'interventions prioritaires, pour accélérer l'atteinte des cibles des ODDs.

Les éléments clés de la modélisation des coûts liés aux impacts sont les suivants :

- Le coût additionnel total est estimé à environ 2,5 milliards de dollars, soit 61€ par tête pour la période 2024- 2030 pour accélérer de façon optimale l'atteinte des ODDs liés à la SRMNIA-NUT.
- Le coût par décès évité et année de vie sauvée est estimé à 3.246 €.

- Les projections moyennes (pour les pays ciblés par le FFM) de l'espace fiscal pour chaque source de financement montrent qu'elles sont suffisantes pour financer le coût total des soins de santé primaires en 2030, à des niveaux de couverture effective correspondant aux stratégies d'accélération des interventions à haut impact identifiées plus haut.

9.2 Enveloppe et ventilation budgétaire du Fonds français Muskoka selon différents scénarios

Les scénarios utilisés sont les suivants :

- **Scénario 1** : Actuellement, l'enveloppe budgétaire du FFM est fixée à 10 millions € par an et par allocation annuelle sur une période de trois ans (2024-2026). Ce scénario est basé sur le fait d'une absence d'augmentation.
- **Scénario 2** : Ce scénario est basé sur un doublement de l'enveloppe actuelle à 20 millions d'euros
- **Scénario 3** : Ce scénario est basé un triplement t de l'enveloppe actuelle à 30 millions d'euros avec une contribution d'autres donateurs dans le mécanisme.

Scénario 1 : Ce scénario est basé sur le fait d'une absence d'augmentation

Objectifs et domaines	Proportion du budget	Montant alloué
<i>Objectif stratégique 1</i> : Renforcer la performance et la résilience des systèmes de santé, y compris le niveau communautaire	35%	3 500 000
<i>Objectif stratégique 2</i> : Renforcer la mise en place d'un environnement favorable pour la santé et le bien-être des femmes, des nouveau-nés, des enfants, des adolescents et des jeunes au niveau régional et national	16%	1 600 000
<i>Objectif stratégique 3</i> : Renforcer la demande des services et l'autonomisation socio-économique et juridique des femmes et des adolescentes, pour réduire les violences et discriminations à leur égard et promouvoir des attitudes et comportements sociaux favorables à la SRMNIA-NUT	20%	2 000 000
Mécanismes de mise en œuvre de Muskoka 3.0	7%	700 000
Planification, suivi et évaluation	2%	200 000
Recherche, génération et dissémination des évidences	5%	500 000
Renforcement de la logique partenariale	2%	150 000
Communication et plaidoyer	4%	400 000
Frais administratifs (moyenne des 4 agences)	10%	950 000
TOTAL	100%	10 000 000

Scénario 1 : Ce scénario est basé sur un doublement de l'enveloppe actuelle à 20 millions d'euros

Objectifs et domaines	Proportion du budget	Montant alloué
<i>Objectif stratégique 1</i> : Renforcer la performance et la résilience des systèmes de santé, y compris le niveau communautaire	35%	7 000 000
<i>Objectif stratégique 2</i> : Renforcer la mise en place d'un environnement favorable pour la santé et le bien-être des femmes, des nouveau-nés, des enfants, des adolescents et des jeunes au niveau régional et national	15%	3 000 000
<i>Objectif stratégique 3</i> : Renforcer la demande des services et l'autonomisation socio-économique et juridique des femmes et des adolescentes, pour réduire les violences et discriminations à leur égard et promouvoir des attitudes et comportements sociaux favorables à la SRMNIA-NUT	27%	5 350 000
Mécanismes de mise en œuvre de Muskoka 3.0	5%	1 000 000
Planification, suivi et évaluation	1%	200 000
Recherche, génération et dissémination des évidences	5%	1 000 000
Renforcement de la logique partenariale	1%	100 000
Communication et plaidoyer	3%	500 000
Frais administratifs (moyenne des 4 agences)	9%	1 850 000
TOTAL	100%	20 000 000

Scénario 3 : Ce scénario est basé sur un triplement de l’enveloppe actuelle, à 30 millions d’euros, avec une contribution d’autres donateurs dans le mécanisme

Objectifs et domaines	Proportion du budget	Montant alloué
<i>Objectif stratégique 1</i> : Renforcer la performance et la résilience des systèmes de santé, y compris le niveau communautaire	40%	12 000 000
<i>Objectif stratégique 2</i> : Renforcer la mise en place d’un environnement favorable pour la santé et le bien-être des femmes, des nouveau-nés, des enfants, des adolescents et des jeunes au niveau régional et national	15%	4 500 000
<i>Objectif stratégique 3</i> : Renforcer la demande des services et l’autonomisation socio-économique et juridique des femmes et des adolescentes, pour réduire les violences et discriminations à leur égard et promouvoir des attitudes et comportements sociaux favorables à la SRMNIA-NUT	22%	6 600 000
Mécanismes de mise en œuvre de Muskoka 3.0	4%	1 200 000
Planification, suivi et évaluation	1%	300 000
Recherche, génération et dissémination des évidences	5%	1 500 000
Renforcement de la logique partenariale	1%	150 000
Communication et plaidoyer	3%	750 000
Frais administratifs (moyenne des 4 agences)	10%	3 000 000
TOTAL	100%	30 000 000

Annexes



Annexe 1

Données démographiques

	Bénin	Burkina Faso	Côte d'Ivoire	Guinée	Mali	Niger	Sénégal	Tchad	Togo
POPULATION									
Population totale (000)	13 353 (2022)	22 674 (2022)	28 161 (2022)	13 859 (2022)	22 594 (2022)	26 208 (2022)	17 316 (2022)	17 723 (2022)	8 849 (2022)
Population totale de < 5 ans (000)	2 173 (2022)	3 611 (2022)	4 263 (2022)	2 119 (2022)	4 101 (2022)	5 145 (2022)	2 611 (2022)	3 305 (2022)	1 286 (2022)
Population totale adolescents (10-19 ans) (000)	3 006 (2022)	5 471 (2022)	6 701 (2022)	3 217 (2022)	5 562 (2022)	6 311 (2022)	4 029 (2022)	4 251 (2022)	2 003 (2022)
Population urbaine (%)	50 (2022)	32 (2022)	53 (2022)	38 (2022)	45 (2022)	17 (2022)	49 (2022)	24 (2022)	44 (2022)
NAISSANCES									
Taux de fertilité total (naissances par femme)	4,9 (2022)	4,7 (2022)	4,3 (2022)	4,3 (2022)	5,9 (2022)	6,7 (2022)	4,3 (2022)	6,2 (2022)	4,2 (2022)
Taux de natalité chez les adolescentes (15-19 ans) (naissances pour 1000 filles)	108 (2016)	124 (2019)	119 (2017)	120 (2016)	164 (2017)	154 (2016)	71 (2018)	139 (2018)	79 (2016)
Naissances totales (000)	482 (2022)	793 (2022)	943 (2022)	469 (2022)	932 (2022)	1,181 (2022)	556 (2022)	766 (2022)	279 (2022)
Enregistrement des naissances (%)	86 (2018)	77 (2010)	72 (2016)	62 (2018)	87 (2018)	64 (2012)	79 (2019)	26 (2019)	83 (2017)
DÉCÈS									
Taux de mortinatalité (pour 1000 naissances totales)	20 (2021)	20 (2021)	22 (2021)	23 (2021)	23 (2021)	21 (2021)	19 (2021)	25 (2021)	21 (2021)
Décès néonataux, % de tous les moins de 5 ans	36 (2021)	31 (2021)	44 (2021)	32 (2021)	36 (2021)	31 (2021)	56 (2021)	31 (2021)	39 (2021)
Taux de mortalité de moins de 5 ans	84 (2021)	83 (2021)	75 (2021)	99 (2021)	97 (2021)	115 (2021)	39 (2021)	107 (2021)	63 (2021)
Taux de mortalité adolescents (10-19 ans) (pour 1000 enfants de 10 ans)	18 (2021)	13 (2021)	20 (2021)	19 (2021)	18 (2021)	22 (2021)	10 (2021)	25 (2021)	12 (2021)
Risque de décès maternel au cours de la vie	49 (2017)	57 (2017)	34 (2017)	35 (2017)	29 (2017)	27 (2017)	65 (2017)	15 (2017)	56 (2017)
Décès maternels (total)	1 600 (2017)	2 400 (2017)	5 400 (2017)	2 600 (2017)	4 400 (2017)	5 100 (2017)	1 700 (2017)	7 300 (2017)	1 000 (2017)
Décès de moins de 5 ans (total)	38 680 (2021)	63 466 (2021)	68 056 (2021)	44 995 (2021)	85 222 (2021)	124 291 (2021)	20 831 (2021)	76 471 (2021)	16 919 (2021)
CONTEXTE									
Indice de développement de la petite enfance (%)	54 (2018)	-	63 (2016)	49 (2016)	62 (2015)	-	67 (2019)	45 (2019)	52 (2017)
Baromètre des conflits de Heidelberg (intensité 1-5)	-	4 (2021)	-	3 (2021)	5 (2021)	3 (2021)	3 (2021)	5 (2021)	2 (2021)
Taux d'achèvement du secondaire, niveau de scolarité (femmes supérieures) (%)	5 (2018)	2 (2010)	15 (2017)	13 (2018)	12 (2015)	1 (2012)	10 (2019)	3 (2019)	12 (2017)

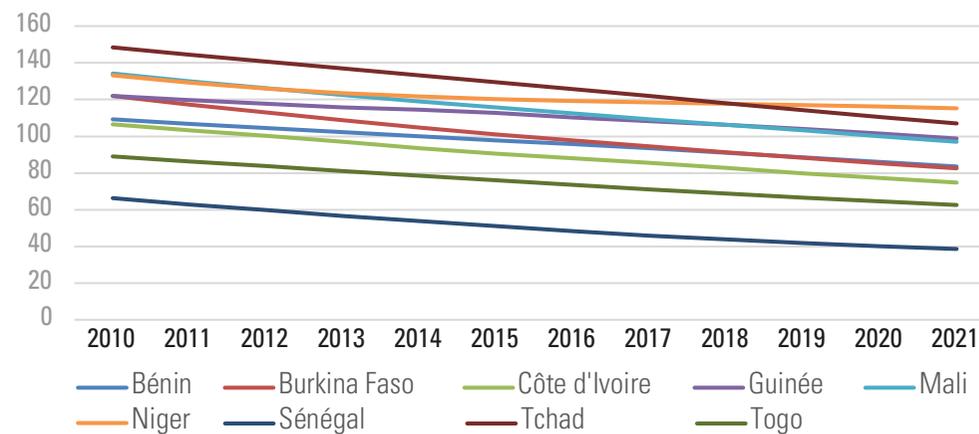
Annexe 2

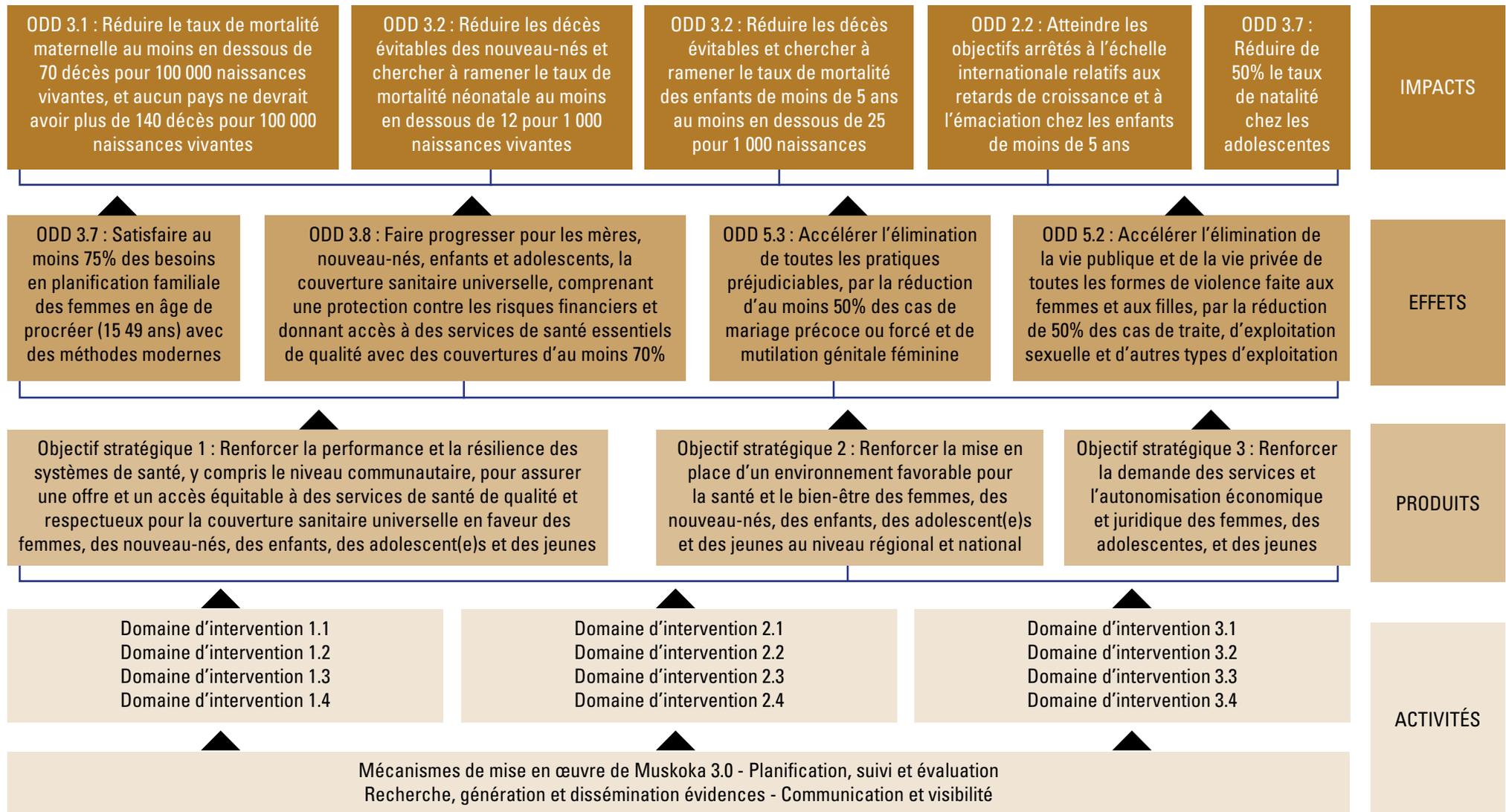
EVOLUTION DES TAUX DE RÉDUCTION DE LA MORTALITÉ MATERNELLE DANS LES PAYS CIBLES

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

Evolution des indicateurs maternels et infantiles (2010-2019)

EVOLUTION DES TAUX DE MORTALITÉ DES ENFANTS DE MOINS DE 5 ANS DANS LES PAYS CIBLES, 2010-2021









Découvrez le Fonds Français
Muskoka et ses activités

WWW
ffmuskoka.org

Suivez notre actualité



Contactez nos équipes



Pour la santé, le bien-être et la nutrition des mères, nouveau-nés, enfants, adolescentes et jeunes