



RAPPORT ANNUEL 2017-2018

Le Mécanisme de financement mondial

Investissements pilotés par les pays

**Pour Chaque Femme, Chaque Enfant
et Chaque Adolescent**

 MÉCANISME DE
FINANCEMENT
MONDIAL

 SOUTENU PAR LE
GROUPE DE LA BANQUE MONDIALE



TABLE DES MATIÈRES

| | |
|---|----|
| Lettre de la Directrice | 5 |
| Présentation générale..... | 6 |
| Forces et faiblesses du suivi des résultats | 14 |
| Études de cas | 20 |
| Profils pays..... | 34 |
| Enregistrement et statistiques de l'état civil..... | 68 |
| Résultats financiers..... | 70 |
| Membres du Groupe des investisseurs..... | 71 |
| Acronymes..... | 71 |
| Contributeurs du Fonds fiduciaire..... | 71 |
| Remerciements..... | 71 |
| Annexes..... | 74 |

© 2018 Banque internationale pour la reconstruction et le développement/Mécanisme de financement mondial
1818 H Street NW, Washington DC 20433
Téléphone : 202-473-1000
Site Internet : www.globalfinancingfacility.org/fr

Cet ouvrage a été rédigé par le Secrétariat du Mécanisme de financement mondial à la Banque mondiale avec la contribution de collaborateurs externes. Les constatations, interprétations et conclusions exprimées dans cet ouvrage ne reflètent pas nécessairement les opinions de la Banque mondiale, de son Conseil des Administrateurs, des gouvernements qu'il représente ou du Groupe des Investisseurs du Mécanisme de financement mondial.

La Banque mondiale ne garantit pas l'exactitude des données incluses dans ce travail. Les frontières, couleurs, dénominations et autres informations reprises dans les cartes figurant dans cet ouvrage ne constituent en aucun cas un jugement de la Banque mondiale en ce qui a trait au statut légal d'un quelconque territoire ni une approbation ou une acceptation de frontières.

DROITS ET LICENCES

Le matériel constituant cette publication est protégé par la loi sur les droits d'auteur. La Banque mondiale encourage la diffusion de son travail. Elle permet donc la reproduction, à des fins non-commerciales, d'une partie ou de la totalité de cette publication, et cela, tant qu'elle lui est entièrement attribuée.

Toutes demandes portant sur les droits et licences, y compris les droits subsidiaires, doivent être adressées à :

World Bank Publications
The World Bank Group
1818 H Street NW, Washington, DC 20433, USA
Fax : 202-522-2625
Adresse électronique : pubrights@worldbank.org



Chers partenaires et amis du GFF,

Nous sommes ravis de vous présenter le premier rapport sur les résultats préliminaires. Nous sommes à un tournant décisif en matière de santé mondiale et à la recherche de nouvelles méthodes de travail qui placent les pays aux commandes pour assurer un impact d'envergure avec des résultats durables et équitables. Le moment s'avère propice, particulièrement grâce au fait que les investissements dans les êtres humains – leur santé, leur nutrition et leur éducation – soient reconnus comme des investissements intelligents pour un développement durable. Le Mécanisme de financement mondial en soutien à l'initiative Chaque Femme Chaque Enfant (GFF) a été lancé en juillet 2015, à l'occasion de la Conférence sur le financement du développement à Addis Ababa, par le Secrétaire général des Nations Unies, le Président du Groupe de la Banque mondiale et de nombreux partenaires. Depuis, le GFF a étendu son soutien, passant de quatre pays pionniers (le Cameroun, la République démocratique du Congo ou RDC, le Kenya et la Tanzanie) à 27 pays – 16 pays étant considérés dans ce rapport ; dix pays supplémentaires ayant rejoint le GFF en novembre 2017 ; et, le Mali ayant intégré le GFF en juin 2018.

Le modèle du GFF est porteur de transformation, car il place les pays aux commandes de leur propre développement et accroît l'ampleur des financements durables en utilisant les subventions modiques du Fonds fiduciaire du GFF. Ce qui détermine notre succès ce n'est pas un processus ou un modèle, mais plutôt notre capacité à atteindre des résultats d'envergure pour les femmes, les enfants et les adolescents les plus difficiles à atteindre.

Dans ce rapport annuel, nous décrivons les résultats obtenus et les enseignements tirés au Cameroun, en RDC et en Tanzanie et les progrès réalisés au Nigéria en matière de mobilisation des ressources. Pour la première fois, nous fournissons des synthèses pour chacun des 16 premiers pays du GFF, et cela, en présentant les données relatives aux indicateurs de base du GFF. Dans les rapports à venir, nous regrouperons les données spécifiques aux pays pour montrer les progrès réalisés au niveau mondial, et cela, aux moyens d'un tableau de bord des indicateurs de base.

Les résultats obtenus par les premiers pays indiquent que les pays évoluent dans la bonne direction. Ils soulignent également qu'il est impératif de redoubler d'efforts et d'apporter notre appui à de nombreux autres pays qui affichent de forts taux de mortalité maternelle, néonatale, infantile et adolescente et qui désirent obtenir un appui du GFF.

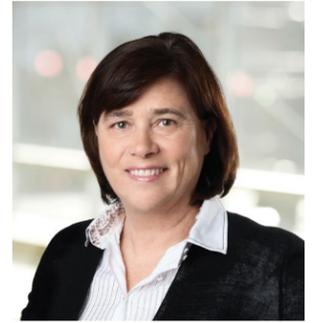
Pour d'abord atteindre les femmes, les enfants et les adolescents les plus marginalisés et aider les pays à se placer sur la voie d'un financement durable de la santé et de la nutrition et accélérer les progrès réalisés en vue d'une couverture de santé universelle, nous devons examiner les résultats obtenus jusqu'à présent, en tirer les enseignements qui s'imposent et, étendre la portée de notre action. Cela signifie que le partenariat du GFF doit atteindre davantage de personnes laissées-pour-compte, que ce soit en raison de leur lieu de résidence ou de leurs caractéristiques personnelles. Nous devons renforcer la collaboration et la communication et mobiliser les partenaires importants au niveau national. Nous devons systématiquement prioriser les ressources dont nous disposons et assurer qu'elles bénéficient à ceux qui en ont le plus besoin. En outre, il est impératif que nous innovions de façon constante en matière de financement pour passer d'une dépendance à l'aide au développement à une utilisation catalytique de cette aide, et cela, pour mobiliser davantage de ressources nationales et privées.

J'aimerais remercier tous les partenaires du GFF qui nous ont permis de passer de la théorie à la pratique et de la pratique aux résultats, notamment ceux qui contribuent au Fonds fiduciaire ainsi que les membres du Groupe des Investisseurs. Je tiens également, et surtout, remercier les dirigeants nationaux et leurs partenaires sans lesquels des résultats n'auraient pas pu être obtenus. Le leadership démontré au niveau national par plusieurs gouvernements et organisations de la société civile stimule réellement le processus – et les résultats préliminaires parlent d'eux-mêmes.

Le GFF s'est employé au cours de ses trois premières années à conforter son partenariat, à établir le bien-fondé de son modèle ainsi qu'à définir et initier la réalisation de résultats au niveau national. Notre objectif pour la période à venir est d'étendre notre appui à 23 pays supplémentaires et couvrir 50 pays d'ici 2023. Avec l'appui du partenariat du GFF, ces 50 pays pourront, dès 2030, mettre fin aux décès évitables de femmes, d'enfants et d'adolescents, et se placer sur la voie d'un financement durable.

Je me réjouis à la perspective de poursuivre nos efforts concertés pour des résultats d'envergure.

Mariam Claeson
Directrice, Mécanisme de financement mondial



Mariam Claeson

« Ce qui détermine notre succès ce n'est pas un processus ou un modèle, mais plutôt notre capacité à atteindre des résultats d'envergure pour les femmes, les enfants et les adolescents les plus difficiles à atteindre. »

Accélérer les progrès réalisés pour les femmes, les enfants et les adolescents

Atteindre ceux qui accusent le retard le plus important

Chaque année, dans 50 pays à travers le monde, plus de 5 millions de mères, d'enfants et d'adolescents meurent de maladies évitables et, les économies de ces pays perdent des milliards de dollars en raison de la mauvaise santé et de la mauvaise nutrition de leurs populations. Il est donc impératif d'accélérer les progrès réalisés en vue d'une

Qu'est-ce que le GFF ?

Le partenariat du GFF aide les pays à réunir les parties prenantes dans le but de s'accorder et d'adéquatement financer un dossier d'investissement doté de priorités claires en matière de santé reproductive, maternelle, néonatale, infantile et adolescente et de nutrition (SRMNEA-N), et cela, en suivant un plan piloté par le pays. En mettant l'accent sur les femmes, les enfants et les adolescents, les pays investissent dans des domaines à fort impact et historiquement sous-financés comme la santé sexuelle et procréative et les droits y afférant, la survie maternelle et infantile, la santé des adolescents et la nutrition dans les premières années. Ils s'attachent également à renforcer les systèmes de santé requis pour assurer des services à l'échelle, et cela, pour un impact durable.

Le Fonds fiduciaire du GFF joue un rôle catalytique pour le financement des dossiers d'investissement en accordant aux pays des financements modestes qui leur permettent de considérablement accroître leurs ressources nationales, et cela, en parallèle aux financements de la Banque mondiale fournis à travers la Banque internationale pour la reconstruction et le développement (BIRD) et l'Association internationale de développement (IDA), aux financements extérieurs alignés et aux ressources du secteur privé. Chaque investissement extérieur de taille relativement faible est multiplié par les engagements des pays eux-mêmes —générant ainsi un important retour sur investissement qui contribue à sauver des vies humaines et à améliorer la situation des populations.

couverture de santé universelle et de contribuer à la réalisation de l'Objectif de Développement Durable (ODD) visant à la fois à mettre fin aux décès évitables de mères, de nouveau-nés et d'enfants et à améliorer la santé et la nutrition des femmes, des enfants et des adolescents, et cela, dès 2030.

Le Mécanisme de financement mondial (GFF) en soutien à l'initiative Chaque Femme Chaque Enfant a été constitué en 2015 en tant que mécanisme de financement novateur afin de combler le déficit de financement, éliminer les décès évitables de mères, de nouveau-nés et d'enfants dès 2030 et, améliorer la santé et le bien-être des femmes, des enfants et des adolescents. Pour obtenir des résultats d'envergure, les pays s'emploient à identifier et à étendre la couverture des interventions de SRMNEA-N à fort impact, et cela, tout en abordant les obstacles systémiques. L'avantage comparatif du GFF repose sur le fait que l'approche du GFF va plus loin : il ne se concentre pas seulement sur des interventions spécifiques et des approches centrées sur des maladies particulières, mais privilégie les résultats tout au long des étapes décisives du cycle de vie, à savoir la grossesse, la naissance, les premières années et l'adolescence. Le GFF aide les pays à mettre en place des systèmes de santé primaire et communautaire plus



résilients pour atteindre ceux qui accusent le retard le plus important— en commençant par les services de première ligne.

L'approche du GFF repose sur deux principes importants : l'appropriation nationale et l'équité. Le GFF définit ses priorités de manière à promouvoir l'équité à tous les niveaux de revenus et l'équité entre les sexes. Il oriente donc ses ressources vers des régions jusque-là négligées, notamment vers les pays et les contextes fragiles, et priorise les populations et les interventions qui ne reçoivent habituellement pas assez de financement, notamment les adolescents, la santé sexuelle et procréative et les droits y afférents, et la nutrition.

Les Pays aux commandes

Le GFF donne aux pays les moyens de se prendre en charge en investissant dans les institutions existantes et en les aidant à assurer la participation de parties prenantes multilatérales importantes à la plateforme nationale — notamment les Nations Unies, l'Organisation mondiale de la santé, Gavi, l'Alliance du vaccin (Gavi) et le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme (Fonds mondial), ainsi que celle de partenaires bilatéraux, du secteur privé et de la société civile.

Le GFF et l'architecture sanitaire mondiale

Le GFF soutient une architecture sanitaire mondiale, centrée sur les pays, qui tire parti des avantages comparatifs des partenaires mondiaux et locaux afin d'appuyer la planification et la mise en œuvre des services et des interventions de SRMNEA-N, et cela, sous la direction des pays.

- + Un soutien normatif aux activités de mise en œuvre et de recherche est assuré par la famille du H6 (ONUSIDA, UNFPA, UNICEF, ONU-Femmes, OMS, Groupe de la Banque mondiale) et par d'autres organismes multilatéraux et bilatéraux.
- + Les activités de sensibilisation et de redevabilité des engagements et des résultats au niveau mondial sont menées par le Partenariat pour la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant et par ses membres, notamment la communauté plus large des organisations de la société civile.
- + Le GFF assure des financements, qui complètent et soutiennent les investissements effectués par Gavi, le Fonds mondial et d'autres bailleurs de fonds.

Afin d'appuyer les travaux menés à l'échelle nationale, le Groupe des investisseurs du GFF, notamment les gouvernements, les organisations de la société civile, le secteur privé, les institutions spécialisées de l'ONU, Gavi et le Fonds mondial, se réunit sur une base bisannuelle à l'échelle mondiale pour examiner les progrès réalisés en matière de financement et de mise en œuvre nationales, ainsi que pour renforcer la collaboration au sein du partenariat.

Le GFF et la société civile

Les organisations de la société civile (OSC) jouent un rôle important : elles plaident en faveur de l'affectation de ressources et de la poursuite de diverses politiques, permettent aux populations touchées de se faire entendre, et assurent un suivi ainsi que la redevabilité. Elles contribuent également à la recherche, à l'assistance technique et à la prestation de service. Nombre d'entre elles sont en mesure de fournir des services, et obtenir la participation des collectivités, dans des lieux auxquels les autorités publiques ou d'autres organisations ne peuvent accéder.

Les activités de sensibilisation et de mobilisation sociale sont indispensables pour assurer que les efforts nationaux répondent aux besoins des populations affectées et prennent en compte l'accès aux services ainsi que l'équité et la qualité de la prestation de services. Les organisations de la société civile contribuent donc de manière décisive au modèle de partenariat du GFF. Elles sont représentées au sein du Groupe des investisseurs par deux membres (et deux suppléants) qui occupent deux sièges, dont l'un est attribué à un représentant des jeunes.

Le GFF permet aux partenaires et aux parties prenantes d'identifier leurs avantages comparatifs, et cela, pour éviter toute duplication et combler les lacunes existantes. Il s'y emploie en aidant les gouvernements à réunir toutes les parties prenantes requises pour développer et mettre en œuvre un dossier d'investissement unique pilotée par le pays en fonction de ses besoins spécifiques. Un forum ou un comité, opérant sous la direction du gouvernement, réunit un large éventail de partenaires impliqués dans la SRMNEA-N, notamment différentes administrations publiques, la société civile, le secteur privé et les partenaires de développement. Le cas échéant, le GFF appuie les plateformes et les processus multipartites afin d'éviter les doubles emplois.

Les dossiers d'investissement identifient non seulement les interventions prioritaires requises pour réaliser les résultats convenus, mais recensent aussi les principaux obstacles qu'il faut aborder pour assurer la mise en œuvre de ces interventions. Ces problèmes peuvent se poser au niveau de la gouvernance, du personnel sanitaire, des opérations de financement, de la gestion de la chaîne d'approvisionnement ou des systèmes d'information, y compris les systèmes d'enregistrement et de statistiques de l'état civil. Le dossier d'investissement considère

Cinquante pays ont demandé de rejoindre le GFF ; 27 pays reçoivent actuellement un appui du GFF

| | | | |
|---------------|------------|----------------------------------|--------------|
| Afghanistan | Haïti | Nigéria | Sierra Leone |
| Bangladesh | Indonésie | Ouganda | Tanzanie |
| Burkina Faso | Kenya | République centrafricaine | Viet Nam |
| Cambodge | Liberia | | |
| Cameroun | Madagascar | République démocratique du Congo | |
| Côte d'Ivoire | Malawi | | |
| Éthiopie | Mali | | |
| Guatemala | Mozambique | Rwanda | |
| Guinée | Myanmar | Sénégal | |

également la mesure dans laquelle les investissements envisagés dans différents secteurs — comme l'éducation, l'eau et l'assainissement et la protection sociale — peuvent avoir d'importantes répercussions sur la santé et la nutrition des femmes, des enfants et des adolescents. Bien que le dossier d'investissement couvre pour chaque pays une période de trois à cinq ans, il est développé dans une perspective à long terme. Cela signifie qu'il met l'accent sur les obstacles prioritaires auxquels il faut répondre pour pouvoir placer un pays sur la trajectoire requise pour atteindre les objectifs sanitaires des ODD dès 2030.

Le Fonds fiduciaire du GFF aide les pays à cartographier les ressources et à obtenir l'alignement des financiers avec le dossier d'investissement. Il fournit également un appui pour identifier les principales réformes du financement de la santé requises pour mobiliser des ressources nationales. Il collabore aussi au suivi des dépenses. Les pays appuyés

par le GFF dispose de leur propre réseau d'apprentissage Sud-Sud qui leur permet de partager les enseignements tirés en temps réel pour accélérer les résultats.

Prioriser les investissements

Le Fonds fiduciaire du GFF catalyse des financements et a obtenu des résultats dans les quatre domaines d'intervention ci-après :

- ✓ **Mobilisation de ressources nationales.** Tout pays rejoignant le GFF accepte de mobiliser des ressources nationales supplémentaires pour la santé. Le partenariat du GFF fournit un appui à la plupart des pays pour évaluer les différentes options

ÉTUDE DE CAS

Nigéria

Le Nigéria a toujours été attaché aux principes inhérents à la couverture de santé universelle et a adopté des documents stratégiques et des textes de loi à cet effet. Néanmoins, les indicateurs de santé et ceux portant sur la couverture effective des services de santé de base révèlent une performance insuffisante au Nigéria, que ce soit en termes absolus ou par rapport à d'autres pays ayant atteint un stade de développement similaire. Les facteurs principaux de cette performance sous-optimale incluent un système de santé n'étant pas en mesure d'assurer une couverture universelle des services de santé primaire et une faible redevabilité en matière de résultats. Le secteur de la santé a longtemps été sous-financé et, ses cadres structurels et institutionnels ont attribué des responsabilités parallèles aux trois échelons du gouvernement (fédéral, étatique et local) sans établir de mécanisme de coordination intergouvernementale.

Pour remédier à l'absence de la structure juridique requise pour un système de santé hautement performant, le Gouvernement fédéral du Nigéria a signé la loi nationale sur la santé à la fin de 2014. Cette loi définit un cadre de réglementation, de développement et de gestion pour le système de santé national. Elle établit également des normes pour la prestation de services de santé, et cela, sur l'ensemble du territoire fédéral.

La mission: adéquatement financer la loi nationale sur la santé

La loi nationale sur la santé stipule que tous les nigériens ont le droit de bénéficier d'un *paquet minimum de services de santé de base* (Basic Minimum Package of Health Services — BMPHS) — c'est-à-dire d'un ensemble d'interventions et de services

effectués à des fins de prévention, de protection, de promotion, de traitement et de réhabilitation. L'une de ses principales dispositions concerne le Fonds pour la prestation de soins de santé de base (Basic Health Care Provision Fund — BHCPF), qui servira de principal moyen de financement pour le BMPHS, tout en permettant d'accroître le financement global du secteur de la santé. Ce dernier est financé à partir de trois sources, à savoir : 1) une subvention annuelle du Gouvernement du Nigéria qui ne peut pas être inférieure à un pour cent de sa Trésorerie ; 2) des subventions fournies par des bailleurs de fonds internationaux ; et 3) des financements d'autres origines.

Le BHCPF n'a toutefois pas encore bénéficié de financement depuis la signature de la loi, alors qu'une application diligente de la loi pourrait placer le Nigéria sur la trajectoire

requis pour assurer une couverture de santé universelle. Une étape décisive a été atteinte vers le milieu de l'année 2016, lorsque le Nigéria est devenu membre du GFF et que le nouveau ministre de la Santé a proposé de consacrer le financement de 20 millions de dollars du fonds fiduciaire du GFF au pilotage du BHCPF dans trois États.

La Fondation Bill et Melinda Gates a également engagé une subvention de 2 millions de dollars pour tester la mise en œuvre initiale du BHCPF. Elle a également accordé un financement à la Banque mondiale pour réaliser des travaux d'analyse en vue de renforcer la structure du paquet de services. Cet influx de ressources a également permis de renforcer les efforts de plaidoyer déployés par différents partenaires pour la mise en œuvre du BHCPF. La Banque mondiale a fourni un soutien aux

responsables du ministère de la santé pour les aider à poursuivre une mission stratégique de sensibilisation auprès de l'équipe de gestion économique du Nigéria et, les partenaires de développement ont mené une mission d'information auprès de l'Assemblée nationale. Les organisations de la société civile et les médias ont contribué de manière décisive à cette campagne de sensibilisation.

Alors que certains pays peuvent maintenir le niveau de ressources nationales actuellement mobilisé pour éviter tout décalage, d'autres devront accroître leurs ressources nationales dès le départ. Au Mozambique, par exemple, les « indicateurs liés aux décaissements

», contenus dans le cadre des résultats du financement de la santé, impliquent que les ressources ne sont décaissées que si les dépenses nationales en matière de santé demeurent stables au cours des trois premières années et, si elles augmentent aux cours des deux années suivantes, et cela, pour éviter que les financements externes remplacent les financements nationaux. Grâce au processus du GFF, le Cameroun augmentera la part du budget allouée à la santé des femmes et des enfants, et cela, de 6 à 22 pour cent dès 2020. La subvention fournie au Guatemala par le Fonds fiduciaire du GFF permet d'acheter les intérêts du prêt de la Banque mondiale à taux réduit pour un programme national visant à réduire les retards de croissance avec l'association de ressources nationales. Ces ressources permettront de financer un programme de transferts monétaires conditionnels ciblant les familles avec des enfants âgés de 0 à 15 ans, et cela, afin de promouvoir des visites médicales

responsables du ministère de la santé pour les aider à poursuivre une mission stratégique de sensibilisation auprès de l'équipe de gestion économique du Nigéria et, les partenaires de développement ont mené une mission d'information auprès de l'Assemblée nationale. Les organisations de la société civile et les médias ont contribué de manière décisive à cette campagne de sensibilisation.

Les parlementaires du Nigéria ont répondu à ces efforts en concluant que si les dons extérieurs permettaient de financer les activités pilotées dans les trois États, le Nigéria devait lui-même être disposé à engager ses propres ressources. Les ressources du GFF ont donc été un véritable instrument de promotion, un appel à l'action. En mai 2018, grâce à ces investissements stratégiques, aux travaux d'analyse et aux efforts de sensibilisation, le gouvernement du Nigéria a accepté d'allouer 1 pour cent de son Trésor au BHCPF, et cela, dans le cadre de l'affectation des crédits pour l'exercice 2018.



Financement renforcé pour les soins de santé primaire

Maintenant que le Nigéria a commencé à implémenter le BHCPF, il est escompté que, chaque année, le fonds mobilisera de nouveaux financements pour le renforcement de la santé primaire, incluant la prestation de services, et cela, à hauteur de près de 60 milliards de naira nigériennes (soit environ 150 millions de dollars). Bien que l'enveloppe de ressources ne permette pas actuellement de garantir la fourniture du paquet minimum à l'ensemble de la population, la proposition du gouvernement pour une expansion graduelle du BHCPF est très faisable, particulièrement si l'économie reprend et que l'enveloppe des ressources s'accroît.

Financement basé sur les résultats

Le BHCPF emploie des approches basées sur les résultats, décentralisées et ayant fait leurs preuves. Ces dernières ne représentent pas seulement davantage d'argent mais « un argent plus intelligent », qui permettra au Nigéria de matérialiser ses innovations audacieuses en matière de prestation de services en de meilleurs résultats de santé. Deux approches interconnectées sont utilisées pour améliorer la prestation de services dans les formations sanitaires publiques et privées.

D'abord, une méthode de rémunération à l'acte favorisera la prestation d'un paquet de services hautement priorisé composé de dix interventions de santé maternelle et infantile à fort impact, incluant la planification familiale. Le ciblage des zones rurales

contribuera à remédier aux problèmes d'équité, puisque les résultats de santé sont nettement moins bons — et empirent — dans les zones rurales.

En second lieu, le Nigéria appliquera un *système d'accréditation* pour préqualifier les formations sanitaires publiques et privées et, par extension, contribuer à la mise en place ainsi qu'au maintien de normes minimales de qualité. Les paiements seront effectués sur la base de données vérifiées après que les services aient été fournis, et cela, *tout en maintenant la gratuité des services pour les bénéficiaires*. Cela contribuera ainsi à accroître la redevabilité et à réduire les facteurs limitant l'accès aux soins. Le BHCPF marque le début d'une nouvelle ère en matière de prestation de services de santé primaire au Nigéria.

En résumé, la plateforme du GFF et le dossier d'investissement constituent un mécanisme permettant aux partenaires de conjointement appuyer le Gouvernement du Nigéria afin qu'il concrétise son engagement, exprimé au cours de l'exercice 2018, pour une affectation de crédits budgétaires pour le financement du BHCPF. Avec cet engagement clair, un nombre croissant de partenaires de développement considèrent cofinancer le BHCPF, ce qui permettra de renforcer l'harmonisation ainsi que l'efficacité du financement du secteur de la santé du Nigéria.

régulières pour les enfants âgés de 0 à 6 ans et les femmes enceintes et, favoriser la fréquentation scolaire des enfants âgés de 6 à 15 ans.

Ces exemples préliminaires des trois dernières années servent de modèles pour d'autres pays s'employant à accroître leurs ressources nationales. Le GFF, conjointement avec la Banque mondiale, aide les pays à reformer leurs politiques fiscales pour promouvoir des comportements sains, et cela, tout en accroissant les recettes pour la santé. Il fournit une assistance technique pour la conception et la mise en œuvre de taxes, notamment de « taxes sur les vices ». Cela inclut, par exemple, des taxes sur l'alcool au Liberia ainsi que des taxes sur le tabac au Mozambique, au Sierra Leone et au Sénégal.

✓ **Financements concessionnels (IDA/BIRD)** : dans tous les pays qu'il appuie, le GFF associe directement les subventions du Fonds fiduciaire du GFF aux financements de l'IDA, qui sont considérablement plus importants qu'escompté. Il lie aussi directement les ressources de son Fonds fiduciaire à des financements de la BIRD — comme au Guatemala et au Viet Nam, où son appui a permis de ramener les taux d'intérêt à des niveaux plus concessionnels. Le ratio actuel des financements du Fonds fiduciaire du GFF par rapport à ceux de l'IDA/BIRD est de 1 à 7,3. Le montant record de la reconstitution des ressources de l'IDA (75 milliards de dollars, 2018–20) constitue une occasion importante de concentrer les investissements du Fonds fiduciaire du GFF en début de période et, par extension, accélérer les progrès en direction des ODD, et cela, en comblant le déficit de financement.

✓ **Alignement de l'aide extérieure** : au cours des trois dernières années, les plateformes à multiples parties prenantes pilotées par les pays ont contribué à l'alignement et à l'harmonisation des bailleurs de fonds, accroissant l'efficacité des investissements individuels et collectifs effectués par les partenaires. L'appui fourni par le GFF en matière de cartographie des ressources a favorisé l'alignement des financements des bailleurs et des gouvernements avec les priorités de SRMNEA-N chiffrées du dossier d'investissement. Parmi les 16 premiers pays du GFF, une cartographie des ressources est entreprise au Cameroun, en Éthiopie, en Guinée, au Kenya, au Liberia, au Mozambique, au Nigéria, en Ouganda, en RDC, au Sénégal,

en Sierra Leone et en Tanzanie. À ce jour, au moins trois partenaires bilatéraux ont aligné leurs financements avec les priorités des dossiers d'investissement de dix pays faisant partie des 16 premiers pays appuyés par le GFF.

✓ **Secteur privé** : le GFF développe et implémente des instruments de financement novateurs pour attirer des capitaux privés et contribuer à combler le déficit de financement. Ces instruments associent les subventions flexibles du Fonds fiduciaire du GFF à l'expertise financière disponible au sein du Groupe de la Banque mondiale (notamment l'IFC et la Trésorerie de la Banque mondiale), au Secrétariat du GFF, et parmi les partenaires du GFF. Au niveau mondial, le GFF facilite également la constitution de partenariats avec le secteur privé pour permettre aux pays de mettre les compétences du secteur privé à contribution pour atteindre les objectifs du dossier d'investissement – en soutenant, notamment, la prestation de services et le développement de chaînes d'approvisionnement pour atteindre les premières lignes des systèmes de santé.

Mise en œuvre, apprentissage et mesures correctives

Le GFF effectue ses décaissements en fonction de résultats et déplace l'accent placé sur les intrants vers les résultats, et cela, à tous les niveaux du système de santé. Cela s'accompagne par une amélioration de la gouvernance et de la redevabilité, d'un renforcement des capacités de gestion des finances publiques et d'un accroissement de la transparence du suivi continu des résultats.

Le Mozambique, par exemple, mène des réformes financières et des réformes du système de santé en liant les décaissements à (parmi d'autres) la couverture en matière d'agents de santé communautaire formés et actifs ; aux accouchements institutionnels dans les districts prioritaires ; aux écoles secondaires offrant des services de santé sexuelle et procréative ; à la planification familiale ; aux interventions de nutrition pour les enfants dans les provinces affichant les taux de malnutrition chronique les plus élevés ; aux dépenses de santé effectuées dans les régions mal-desservies ; à la proportion des dépenses publiques de santé par rapport aux dépenses publiques totales ; et à l'établissement par les centres de santé de certificats de décès, avec les données relatives aux causes du décès étant codées.

En privilégiant les résultats de santé des populations qui accusent le retard le plus important, le modèle du GFF inclut des éléments visant à renforcer les systèmes d'information de la santé et à accroître la demande des pays pour des données de routine de haute qualité, et cela, pour que les pays et les partenaires soient systématiquement en mesure de prendre des mesures correctives en fonction d'information financière et de données sur les résultats. Les dossiers d'investissement, et leur mise en œuvre, sont régulièrement revus et actualisés pour assurer que la priorisation et le financement répondent aux besoins en évolution des pays et de leurs populations.

Parmi les enseignements tirés des premiers pays appuyés par le GFF figure le besoin de renforcer la coordination parmi les partenaires et d'améliorer la communication sur les processus et les jalons adoptés au niveau national pour permettre à toutes les parties prenantes intéressées de contribuer tout au long des étapes de conception et de mise en œuvre. Sur la base de cet enseignement, le GFF a entrepris d'accorder un appui aux dix pays qui viennent de se joindre

Secteur privé

Le secteur privé est essentiel à la proposition de valeur du GFF, et un engagement actif du secteur privé est décisif pour la réalisation des objectifs du GFF pour 2030.

En tant que plateforme financière et opérationnelle, le GFF est bien placé pour concevoir et mettre en œuvre des mécanismes de financement novateurs. Il peut, en effet, mobiliser l'expertise et l'expérience de ses partenaires, réduire les coûts de transaction et, accroître l'efficacité des financements pour créer des instruments plus efficaces pour mobiliser des capitaux privés à grande échelle.

Au cours de l'année qui s'est écoulée, le développement et la mise en œuvre préliminaires de la stratégie du GFF pour le secteur privé ont progressé. Le secteur privé est un important partenaire en tant que source de capital, d'expertise technique, de capacités et, d'innovation, tant au niveau national que mondial. Au niveau national, il participe aussi de manière décisive au renforcement des capacités requises pour répondre aux éléments inhérents au système de santé.

Avec la Trésorerie de la Banque mondiale, le GFF a lancé une série d'émissions d'obligations de développement durable afin de sensibiliser les investisseurs privés aux financements requis pour adéquatement investir dans la santé et la nutrition des femmes, des enfants et des adolescents. L'émission inaugurale de 60 millions de dollars canadiens a été annoncée lors du sommet du G7, organisé par le Canada en juin 2018. Depuis, elle a été suivie d'émissions continues.

En utilisant des instruments de financement novateurs, tels que le rachat de taux d'intérêt réduit et le cofinancement de subventions, le GFF permet aux pays d'accéder à un capital privé pour la SRMNEA-N, et cela, à des conditions plus abordables. Le GFF contribue ainsi à combler le déficit de financement en associant ses fonds aux ressources nationales, à l'aide au développement et au financement multilatéraux, et cela, avec un accent systématique sur les résultats.

Au niveau mondial, le GFF forge des partenariats fondés sur des « valeurs partagées » afin d'aligner les activités du secteur privé, des gouvernements et des partenaires de développement. Les domaines thématiques abordés au sein

des partenariats du GFF avec le secteur privé comprennent les technologies médicales et, plus récemment, les chaînes d'approvisionnement. Le lancement du partenariat public-privé établi par le GFF avec Merck for Mothers, la Fondation Bill et Melinda Gates et la Fondation UPS a pour objet de regrouper les meilleures pratiques du secteur privé afin d'aider les pays participant au GFF à améliorer la gestion de leurs chaînes d'approvisionnement. Le partenariat du GFF continue aussi de bénéficier d'une forte participation du secteur privé à l'échelle mondiale, et cela, par l'intermédiaire du Groupe des Investisseurs et des plateformes nationales à multiples parties prenantes.

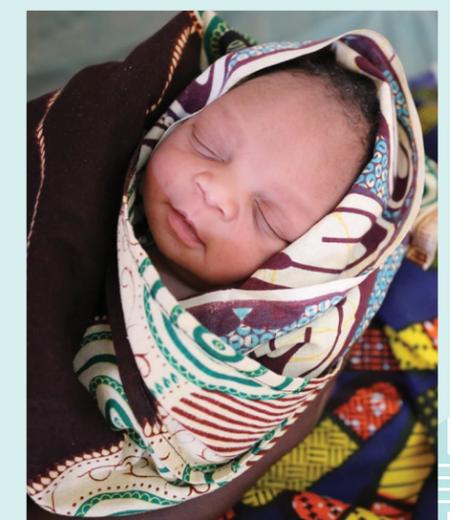
Au niveau national, plusieurs pays du GFF mobilisent les capacités du secteur privé pour fournir des produits et des services essentiels de qualité, et cela, en établissant des contrats à l'échelle nationale ou de plusieurs pays (p.ex., au Cameroun, au Nigéria et en RDC). Les achats stratégiques auprès de prestataires privés et du secteur public, avec le financement basé sur les résultats, s'est révélée très utile dans les régions fragiles et affectées par un conflit où l'infrastructure publique ne suffit pas, à elle seule, ou ne peut pas pour d'autres raisons répondre de manière adéquate aux besoins essentiels de santé et de nutrition des femmes et des enfants.

D'autres pays du GFF, comme l'Ouganda et le Liberia, font appel aux capacités et à l'assistance technique du secteur privé pour assurer des services de santé et de nutrition de qualité d'envergure. Avec l'appui du Fonds fiduciaire du GFF et d'autres bailleurs de fonds et, avec la participation du secteur privé, les projets menés dans les cinq pays précédemment cités devraient bénéficier à plus de 31 millions de personnes.

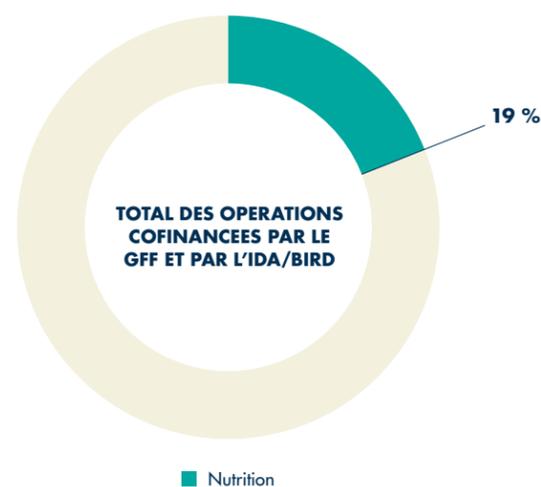
En réponse à la demande des pays, le GFF a accru son assistance technique et son appui au renforcement des capacités pour que les gouvernements puissent stratégiquement et systématiquement mobiliser le secteur privé pour les priorités de la SRMNEA-N. Le renforcement des capacités a été réalisé à travers des formations en ligne

ou présentiels, comme le cours sur la gestion des marchés pour la santé dont la première itération a eu lieu en avril 2018 avec la participation de 450 personnes. Cet appui permet aussi aux autorités nationales d'obtenir une variété d'outils stratégiques et financiers leur permettant d'influencer les marchés privés et de mieux répondre aux objectifs de développement et d'équité. Le Kenya illustre cela avec les améliorations qu'il a obtenues en matière de qualité grâce à la réglementation des prestataires de services privés. Le GFF aide aussi plusieurs pays à mener des évaluations du secteur privé pour recenser les possibilités de partenariat avec le secteur privé, et cela, afin d'atteindre les populations et les régions mal-desservies et de contribuer aux données portant sur les contributions mondiales du secteur privé aux systèmes de santé.

Au cours de l'année à venir, l'accent sera placé sur la consolidation et l'expansion des résultats positifs obtenus, ainsi que sur la diffusion des expériences spécifiques des pays. L'accent sera également mis sur l'intégration d'approches public-privé efficaces, et cela, dans l'ensemble du portefeuille pays.



La nutrition représente près de 19 pour cent des opérations cofinancées par le GFF et l'IDA/BIRD approuvées à ce jour



au partenariat en invitant toutes les parties prenantes importantes à assister au lancement des activités. Il a aussi nommé un agent de liaison du GFF dans chaque pays dans le but d'améliorer la communication ainsi que la transparence des processus. Les dossiers d'investissement et les coordonnées des agents de liaison du GFF sont disponibles sur le site internet du GFF. Enfin, et surtout, le GFF collabore avec le Partenariat pour la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant en vue d'aider les organisations de la société civile à s'acquitter de leurs fonctions et attributions principales, à savoir renforcer les capacités et promouvoir un engagement significatif.

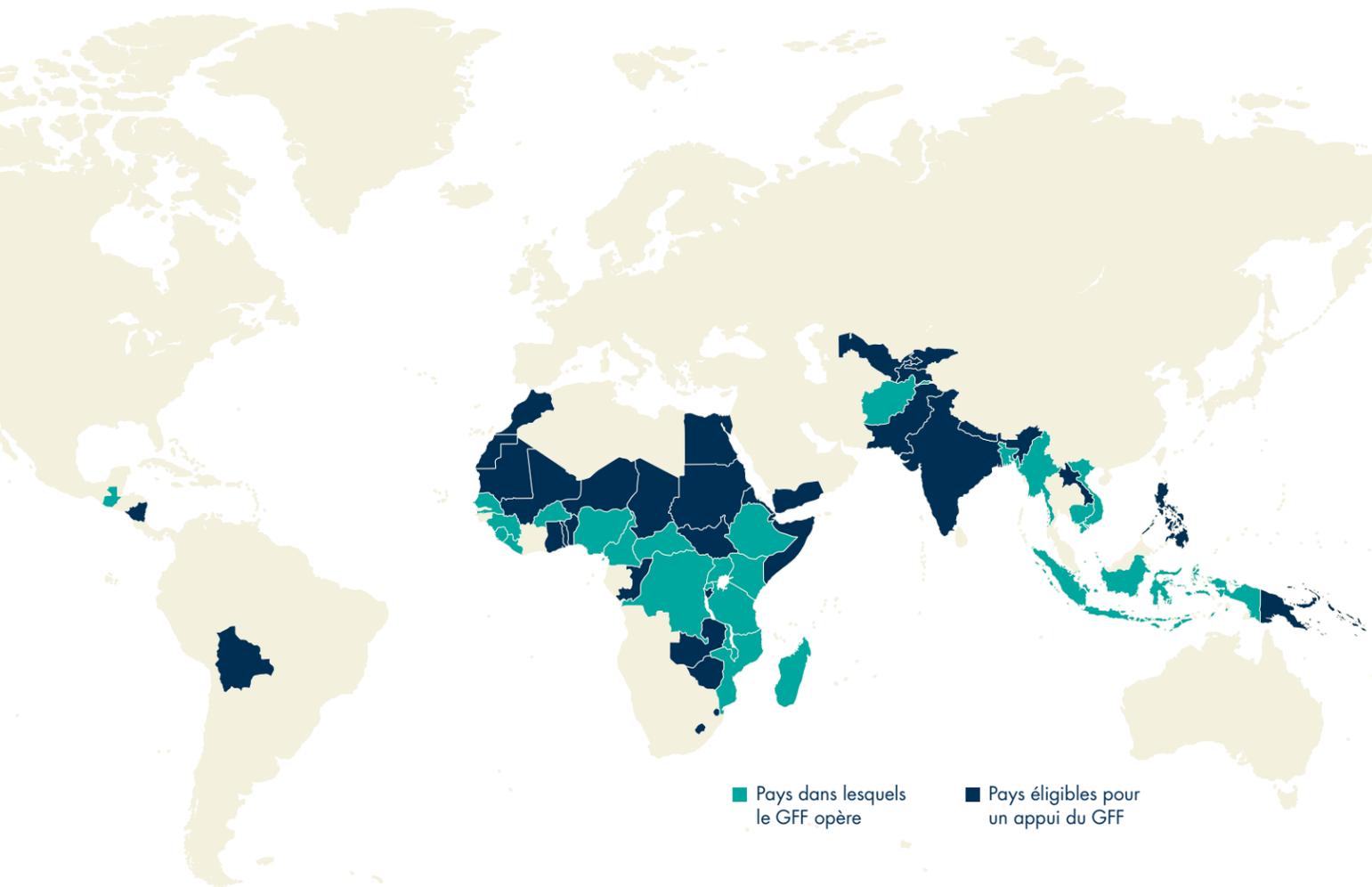
Résultats et perspectives d'avenir

Trois ans après son lancement, le GFF affiche des résultats dans certains des premiers pays auxquels il a fourni un appui à ce

jour. Il élargira la portée de son aide à 50 pays au cours des cinq prochaines années (2018-2023), permettant au monde de se rapprocher encore de l'objectif qui consiste à combler les lacunes en matière de santé et de nutrition des femmes, des enfants et des adolescents. Cela se traduira en des vies améliorées et sauvées, des familles prospères ainsi qu'en une forte croissance économique.

Le partenariat du GFF a pour mission de contribuer à la réalisation des objectifs de l'ODD3 — réduire le taux de mortalité maternelle à 70 pour 100 000, le taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans à 25 pour 1 000, et taux de mortalité néonatale à 12 pour 1 000, et améliorer la santé et la nutrition des femmes, des enfants et des adolescents., et cela, dès 2030. Pour y parvenir, les pays doivent dès à présent accélérer les progrès réalisés en vue d'une couverture de santé universelle, en tirant parti de l'effet catalytique des ressources du partenariat du GFF et de son Fonds fiduciaire. Le moment est venu de combler le déficit de financement et de transformer les vies de millions d'êtres humains.

Pays dans lesquels le GFF opère, et autres pays éligibles



Mécanisme de financement mondial : forces et faiblesses du suivi des résultats

Depuis son lancement en 2015, le Mécanisme de financement mondial (GFF) a joué un rôle pionnier en établissant des dossiers d'investissement pilotés par les pays et des cadres de suivi correspondants. Bien que chaque contexte national soit différent, le niveau d'urgence et les objectifs inhérents à la plupart des initiatives de SRMNEA-N sont similaires. Le GFF aide les pays à prioriser les activités en fonction de données solides, à adéquatement financer des activités à fort impact, à mobiliser des ressources pour assurer la viabilité des investissements et, à se doter de systèmes sous-jacents qui soient solides et durables.



Suivi des résultats et de l'impact : Le suivi des résultats est crucial pour la réussite de cette approche. Il est en effet indispensable d'avoir des données de routine capables de guider la planification, la coordination et la mise en œuvre des interventions de SRMNEA-N pilotées par les pays afin d'évaluer l'efficacité des programmes et identifier les domaines pouvant bénéficier de mesures correctives, et cela, en temps réel. En outre, de solides systèmes d'information sur la santé sont requis pour aider les pays à suivre leurs réformes du financement de la santé ainsi que les fonds alloués à la santé, particulièrement à la SRMNEA-N. Investir dans les systèmes d'informations sur la santé permet de mieux déterminer où et comment les ressources sont affectées et dépensées et, ce faisant, d'améliorer les moyens dont disposent les autorités publiques et les autres décideurs, les bailleurs de fonds et les partenaires. Le GFF a pour objectif, non seulement de suivre et d'évaluer les progrès réalisés dans le cadre du dossier d'investissement, mais aussi d'optimiser les investissements dans le secteur de la santé et de systématiquement améliorer l'équité et l'efficacité de la prestation des services et de l'allocation des ressources.

Pour appuyer l'initiative *Chaque Femme Chaque Enfant*, le GFF s'emploie à soutenir la réalisation des ODD 2030 liés à la SRMNEA-N, et cela, dans 50 pays. En aidant les pays à mobiliser des ressources supplémentaires pour la santé et la nutrition, en collaboration avec différents pays et différents partenaires mondiaux de la santé, le GFF vise à mobiliser collectivement un montant supplémentaire de l'ordre de 50 milliards à 75 milliards de dollars au

Approche du GFF pour un suivi du processus axé sur les pays

Le GFF suit une démarche pilotée par les pays dont le succès dépend de plusieurs processus. Fort des leçons tirées dans plusieurs pays au cours des trois premières années et dans le cadre du suivi mené par les organisations de la société civile, le GFF a établi un ensemble d'indicateurs de base pour suivre les processus de mise en œuvre inhérents à son approche, et cela, dans chaque pays. Les processus considérés sont :

- La formulation d'un dossier d'investissement priorisé et bien financé,
- Un cadre de résultats robuste,
- Une plateforme nationale multisectorielle qui privilégie un suivi continu de la mise en œuvre, et,
- Un fort leadership dans les processus pilotés par le pays, avec une représentation inclusive incluant la société civile, le secteur privé et d'autres parties prenantes.

Ces efforts comprennent le suivi du développement des réformes financières (budgets et dépenses des ressources nationales), les approbations et décaissements de l'IDA et de la BIRD, l'engagement avec les partenaires de développement et les investissements du secteur privé. Les données ainsi obtenues sont présentées dans les profils pays.

cours des 12 prochaines années, pour que le GFF puisse – dès 2030 – contribuer à :

- Réduire le taux de mortalité maternelle à 70 pour 100 000
- Réduire les décès néonataux à 12 pour 1 000, et
- Réduire les décès des moins de cinq ans à 25 pour 1 000.

Ces diverses mesures aideront à progresser vers la réalisation des ODD, qui couvrent également l'accès universel à la santé sexuelle et procréative, incluant la planification familiale.

Le suivi des progrès réalisés sera effectué au moyen d'indicateurs d'impact de base (voir l'encadré). Ces indicateurs seront collectés par le GFF et ses partenaires en s'appuyant sur les enquêtes et les systèmes de rapports existants. Ceux-ci comprennent les données générées par des enquêtes nationales, comme les enquêtes démographiques et de santé (EDS) et les enquêtes en grappe à indicateurs multiples (MICS), qui sont financées par des ressources nationales ainsi que par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), l'UNICEF, l'Agence des États-Unis pour le développement international (USAID) et de nombreuses autres organisations multilatérales et bilatérales. Idéalement, ces enquêtes sont menées tous les trois à cinq ans pour déterminer l'évolution d'importants résultats de santé et de nutrition. Les profils pour les 16 premiers pays ont été établis sur la base des dernières données disponibles pour ces indicateurs. Le

GFF actualisera les statistiques au fur et à mesure que les enquêtes produiront de nouvelles informations.

Réformes du financement de la santé : pour accélérer les progrès réalisés en matière de couverture des interventions à fort impact, pour apprendre et prendre des mesures correctives et, plus généralement, pour atteindre les objectifs de la SRMNEA-N, le partenariat du GFF (incluant les gouvernements, les partenaires du H6, USAID, de nombreuses institutions bilatérales, les organisations de la société civile, le secteur privé et d'autres parties prenantes) s'attache à catalyser des investissements au profit de la SRMNEA-N avec 2 milliards de dollars en ressources supplémentaires du Fonds fiduciaire du GFF entre 2018 et 2023. Le GFF estime que les pays seront en mesure d'utiliser les ressources du Fonds fiduciaire de manière catalytique pour accroître la proportion des ressources gouvernementales allouées à la santé, ainsi que le volume total des ressources consacrées à des interventions de SRMNEA-N offrant le meilleur rapport coût-efficacité.

Le partenariat du Fonds fiduciaire du GFF vise à continuer à aligner et à catalyser les ressources supplémentaires en liant l'appui du Fonds fiduciaire à une combinaison de financements concessionnels de l'IDA et de la BIRD (actuellement à un ratio de 1 pour 7.3) ; en alignant le financement extérieur ; et en obtenant davantage de ressources du secteur privé pour la SRMNEA-N. [Publication à venir.] Le partenariat du GFF dans son ensemble appuie les réformes financières en engageant les ministres des finances et les ministres de la santé pour renforcer les efforts déployés en matière de mobilisation des ressources nationales. Ce travail vise à assurer à la fois la mobilisation et l'alignement de davantage de ressources publiques. Il est décisif d'investir dans des systèmes d'information de la santé et dans les données de routine pour permettre aux pays de progresser vers une couverture de santé universelle et d'assurer une couverture efficace à la fois des interventions de SRMNEA-N à fort impact et

Indicateurs d'impact de base du GFF

- Taux de mortalité maternelle
- Taux de mortalité des moins de 5 ans
- Taux de mortalité néonatale
- Taux de natalité parmi les adolescentes
- Espacement des naissances (proportion des derniers nés, âgés de 0 à 23 mois, qui sont nés moins de 24 mois après l'enfant précédent)
- Prévalence des retards de croissance des enfants de moins de 5 ans
- Prévalence des cas d'émaciation modérée à grave chez les enfants de moins de 5 ans
- Proportion des enfants dont le développement est en bonne voie (la définition de cet indicateur ne fait pas encore l'objet d'un consensus général)

Indicateurs de base du financement de la santé

Données disponibles dans les systèmes des comptes nationaux de la santé :

- Dépenses de santé par habitant financées par des ressources nationales
- Proportion des dépenses publiques totales consacrées à la santé par rapport aux dépenses publiques totales
- Pourcentage des dépenses de santé courantes consacrées aux soins de santé primaire

Données provenant d'enquêtes auprès de la population :

- Incidence des cas de catastrophe financière provoqués par des frais de santé à la charge du patient

de la protection financière en cas de maladie. Ces investissements sont également essentiels pour réaliser des réformes financières et sanitaires et accroître le volume total et la valeur des financements affectés à la santé et à la nutrition.

L'approche du GFF vise, de surcroît, à accroître l'efficacité allocative et technique à travers une meilleure mise en œuvre, et cela, en appuyant des stratégies et des interventions fondées sur des preuves et en appliquant systématiquement des mesures correctives à travers un suivi continu des ressources et des résultats disponibles. Le GFF et ses partenaires contribueront également à promouvoir l'efficacité et la pérennité en soutenant particulièrement les actions menées pour limiter les principaux goulets d'étranglement au niveau des systèmes, combler les déficits de financement et renforcer les systèmes utilisés pour évaluer les progrès réalisés, ainsi que celles visant à apprendre et prendre des mesures correctives. Cette approche doit, globalement, permettre d'étendre de façon accélérée la couverture des interventions rentables, abordables, faisables et à fort impact. Elle doit également appuyer la formulation de réformes importantes en matière de financement de la santé pour placer les pays sur la trajectoire requise pour accélérer les progrès réalisés vers une couverture de santé universelle et la réalisation des objectifs des ODD.

Ces réformes du financement de la santé seront mesurées à travers un ensemble d'indicateurs du financement de la santé – ces indicateurs peuvent être retrouvés dans les profils pays qui fournissent les données nationales les plus récentes. En outre, le GFF collaborera

avec d'importants partenaires techniques afin de suivre les progrès réalisés et assurer une vérification plus fréquente des processus et des résultats inhérents aux réformes du financement de la santé appuyées par le GFF. Les indicateurs de processus et résultats recommandés incluent :

- **Identifier des financements complémentaires** : les progrès réalisés en ce domaine seront mesurés par la *part des financements extérieurs pour la santé regroupés ou inscrits au budget*. Le GFF a appuyé un certain nombre d'exercices d'établissement de cartes budgétaires pour le dossier d'investissement qui, une fois achevés, figureront dans les profils pays.
- **Obtenir des financements de l'IDA/BIRD liés au GFF** : les informations dans ce domaine sont directement tirées des pages internet de la Banque mondiale portant sur les opérations dans chaque pays. Ces informations sont présentées pour les pays ayant été approuvés par les administrateurs de la Banque mondiale.
- **Mobiliser des ressources nationales pour la santé** : les indicateurs dans ce domaine s'attachent à déterminer si le pays a procédé à une analyse de l'espace budgétaire ; s'il a pris des mesures pour soutenir la mobilisation de ressources nationales ; s'il a priorisé la santé dans son budget ; s'il a accru l'ensemble des recettes publiques ; et, s'il a appuyé des sources de revenus spécifiques à la santé.

Domaines d'intervention prioritaires du GFF pour un suivi de routine de la performance

Domaines d'intervention

- Planification familiale, santé sexuelle et procréative et droits y afférents
- Santé maternelle, néonatale et infantile
- Nutrition et politique de nutrition
- Genre
- Adolescents
- Développement de la petite enfance
- Eau, assainissement et hygiène (WASH)

Domaines intersectoriels d'intervention

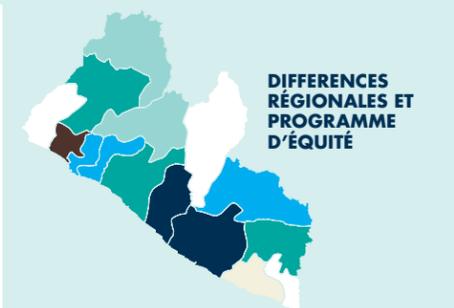
- Enregistrement et Statistiques de l'état civil
- Systèmes, qualité et utilisation des données
- Qualité des soins et de la prestation de services
- Chaînes d'approvisionnement et produits
- Santé communautaire
- Ressources humaines pour la santé
- Équité

Un tableau de tous les indicateurs est présenté dans les profils pays à la page 74.

Approche du GFF : cartographie et suivi des ressources financières en fonction des résultats aux niveaux infranationaux

SUIVI DES PRIORITÉS GÉOGRAPHIQUES (DISPARITÉS RÉGIONALES, ZONES URBAINES VERSUS RURALES)

- Sommes-nous où il faut ?
- Les résultats cadrent-ils avec les ressources disponibles ?
- Les investissements engagés cadrent-ils avec les montants décaissés ?
- Les fonds répondent-ils aux besoins ?



| Pour 4 CPN (2016/17) | Pour 4 CPN (2016/17) | Reste de dépenses | Écart pour les 4 CPN (2016/17) | Écart pour les 4 CPN (2016/17) |
|----------------------|----------------------|--------------------------|--------------------------------|--------------------------------|
| 22,4 | 2,4 | | 20,0 | 20,0 |
| | | District de Bakwanga | 24,7 | 13,3 |
| | | District d'Inyanga | 22,9 | 8,1 |
| | | District de Kikondo | 21,5 | 12,2 |
| | | Ville de Kinshasa | 18,8 | 12,5 |
| | | District de Kisumu | 18,9 | 12,5 |
| | | District de Kipanga | 14,3 | 4,5 |
| | | Municipalité de Kinshasa | 12,6 | 6,1 |
| | | District de Kikwit | 12,0 | 12,0 |
| | | District de Mbuji | 11,5 | 12,4 |
| | | District de Kongo | 11,2 | 12,5 |
| | | District de Mbandaka | 10,8 | 9,1 |
| | | District de Kaniabisi | 10,3 | 4,4 |
| | | District de Pange | 10,8 | 22,3 |
| | | District de Kisumu | 10,8 | 4,3 |
| | | Ville de Sangha | 12,4 | 2,9 |
| | | District de Kisumu | 10,1 | 10,1 |
| | | Ville de Kinshasa | 10,6 | 10,1 |
| | | District de Kikondo | 11,9 | 2,1 |
| | | District de Kisumu | 14,5 | 20,0 |
| | | District de Kisumu | 11,8 | 11,3 |
| | | District de Kongo | 14,5 | 1,5 |
| | | District de Kisumu | 8,8 | 4,3 |
| | | Municipalité de Kinshasa | 0,7 | 0,9 |
| | | District de Kisumu | 0,9 | 2,9 |
| | | Ville de Kinshasa | 10,6 | 10,6 |

Cartographie et suivi des ressources

Dans le but d'informer le dossier d'investissement et ensuite définir les cibles pour le cadre de résultats, le GFF a appuyé le développement d'une cartographie des ressources de la SRMNEA-N dans huit pays et envisage de faire de même dans les pays nouvellement enrôlés dans le GFF. Les huit pays dont les ressources ont déjà été cartographiées dans le cadre du partenariat du GFF sont le Cameroun, l'Éthiopie, le Liberia, le Mozambique, l'Ouganda, la RDC, le Sénégal et la Tanzanie (les résultats de cet exercice sont présentés dans les profils respectifs). Le GFF procède actuellement à la cartographie des ressources dans d'autres pays et, le GFF a présenté un résumé du processus de suivi dans leur cas.

La fourniture d'un appui pour des données financières et de résultats solides contribue à améliorer l'équité des décisions de financement. Lorsque les données financières peuvent être associées aux résultats, cela permet de promouvoir l'efficacité du système de santé et, par conséquent, d'optimiser les investissements et l'amélioration systématique de l'équité et de l'efficacité de la prestation de services. Dans ce cadre, le GFF et ses partenaires s'attacheront à mieux comprendre les processus de budgétisation ainsi que les données sur les décaissements et les dépenses, et cela, pour intégrer ces dernières dans des systèmes de suivi des données de routine. Lorsqu'il est possible de procéder à ce type d'intégration, les données sur les dépenses peuvent être prises en compte pour la priorisation et les décisions en matière d'allocation des ressources, permettant ainsi d'établir des projections des financements qui seront requis pour réaliser les objectifs du dossier d'investissement, et cela, pour une équité et une efficacité renforcées.

- **Stimuler les investissements du secteur privé et mobiliser les capacités et l'expertise du secteur privé** : le GFF s'emploie à identifier les occasions, tant aux niveaux national que mondial, susceptibles d'accroître la disponibilité des ressources nationales, de produire des gains d'efficacité et de motiver un plus grand soutien des banques multilatérales de développement, et cela, à travers des mécanismes de rachat de taux d'intérêt réduits et de cofinancement, tout en se concentrant sur la réalisation de résultats. Au niveau national, le GFF vise à évaluer les processus requis pour assurer un engagement accru, stratégique et basé sur des preuves, du secteur privé. A cette fin, le GFF appuie les gouvernements pour une prise de décision stratégique, basée sur des analyses des réglementations, des politiques et des finances (p.ex., en procédant à des analyses des comportements en matière de recours aux soins de santé par quintile de revenus et par catégories de prestataire, ainsi qu'à des évaluations du secteur privé), et pour l'identification de partenariats avec le secteur privé, et cela, afin d'atteindre les femmes, les enfants et les adolescents mal-desservis. Ces données ne sont pas encore incluses dans les profils pays.

- **Progresser en matière de protection financière** : suite aux travaux de l'OMS et de la Banque mondiale, les progrès réalisés par les pays en matière de protection financière seront mesurés par les indicateurs de produit et de réalisation, présentés dans les profils pays. Les indicateurs dans ce domaine s'attachent à déterminer si le pays suit les dépenses de santé catastrophiques et appauvrissantes à partir de données de moins de trois ans ; s'il a recensé les facteurs qui limitent la protection financière (en particulier, pour les services de SRMNEA-N) ; s'il a mis en œuvre



des réformes pour répondre aux facteurs de protection financière recensés (en particulier pour la SRMNEA-N).

- **Mettre en œuvre un programme complet de renforcement de l'efficacité technique :** l'objectif est de déterminer si un pays a mis en œuvre des stratégies pour améliorer l'efficacité, comme la chaîne d'approvisionnement pour la prestation de services de santé, la répartition des prestataires de santé de première ligne et, l'exécution du budget. Les indicateurs de réalisation substitutifs utilisés pour suivre et réduire les inefficacités comprennent le taux d'abandon des vaccinations DTP entre la première et la troisième dose ; le taux d'abandon des consultations prénatales entre la première et la quatrième visite ; et, le taux d'exécution du budget de la santé. Le recours à des méthodes de contrôle et l'examen des données sur les dépenses offrent les meilleures possibilités pour réellement comprendre les sources d'efficacité de la santé. Ces données doivent donc être communiquées, lorsqu'elles sont disponibles. Si elles ne le sont pas, le GFF s'emploiera à renforcer les systèmes de gestion et de déclaration des données.

Suivi régulier des dossiers d'investissement

Les cadres de suivi de routine adoptés varient dans chaque pays ayant identifié un ensemble distinct d'interventions prioritaires. Dans le cadre de son programme d'apprentissage, le GFF a procédé à des études du suivi de routine dans un certain nombre de pays pionniers du GFF. Le Cameroun, la RDC et la Tanzanie ont présenté des études de cas décrivant les processus suivis, les résultats obtenus et la manière dont les données ont été utilisées pour procéder à des améliorations. A mesure que d'autres pays progressent dans la conception et la mise en œuvre de leurs dossiers d'investissement, davantage de données sur le suivi de routine seront disponibles (voir l'encadré). Le GFF compte obtenir des données à partir des systèmes d'information et de gestion de la santé des pays, tels que le DHIS2 et les systèmes de gestion de l'information de laboratoire (LMIS) et les systèmes de gestion financière et de suivi des ressources, qu'il utilisera pour établir ses futurs rapports et, en particulier, à des fins d'apprentissage et d'ajustements (www.globalfinancingfacility.com).

Parce qu'ils sont fréquemment incomplets et établis manuellement, l'enregistrement et les statistiques de l'état civil ne permettent pas d'obtenir toutes les données nécessaires pour assurer un suivi opportun des progrès réalisés pour mettre fin aux décès et aux maladies évitables de mères, de nouveau-nés, d'enfants et d'adolescents, en particulier au niveau infranational. Le GFF a donc privilégié le renforcement des systèmes d'enregistrement et des statistiques de l'état civil, appuyant les pays à développer des dossiers d'investissement qui incluent ces systèmes en tant que composantes fortes et en tant que cofinancements (les investissements du GFF sur les CRVS sont présentés à la page 69).

Rôle de la plateforme nationale : la robustesse du partenariat du GFF tient à la poursuite d'un processus piloté par les pays. C'est au sein de ce processus que toutes les données de SRMNEA-N des partenaires pertinents sont partagées et revues par la plateforme nationale. Cette dernière renforce les données collectées par les systèmes nationaux pour le dossier d'investissement et, permet aux partenaires d'analyser et d'échanger toutes les données pertinentes. Des partenaires comme FP2020, Gavi, le Fonds mondial, le Plan d'urgence du Président des États-Unis pour la lutte contre le sida et USAID peuvent, de fait, avoir accès à d'autres sources de données plus détaillées, et parfois même disponibles en temps réel, qu'ils peuvent communiquer. Au niveau des pays, la collaboration en matière de données peut à son tour améliorer l'appropriation et l'utilisation résultats et améliorer la transparence et la redevabilité.

La plateforme nationale a pour objet d'assurer un examen — trimestriel ou semestriel — des données de routine collectées au niveau infranational, le cas échéant. En outre, lorsque des données deviennent disponibles — notamment les données financières générées par les systèmes des comptes nationaux de la santé les données d'enquêtes périodiques comme l'enquête sur l'évaluation de la disponibilité et le gouvernement de préparation des services (SARA – Service Availability and Readiness Assessment), les indicateurs de prestation de services (SDI), les enquêtes sur la démographie et de santé (EDS) et les enquêtes en grappe à indicateurs multiples (MICS) — elles doivent être incorporées à l'analyse. Il importe également de procéder à des examens annuels et à mi-parcours, incluant les indicateurs de décaissements, qui sont également utilisés par les pays bénéficiant d'un appui du GFF et de la Banque mondiale pour le financement basé sur les résultats.

Études de cas et profiles pays

Le rapport annuel du GFF présente les résultats et les enseignements tirés des études de cas de trois pays — le Cameroun, la République démocratique du Congo (RDC) et la Tanzanie — et cela, pour dresser un tableau plus détaillé des progrès réalisés et des résultats obtenus. En outre, ce rapport fournit un descriptif des 16 premiers pays couverts par le GFF, présentant les données relatives aux indicateurs de base du GFF, y compris les dossiers d'investissements nationaux et les priorisations géographiques, les données de référence sur les résultats de santé et de nutrition, et les données principales sur la couverture des interventions. Les statistiques indiquées sont, pour la plupart, antérieures à la mise en œuvre des dossiers d'investissement et servent donc de base de référence par rapport auxquelles les améliorations peuvent être mesurées. Conformément au processus du GFF, la plupart des pays ont mis au point leurs dossiers d'investissements en engageant de multiples parties prenantes, incluant les organisations de la société civile. Parmi eux, 10 pays ont également mobilisé le secteur privé. Seul un pays n'a pas encore achevé son dossier d'investissement et, 60 pour cent des pays ont commencé à mettre les leurs à exécution. Dans 12 pays, les projets de la Banque mondiale ont été approuvés et ont déjà donné lieu à des décaissements.

Les profiles pays se concentrent également sur les données relatives au financement de la santé et sur la cartographie des ressources, notamment les financements de l'IDA/BIRD et les cofinancements et les financements mis en commun, de manière concrète ou virtuelle. Quatorze pays ont élaboré des réformes du financement de la santé qui sont intégrées au dossier d'investissement ou qui font l'objet d'un document ou d'un processus distinct. La plupart des pays s'emploient à identifier des options pour la mobilisation des ressources nationales ainsi qu'à recenser des stratégies susceptibles de réduire les principaux facteurs d'inefficience ; et, un nombre restreint de pays a identifié les facteurs limitant la protection financière. Les résultats obtenus dans les premiers pays indiquent que les pays s'engagent dans la bonne direction. Dans les rapports à venir, le GFF présentera une version agrégée des données de performance spécifiques à chaque pays pour souligner les progrès réalisés au niveau mondial, et cela, en utilisant des tableaux de bord des indicateurs de base du GFF.

La République du Cameroun

Malgré son statut de pays à revenu intermédiaire de la tranche inférieure, le Cameroun a récemment été classé 153^e sur 188 pays selon l'indice de développement humain (IDH 2014). Il figure, en effet, parmi un groupe de pays dont les score d'IDH se sont dégradés au cours des 20 dernières années. Cette évolution a tenu en partie à la lenteur des progrès enregistrés dans les principaux domaines de la santé.

Selon les estimations de la Banque mondiale, le taux de mortalité des moins de 5 ans a connu une baisse de 54 pour cent au cours des 20 dernières années, passant de 172 pour 1 000 en 1998 à 80 pour 1 000 en 2016. Durant cette période, le taux de mortalité maternelle a décliné de 20 pour cent, passant de 750 pour 100 000 naissances vivantes (1998) à 596 pour 100 000 (2015). Les taux de mortalité des mères et des enfants demeurent toutefois importants et un décalage demeure avec la situation économique du Cameroun et le niveau relativement élevé des dépenses de santé par habitant (138 dollars en 2014). À titre d'exemple, le taux de mortalité maternelle du Cameroun dépasse le taux moyen enregistré pour l'Afrique subsaharienne à hauteur de 9 pour cent, et représente plus du double du taux moyen des pays à revenu intermédiaire de la tranche inférieure.

En outre, le Cameroun souffre de disparités régionales en matière de résultats de santé et de nutrition, avec les trois régions du nord et la région de l'Est affichant des résultats considérablement plus inférieurs aux moyennes nationales. Par exemple, alors que la proportion de filles âgées de 15 à 19 ans ayant commencé à procréer est de 44,2 pour cent dans la région de l'Est et de 23,4 pour cent dans la région de l'Extrême-Nord, elle ne s'élève qu'à 7,6 pour cent à

Yaoundé, la capitale. En outre, en matière de retard de croissance parmi les moins de 5 ans, ces quatre régions enregistrent des taux supérieurs à la moyenne nationale (32 pour cent), à savoir 42 pour cent pour la région de l'Extrême-Nord, 34 pour cent pour la région du Nord, 38 pour cent pour la région de l'Adamaoua et 36 pour cent pour la région de l'Est.

Formulation d'un plan, de partenariats, et d'un dossier d'investissement

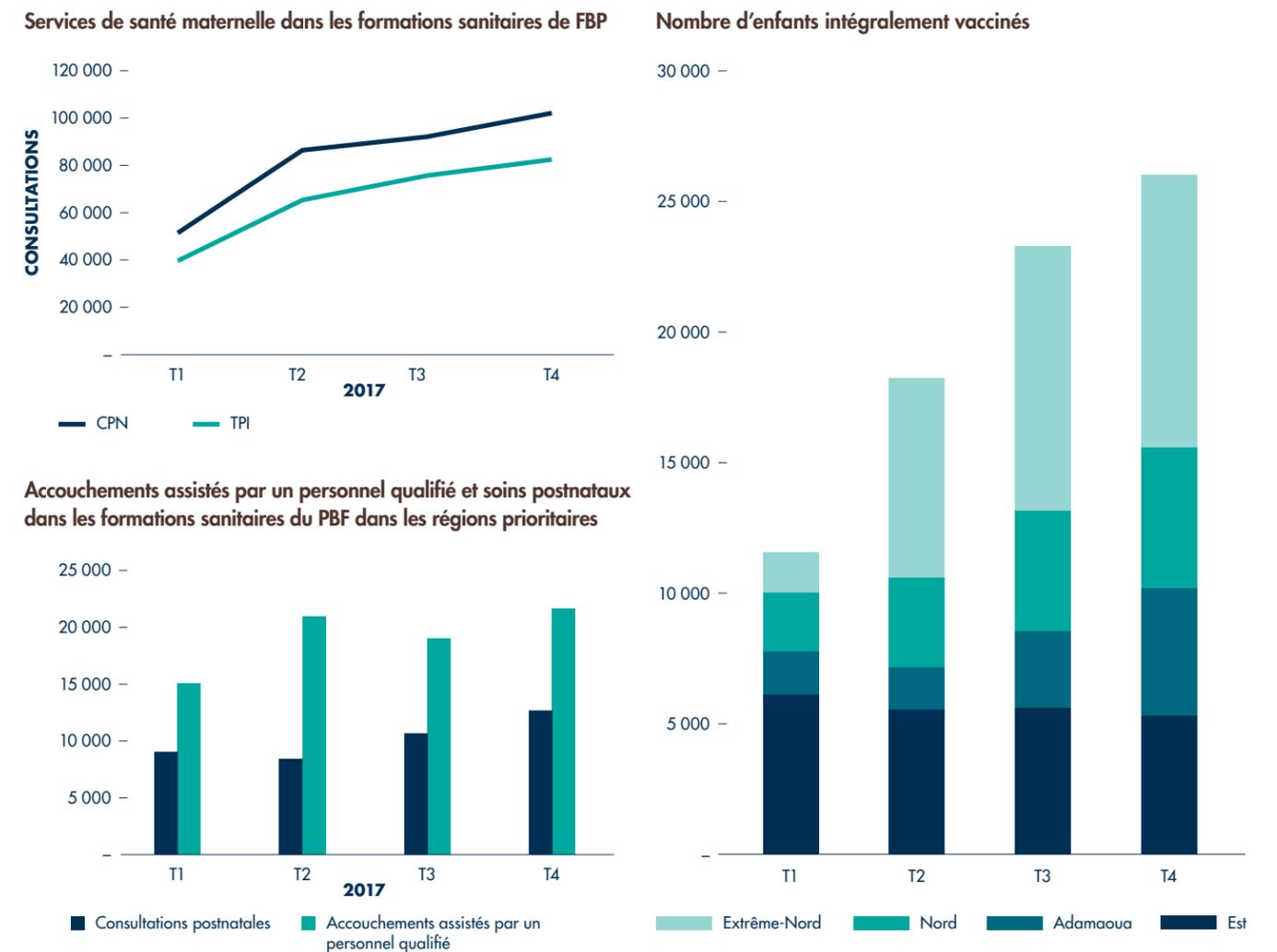
Pour remédier à ces graves insuffisances, le gouvernement camerounais a mis en place un processus consultatif avec ses partenaires principaux pour planifier un appui pour l'alignement des partenaires ainsi que pour la priorisation par le gouvernement, et cela, pour la SRMNEA-N. Le dossier d'investissement de la SRMNEA-N, approuvé à la fin de l'année 2016, comprend des interventions axées sur la santé et la nutrition ainsi que des réformes du financement de la santé.

Le dossier d'investissement a trois objectifs principaux : (1) améliorer l'efficacité allocative, (2) accroître l'utilisation des services de santé prioritaires et, (3) renforcer

plus largement les systèmes de santé. Les efforts consacrés à l'accroissement de l'efficacité allocative et à l'alignement des partenaires suivent deux axes : le premier consiste à rééquilibrer les dépenses publiques de santé entre les soins tertiaires et les soins primaires/secondaires (notamment en donnant la priorité aux services de SRMNEA-N), et le second consiste à orienter les ressources vers les régions du pays les plus touchées et aux ressources les plus faibles, à savoir la région de l'Est, la région de l'Adamaoua, la région du Nord et la région de l'Extrême-Nord.

Dans le cadre de ce processus consultatif, le dossier d'investissement de la SRMNEA-N est appuyé par les fonds nationaux du Gouvernement du Cameroun, l'IDA de la Banque mondiale, la Banque islamique de développement et le Fonds fiduciaire du GFF. Il bénéficie aussi de l'appui de GAVI, du Fonds mondial, du Fonds des Nations unies pour la population (UNFPA), de l'UNICEF, de l'OMS, de l'Agence allemande de coopération internationale (GIZ), de la Banque de développement allemande (KfW), de l'Agence française de développement (AFD), du gouvernement des États-Unis, d'UNITAID et de la Fondation Bill et Melinda Gates. Le secteur privé a également apporté son concours, notamment par suite de la contribution d'Addax Petroleum de 155 000 dollars

FIGURE 1
Accroissement de l'utilisation des services prioritaires de santé maternelle et infantile dans les formations sanitaires des régions prioritaires en utilisant un financement basé sur les résultats, par trimestre, 2017



(2017-18) effectuée pour équiper les hôpitaux ruraux dispensant des soins aux mères et aux nouveau-nés dans les régions prioritaires.

Les autorités camerounaises se sont fondées sur le dossier d'investissement pour informer son budget national pour l'exercice 2018, développé à la fin de l'année 2017. Malgré une baisse du budget total de la santé due aux mesures d'assainissement des finances publiques, la Direction des ressources financières et du patrimoine (DRFP) du ministère de la Santé publique fait état d'une forte augmentation de la part du budget affectée aux régions prioritaires identifiées dans le dossier d'investissement comme étant les plus touchées.¹

En 2017, le gouvernement s'est aussi engagé à procéder à une série de réformes budgétaires et stratégiques dans le secteur public dans le cadre du programme d'appui budgétaire convenu avec la Banque mondiale. Le processus du GFF a servi de base aux analyses qui sous-tendent les réformes du secteur de la santé. Il a aussi incité les autorités à s'engager pour une augmentation de la part du budget de la santé allouée aux soins de santé primaires et secondaires, et cela, pour passer d'un niveau de référence de 8 pour cent en 2017 à 20 pour cent dès 2020. Le dossier d'investissement s'est révélé être un outil important, fournissant les informations requises pour informer un dialogue entre les ministères de la santé et des finances.

Accroître l'utilisation des services essentiels

Le Cameroun s'emploie à accroître l'utilisation des services de santé essentiels compris dans le dossier d'investissement en étendant le financement basé sur les résultats dans les formations sanitaires et, en stimulant la demande pour des services de santé maternelle et néonatale, notamment à travers l'émission de chèques santé qui vise également à réduire les dépenses de santé à la charge des patients. Les autorités camerounaises estiment que le système de financement basé sur des résultats couvrira l'ensemble des formations sanitaires dans les régions prioritaires du dossier d'investissement dès le milieu de l'année 2018.

Premiers signes d'une progression.

L'accroissement en matière d'utilisation des services dont témoigne la Figure 1 est en partie imputable à l'expansion du programme national de financement basé sur la performance dans les régions de

« Nous n'avions pas de source d'eau potable, nous avons des problèmes d'électricité, et certains de nos malades n'avaient même pas de draps sur leur lit ... maintenant, nous avons un puits et nous ne manquons plus jamais d'eau au centre de santé. »

– Sœur Vera Ngalim, centre de santé catholique de Saint Jean-Baptiste

L'Adamaoua, du Nord et de l'Extrême-Nord (la région de l'Est implémentait déjà l'approche depuis 2017). En 2017, le pays a étendu ses contrats de financement basé sur la performance à 921 formations sanitaires supplémentaires (un total de 1428 établissements étaient sous contrats au dernier trimestre de 2017). Toutefois, 55 pour cent de cette croissance s'est produite dans les quatre régions prioritaires du dossier d'investissement, bien que ces dernières ne comptent que 20 pour cent des formations sanitaires du pays.

Certaines données suggèrent que la productivité des formations sanitaires augmente dès qu'elles sont contractualisées. Dans les régions du Nord et de l'Extrême Nord, 34 établissements ont signé des contrats pour la première fois et ont commencé à présenter leurs résultats au premier trimestre (le nombre d'établissements couverts par un contrat a augmenté tout au long de l'année). Au quatrième trimestre, le nombre d'accouchements assistés par un personnel qualifié dans ces formations avait augmenté à raison de 71 pour cent. Cela suggère que les efforts concertés des partenaires au niveau de l'offre et de la demande, notamment la levée de certains des obstacles restreignant l'accès aux services, génèrent des améliorations au niveau des formations sanitaires.²

Accroître l'accès à la planification familiale

Le dossier d'investissement accorde la priorité non seulement aux services de santé maternelle et infantile, mais aussi à l'élargissement de l'accès à des méthodes contraceptives modernes, à la diversification de la palette de méthodes proposée et à l'amélioration de l'accès des adolescentes à la contraception. À l'échelle nationale,

seulement 21 pour cent des femmes mariées utilisaient une méthode de contraception moderne en 2014 (MICS, 2014). En 2014, les régions prioritaires du dossier d'investissement affichaient les taux les plus faibles du pays en matière d'utilisation des méthodes de contraception modernes, soit 3,5 pour cent dans la région de l'Extrême-Nord, 6,1 pour cent dans la région du Nord, 7,7 pour cent dans la région de l'Adamaoua, et 14,5 pour cent dans la région de l'Est.

Premiers signes d'une progression.

Le nombre de consultations de planification familiale a augmenté au cours de l'année 2017 dans les établissements financés en fonction de résultats, et cela, aussi bien pour des méthodes à courte durée d'action que pour des méthodes réversibles à longue durée d'action. Cette progression a été appuyée par plusieurs partenaires techniques et financiers, notamment le soutien de l'UNFPA Supplies pour l'approvisionnement de produits de base, et les efforts déployés du côté de l'offre comme le financement basé sur les résultats (Figure 2).

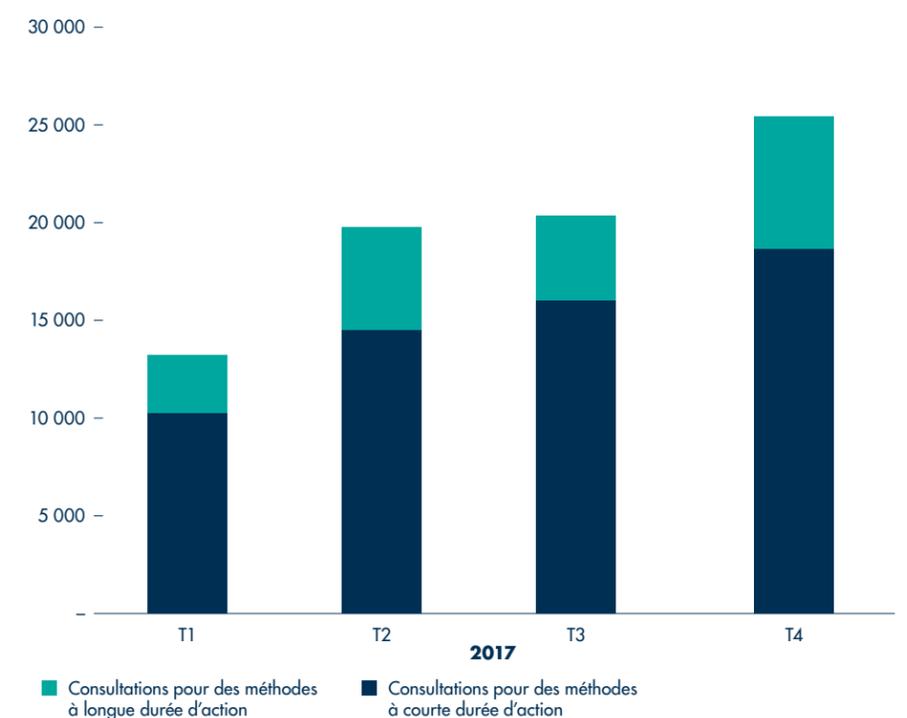
Projet pilote de santé sexuelle des adolescents

Tout au long de l'année, la Direction de la santé de la famille du ministère de la Santé publique s'est employée à préparer un projet pilote dans la région de l'Est pour fournir des services de conseil et de contraception de qualité pour les adolescents sexuellement actifs, et cela, en collaboration de l'UNFPA et la Banque mondiale. Ce projet pilote sera initié au milieu de 2018 et, évaluera une solution technologique dans le but d'améliorer l'expérience des adolescents. Il donnera également lieu à une évaluation visant à mieux comprendre les réponses suscitées par les subventions de planification familiale du côté de l'offre et du côté de la demande.



Les priorités définies dans le dossier d'investissement du Cameroun sont reflétées dans le budget national, dans les activités des intervenants du secteur de la santé, dans les améliorations apportées dans le cadre de l'utilisation des interventions de santé prioritaires ainsi que dans les efforts menés pour renforcer le secteur de la santé en général. Maintenant que le Cameroun entame la deuxième année de la mise en œuvre de son dossier d'investissement, la portée des interventions sera accrue et il sera plus que jamais nécessaire de communiquer et de collaborer avec les partenaires. Un appui axé sur le système national d'information et de gestion de la santé sera particulièrement fourni, se concentrant notamment sur la qualité, la complétude et l'utilisation des données, et cela, afin de mieux comprendre les tendances relatives à l'utilisation des services et renforcer le suivi des financements des partenaires et du gouvernement affectés aux priorités de dossier d'investissement. Cela permet également de renforcer « l'approche du système d'apprentissage » qui sera essentielle pour assurer la pérennité des progrès réalisés au Cameroun dans le domaine de la SRMNEA-N.

FIGURE 2
Consultations de planification familiale dans les formations sanitaires utilisant un financement basé sur les résultats dans les régions prioritaires, par trimestre, 2017



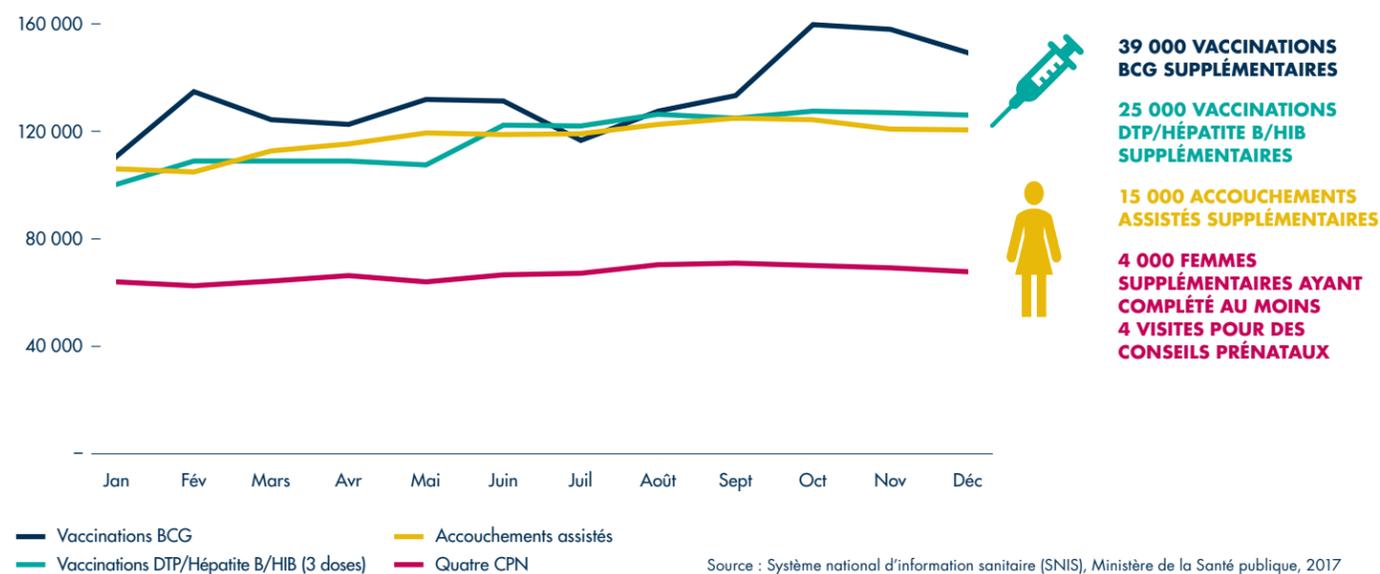
¹ Communication personnelle avec le Sous-directeur du budget et du financement qui a procédé à l'analyse du budget.

² L'analyse a été effectuée au moyen de données portant sur le financement basé sur les résultats dans les établissements, disponibles à <http://front.fbrcameroun.org/>

La République démocratique du Congo

En République démocratique du Congo (RDC), le GFF a été lancé en avril 2015. Les autorités nationales ont mis en place une plateforme qui réunit les principales parties prenantes gouvernementales de la santé, d'autres ministères de tutelle, les représentants de la société civile et les partenaires de développement. La plateforme du GFF a mené les efforts d'élaboration du dossier d'investissement pour la SRMNEA-N, privilégiant les interventions énoncées dans le Plan national de développement sanitaire (PNDS) 2016-2020. Le ministère de la santé s'est employé, avec les représentants de la société civile, à définir les priorités de la SRMNEA-N ; l'UNICEF a procédé à l'analyse des goulets d'étranglement du système de santé ; l'OMS a appuyé le chiffrage des coûts inhérents au dossier d'investissement ; et le Secrétariat du GFF a contribué à la cartographie des ressources avec l'appui du gouvernement et de plusieurs bailleurs de fonds.

FIGURE 3
Prestation des services essentiels de santé maternelle et infantile dans les 14 provinces ciblées, RDC, 2017



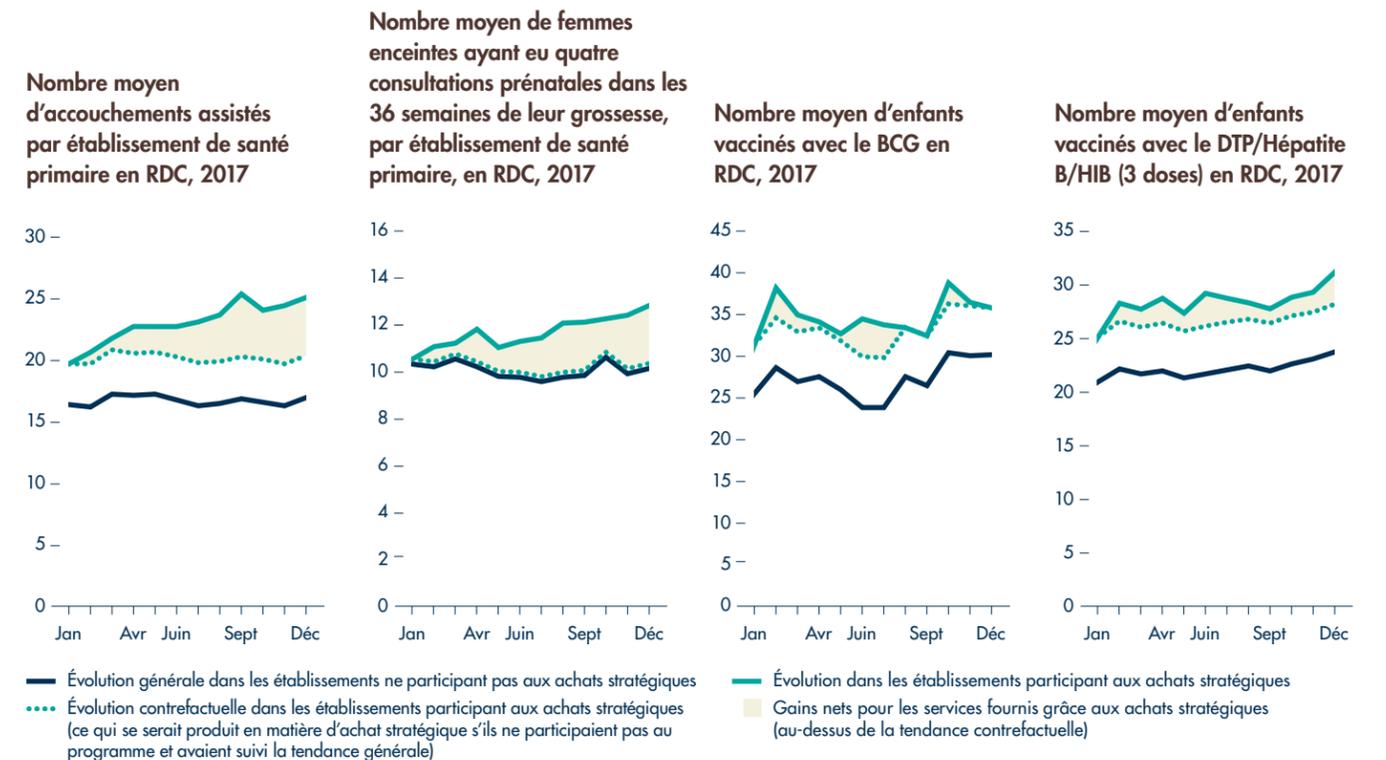
Étendre les services essentiels

Le dossier d'investissement a identifié 12 priorités en vue de réduire le taux de mortalité maternelle de 890 pour 100 000 à 800 pour 100 000 et, le taux de mortalité infantile de 119 pour 1 000 à 88

pour 1 000, et cela, dans les 14 provinces prioritaires sur une période de cinq ans.¹ La première des 12 priorités consiste à élargir la couverture d'un paquet de services essentiels de SRMNEA-N ayant un fort impact et un bon rapport coût-efficacité. Cette priorité constitue l'élément central du dossier d'investissement et, par conséquent, les trois quarts du budget total prévu pour le dossier

d'investissement lui sont affectés. Le Ministère de la Santé, la Banque mondiale, le GFF, le Fonds mondial, Gavi, l'UNICEF, l'UNFPA et USAID ont aligné leurs ressources techniques et financières pour appuyer la mise en œuvre des interventions dans les domaines prioritaires identifiés.

FIGURE 4
Prestation des services essentiels de santé maternelle et infantile dans les 14 provinces ciblées, Indique les moyennes pour les établissements participants et non-participants, RDC, 2017



Premiers signes d'une progression.

En 2017, le nombre de femmes et d'enfants utilisant le paquet essentiel de services de santé, tel que défini dans la première priorité, a considérablement augmenté dans les 14 provinces. Selon les données de 2017 portant sur l'utilisation des services, entre janvier et décembre 2017, 39 000 enfants supplémentaires ont reçu le vaccin du BCG et 25 000 enfants supplémentaires ont reçu les trois doses du vaccin pentavalent DTP/Hépatite B/HIB. En outre, durant la même période, il y a eu 15 000 accouchements assistés supplémentaires et 4 000 femmes supplémentaires ont participé à au moins 4 consultations prénatales (Figure 3). En d'autres termes, le nombre d'enfants vaccinés a augmenté d'environ 35 pour cent pour le BCG et de 25 pour cent pour le vaccin pentavalent DTP/Hépatite B/HIB, tandis que le nombre d'accouchements assistés s'est accru de 14 pour cent et celui des consultations prénatales de 6 pour cent.

Financement basé sur les résultats

Le dossier d'investissement a aidé à catalyser des réformes du financement de la santé. L'une de ces dernières a donné lieu à la mise en place d'un système d'achat stratégique, qui consiste à rémunérer les formations sanitaires

en fonction de leur performance ainsi qu'à fournir des incitations financières pour accroître la quantité et la qualité des services de santé maternelle et infantile fournis (priorité n° 5 du dossier d'investissement). Ce programme d'achat stratégique bénéficie des co-financements de l'Agence norvégienne de développement international (NORAD), du Canada, de la Fondation Bill et Melinda Gates, d'USAID, du Fonds mondial et de la Banque mondiale. Il est complété par d'autres activités et interventions financées par d'autres partenaires.

Premiers signes d'une progression.

En janvier 2018, environ 2 940 des 17 000 formations sanitaires de la RDC participaient au programme. La rationalisation du système de paiement et la mise en place d'un mécanisme d'achat stratégique ont permis d'augmenter le nombre d'enfants et de femmes recevant des services dans les provinces prioritaires, et cela, à des niveaux supérieurs à la tendance générale (Figure 4). Une comparaison, effectuée au cours des 12 mois de 2017, avec les formations sanitaires n'ayant pas participé au programme d'achat stratégique indique que les formations participantes affichent en moyenne un supplément de 16 consultations prénatales et de 36 accouchements assistés. Elle indique également que 31 enfants supplémentaires ont reçu le vaccin du BCG et 32 enfants supplémentaires ont reçu la troisième et dernière dose du vaccin pentavalent DTP/

Hépatite B/HIB.² En d'autres termes, le programme d'achat stratégique a contribué à un accroissement moyen de 11 pour cent pour les vaccins du BCG, de 13 pour cent pour le vaccin pentavalent DTP/Hépatite B/HIB, de 14 pour cent pour les consultations prénatales et de 19 pour cent pour les accouchements assistés par un personnel qualifié, et cela, dans les établissements participant au programme.

À l'échelle nationale, entre janvier et décembre 2017, grâce aux achats stratégiques, 8 500 enfants supplémentaires ont reçu le vaccin du BCG ; 8 700 enfants de plus ont été vaccinés au pentavalent DTP/Hépatite B/HIB ; 10 000 accouchements de plus ont été assistés par un personnel qualifié ; et, environ 4 000 femmes de plus ont participé à des consultations prénatales³.

Développer des données précises et opportunes

Le dossier d'investissement souligne le besoin de disposer de données précises, complètes et opportunes pour pouvoir efficacement gérer le secteur de la santé et assurer la qualité et l'efficacité de la prestation de services. Sa onzième priorité consiste à renforcer le système national d'information sanitaire (SNIS). Le dossier d'investissement

soutient l'expansion du système national d'information sanitaire ainsi que celle de sa plateforme électronique, le DHIS2, et cela, particulièrement au niveau des provinces et des zones de santé.⁴

Premiers signes d'une progression.

A ce jour, les ressources financières pour le renforcement du SNIS ont été affectées par la Banque mondiale, avec le soutien additionnel de USAID, Gavi, le Fonds mondial et le ministère du Développement international du Royaume-Uni (DFID). Ces investissements ont généré des améliorations tangibles en matière de qualité des données. Durant l'année 2017, le nombre de centres de santé n'établissant pas systématiquement des rapports mensuels sur les principaux services de SRMNEA-N priorisés dans le dossier d'investissement avait diminué de 6,2 pour cent pour les vaccinations au pentavalent DTP/Hépatite B/HIB, de 7,1 pour cent pour le BCG, de 10 pour cent pour les quatre consultations prénatales, et de 16 pour cent pour les accouchements assistés par un personnel qualifié.

Rationalisation des financements

Le dossier d'investissement a élargi la portée d'un mécanisme existant, le contrat unique (priorité n° 9), et cela, pour améliorer l'alignement des ressources nationales et extérieures et assurer une couverture plus efficace des services aux niveaux décentralisés. Le contrat unique est un contrat entre les services du Ministère de la Santé établis au niveau de la province (autorité contractante), l'autorité sanitaire de province (prestataire des services de santé) et les partenaires de développement. Il a pour objet de virtuellement regrouper toutes les ressources financières pour appuyer un plan d'action sanitaire unique et intégré au niveau de la province, réduisant ainsi la fragmentation des financements et assurant une implémentation et un suivi adéquats du paquet de services de la SRMNEA-N. Le contrat unique doit permettre de renforcer les capacités fiduciaires de l'administration sanitaire de province, et cela, grâce au recours à un système unique de comptabilité. Il s'agit là d'un mécanisme puissant pour le suivi des engagements et des dépenses du gouvernement et des partenaires de développement au titre des programmes de travail provinciaux (Figure 5).

Premiers signes d'une progression.

Le système du contrat unique a débuté en 2017 dans huit provinces : Nord Kivu,

« Nous sommes bien soignés et le personnel infirmier est toujours accueillant »

– Marie Kumba, centre de santé du Saint Esprit. Elle s'est rendue au centre pour toutes ses consultations prénatales et a reçu une moustiquaire imprégnée fournie par Sanru (une ONG chargée de distribuer des moustiquaires du Fonds mondial).

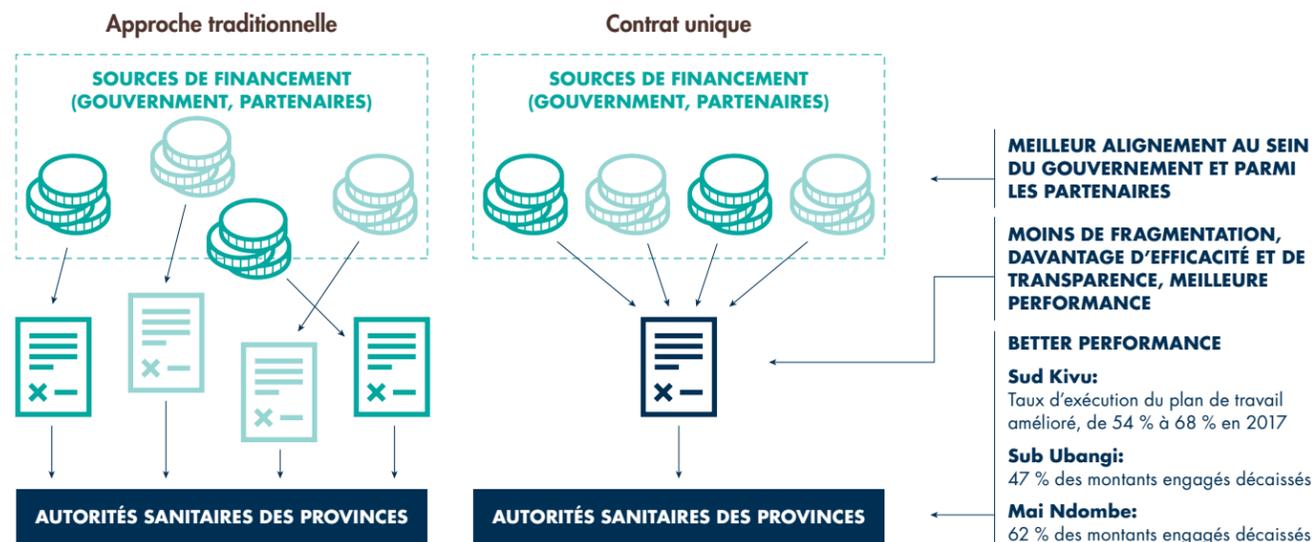
Sud Kivu, Kwilu, Kwango, Mai Ndombe, Sud Ubangi, Lualaba et Haut-Katanga. Les évaluations de sa mise en œuvre, entreprises régulièrement et de façon indépendante et couvrant particulièrement la redevabilité mutuelle de toutes les parties prenantes, font état de résultats prometteurs. Par exemple, le taux d'exécution des activités de SRMNEA-N prévues est passé de 54 pour cent au premier trimestre de 2017 à 68 pour cent dans le Nord Kivu au deuxième trimestre de 2017. Le taux de décaissement des montants engagés par les bailleurs de fonds et par l'administration centrale s'améliore aussi progressivement et dépasse maintenant les 50 pour cent dans plusieurs provinces.

De nouvelles analyses de la mobilisation des ressources nationales doivent être réalisées dans le but d'examiner les mécanismes qui pourraient être employés pour accroître un financement national des services de santé au niveau des provinces. En effet, les engagements financiers des autorités sanitaires provinciales sont encore limités dans le cadre du contrat unique. Les analyses financées par Gavi, le GFF et la Banque mondiale s'inscrivent toutes dans le cadre de la stratégie de financement de la santé. Étant donné le faible taux d'absorption budgétaire des ressources existantes (58 pour cent), la stratégie de financement de la santé oriente à court terme les actions de mobilisation des ressources nationales vers une amélioration de l'efficacité des ressources existantes, et cela, en privilégiant le contrat unique, les achats stratégiques, la gestion des finances publiques et les réformes des ressources humaines. A long et à moyen terme, le Ministère de la Santé prévoit d'accroître la part du budget national affectée à la santé (5 pour cent). L'étude prévue par Gavi, le GFF et la Banque mondiale examinera le potentiel et la faisabilité d'une affectation spéciale des recettes fiscales, de réformes du recouvrement des impôts et d'une amélioration de la priorisation sanitaire aux niveaux provincial et national, présentant les principales réformes pouvant être menées à long et à moyen termes pour mobiliser davantage de ressources pour le secteur de la santé.

Conclusion

Alors que la valeur ajoutée du GFF est de prioriser davantage les interventions à fort impact du PNDS dans les provinces aux indicateurs de santé les moins performants, cela n'a été possible qu'avec l'appui du gouvernement et de nombreux partenaires ayant une longue expérience de la SRMNEA-N en RDC. Le GFF a contribué à renforcer l'alignement et le financement des interventions inhérentes à la première priorité, le paquet essentiel de services de santé, dont le financement a été élargi grâce à la mise en commun des ressources de la Banque mondiale (IDA), du GFF, d'USAID et du Fonds mondial. Il importe de souligner que le dossier d'investissement s'appuie sur des interventions probantes financées et mises en œuvre par le gouvernement et par ses partenaires, notamment les achats stratégiques et le contrat unique. L'objectif du dossier d'investissement est d'accroître la visibilité des interventions à un fort impact et d'aider le Ministère de la Santé à réunir davantage de ressources nationales et internationales pour maintenir ces interventions et, par extension, combler le déficit de financement de la SRMNEA-N et sauver les vies d'un plus grand nombre de mères, d'enfants et d'adolescents. Bien que la plateforme du GFF privilégie les provinces aux indicateurs sanitaires et socio-économiques les plus faibles, plusieurs bailleurs de fonds, parmi lesquels la Banque mondiale, l'UNICEF, l'Union européenne, le Fonds mondial, Gavi et de nombreuses autres entités, contribuent de manière importante dans les provinces non-incluses dans le dossier d'investissement afin d'assurer une couverture sanitaire universelle à travers le financement de la SRMNEA-N.

FIGURE 5
Recours à une approche de contrat unique pour améliorer l'alignement des financements ainsi que la performance



2 Les chiffres sont estimés en fonction des résultats issus d'une analyse de régression basée sur des modèles d'équations généralisables, et cela, en comparant l'évolution de la prestation de services dans les établissements participant au programme d'achat stratégique et dans les établissements non participants.

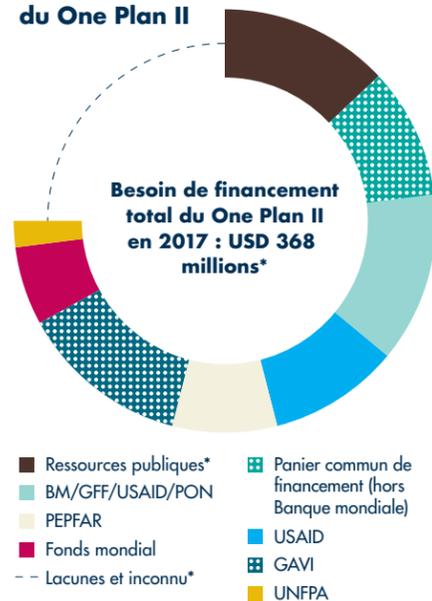
3 Le nombre de consultations prénatales a stagné dans les établissements qui ne participaient pas au programme d'achat stratégique dans les 14 provinces couvertes par le dossier d'investissement et, selon l'analyse statistique, près de toutes les augmentations enregistrées dans ces provinces sont dues à ce programme.

4 Les autres activités incluses dans cette action prioritaire comprennent la conception et la mise en place de systèmes d'information sur la chaîne d'approvisionnement et les ressources humaines, ainsi que l'amélioration des liens entre le système national d'information sanitaire et le système d'enregistrement et des statistiques de l'état civil.

République-Unie de Tanzanie

Entre 2010 à 2015, la Tanzanie a enregistré des améliorations notables en matière d'espérance de vie (de 61,6 à 64,9 ans), de taux de mortalité infantile (de 51 à 43 pour 1 000 naissances vivantes), de taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans (de 81 à 67 pour 1 000 naissances vivantes), et de prévalence des retards de croissance chez les enfants de moins de 5 ans (de 42 % à 34,4 %). En revanche, le taux synthétique de fécondité demeure obstinément élevé (5,2 en 2015) et le taux de mortalité maternelle a même *augmenté* pour passer de 454 à 556, si bien que la santé maternelle est devenue une priorité nationale. En 2015, la Tanzanie a initié la mise en œuvre de son dossier d'investissement, le One Plan II, et cela, pour faire face aux défis qui persistent dans le domaine de la SRMNEA-N.

FIGURE 6
Estimations des contributions effectuées par les principaux financiers, en tant que pourcentage des besoins budgétaires 2017 du One Plan II



Le One Plan II donne la priorité à des interventions décisives visant à accélérer les améliorations en matière de qualité, d'accès et d'utilisation des services de SRMNEA-N. Ces interventions comprennent les soins prénatals, l'utilisation d'agents de santé qualifiés pour accoucher ainsi que les soins obstétricaux et néonataux essentiels d'urgence (SONU) et les soins obstétricaux et néonataux d'urgence et complets (SONUC).

Formulation d'un plan, partenariats, et financement

Le plan a été conçu à travers le groupe de travail technique de la SRMNEA de la Tanzanie, suivant un processus consultatif. Les financiers principaux soutiennent diverses composantes de la stratégie formulée par le gouvernement pour relever les défis de la SRMNEA-N et améliorer la transparence financière. Le GFF a joué un rôle crucial en mobilisant les financiers pour une mise en commun des ressources, et cela, en

soutien à l'initiative Primary Healthcare for Results de la Banque mondiale. Cette initiative est financée par le Fonds fiduciaire du GFF, Power of Nutrition, USAID et la Banque mondiale. Le « panier commun de financement » (Health Basket Fund) regroupe l'appui fourni par le Canada, le Danemark, l'Irlande et la Suisse, ainsi que par l'UNFPA, l'UNICEF et la Banque mondiale. La cartographie récente des ressources émanant des financiers importants indique que le plan est financé à 67 pour cent (Figure 6).

Plusieurs domaines prioritaires ne bénéficient toujours pas de financements suffisants dans le cadre du One Plan II, notamment le renforcement de la prestation de services pour les complications obstétriques et les soins néonataux, la santé des adolescents, la violence sexiste, les cancers génésiques et, la santé communautaire. Malgré les importants progrès réalisés en matière d'alignement des partenaires et de transparence des ressources, davantage de travail sera requis pour aligner tous les partenaires avec le One Plan II et communiquer davantage d'informations sur les engagements financiers.

Progresser vers une couverture de santé universelle et vers un accès équitable

Pour aider à pérenniser les progrès sanitaires réalisés, le gouvernement de la Tanzanie prend des mesures décisives pour accroître les ressources pouvant être consacrées pour accroître la durabilité du financement de la santé. Le gouvernement développe actuellement une stratégie de financement de la santé sur cinq ans en vue de progresser vers une couverture de santé universelle. Cela constitue une étape essentielle pour assurer la protection financière des populations pauvres et réduire les dépenses catastrophiques de santé. Le GFF appuie ces efforts en fournissant une assistance technique, en renforçant les capacités et en procédant à des analyses dans le but de finaliser la stratégie de financement de la santé et de promouvoir un projet de loi pour un système national unique d'assurance médicale.

Les autorités nationales mettent aussi en œuvre d'importantes initiatives pour améliorer l'équité en matière d'accès aux services de santé. Il est essentiel que la Tanzanie élargisse l'accès des populations pauvres aux services de santé pour assurer la réalisation de résultats équitables de SRMNEA-N.

Premiers signes d'une progression.

Dans les régions implémentant le financement basé sur les résultats, le nombre de personnes identifiées comme vivant en dessous du seuil de pauvreté par le Tanzania Social Action Fund (TASAF) et recevant des soins ambulatoires a considérablement augmenté entre le milieu de 2016 et la fin de 2017 (Figure 7).⁵

FIGURE 7
Pourcentage de personnes à faibles revenus identifiées par le Tanzania Social Action Fund recevant des soins ambulatoires, par province, Données de Quantité, avril 2016-déc. 2017

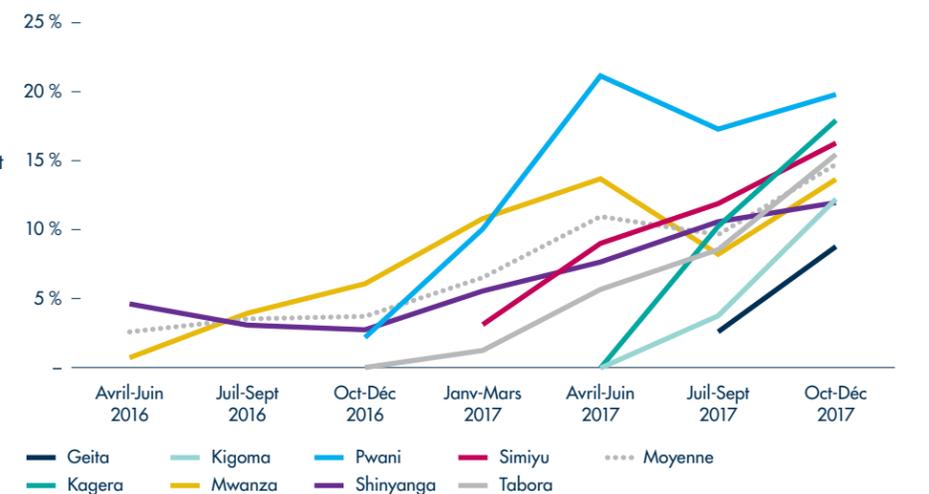
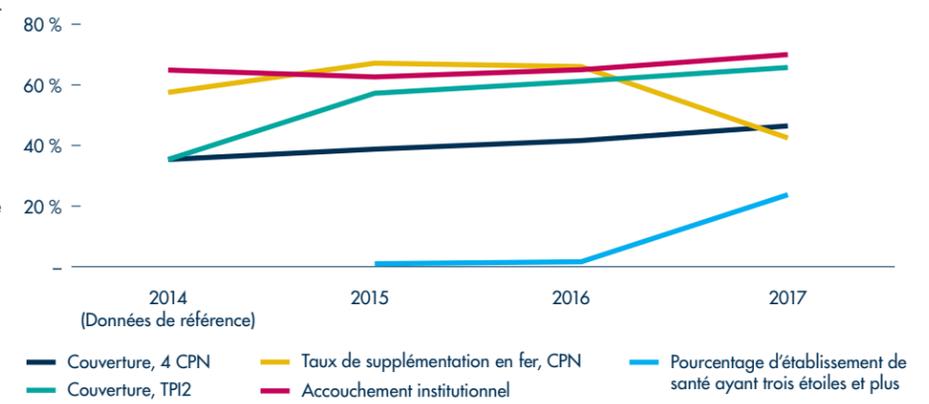


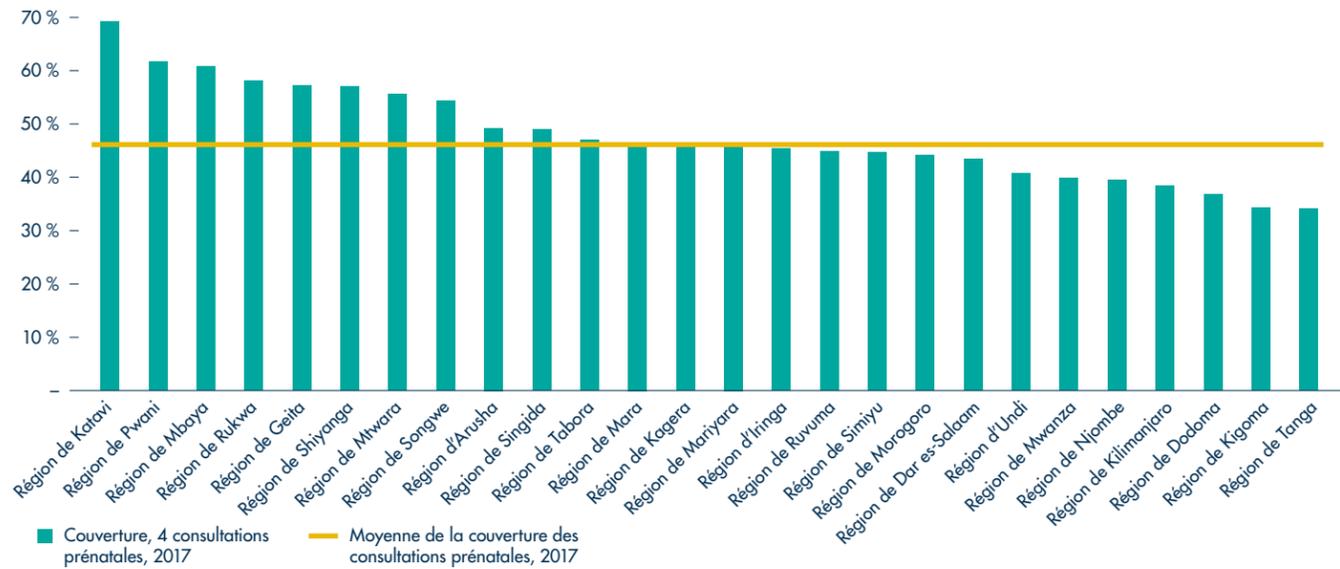
FIGURE 8
Couverture nationale des principaux indicateurs des fiches d'évaluation de district (DHIS2), 2014-17



⁵ Les pourcentages indiqués se réfèrent à ceux établis par le TASAF pour la population desservie dans chaque établissement de santé, dans une province déterminée.

* Le déficit et les ressources publiques ne comprennent pas les ressources humaines de la santé. Estimation du One Plan II (USD 246 millions) + rénovation des formations sanitaires et achats de matériels (USD 88 millions) + paludisme et VIH pour les mères et les enfants (USD 34 millions).

FIGURE 9
Couverture des soins prénatals par région, 2017



Accent sur les résultats

La mise en œuvre du One Plan II privilégie fortement les résultats. Au niveau des districts, une fiche d'évaluation est actuellement utilisée à tous les niveaux (national, régional et district) pour suivre les résultats du One Plan II et permettre des améliorations programmatiques continues, et cela, en fonction de données.

Premiers signes d'une progression. Un récent examen des résultats produits par One Plan II a indiqué des améliorations en matière de prestation de services de SRMNEA-N entre 2014 et 2017, notamment une augmentation du nombre d'accouchements institutionnels, du pourcentage de femmes enceintes participant à au moins quatre consultations prénatales (CPN) du pourcentage de formations sanitaires avec trois étoiles et plus (sur cinq) attribuées dans le cadre d'une évaluation de la qualité et, la couverture du traitement antipaludique préventif intermittent (TPI2) durant les consultations prénatales (Figure 8)[voir page 31]. Bien qu'il soit trop tôt pour savoir si ces interventions auront des répercussions sur la mortalité maternelle, les améliorations en matière de couverture devrait entraîner une réduction du taux de mortalité maternelle. En outre, la disponibilité continue de dix médicaments essentiels s'est nettement améliorée : le nombre de formations sanitaires disposant du paquet complet de médicaments essentiels a doublé, passant de 31 à 60 pour cent entre 2014/15 et 2016/17. Cette augmentation représente une amélioration progressive et marquée de la qualité et de la couverture.

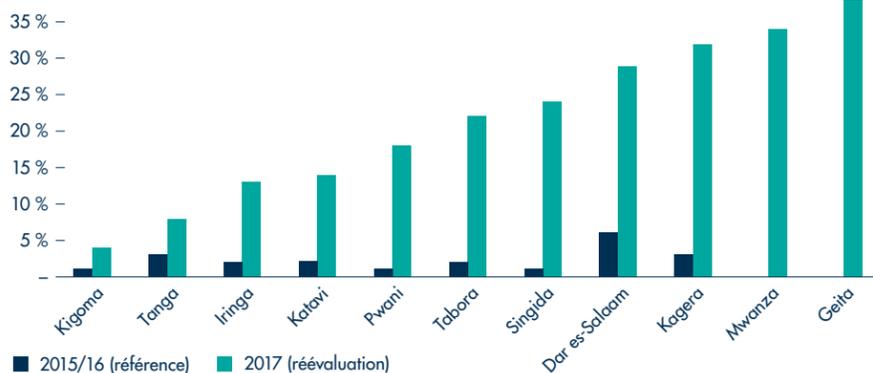
Domaines accusant un retard.

Néanmoins, au cours de la même période, ces améliorations notables ont également été accompagnées d'une diminution de la couverture de la supplémentation en fer. Cette évolution a tenu, selon l'analyse, à des ruptures de stock des comprimés de fer. En outre, le taux de couverture de quatre consultations prénatales (CPN4) n'a pas augmenté comme prévu, passant du faible niveau de référence de 35,1 pour cent en 2014 à seulement 46 pour cent en 2017.

Mesures correctives. Ces résultats ont incité les autorités nationales à procéder à une analyse approfondie des causes sous-jacentes de cette faible couverture. L'analyse a fait ressortir de fortes disparités régionales, avec un taux variant de 34 pour cent et 69 pour cent selon les régions (Figure 9) [voir page 32]. La poursuite de l'examen

a également indiqué que la couverture de quatre consultations prénatales était influencée par la réticence des femmes à divulguer leur grossesse au cours de ses étapes initiales ; le fait que les agents de santé n'encourageaient pas les femmes à participer à des consultations prénatales avant leurs douzième semaines de grossesse ; et, la faible disponibilité des tests de grossesses pour confirmer la grossesse au plus tôt. Sur la base de ces données et de ces analyses qualitatives, les autorités ont pris des mesures pour étendre la couverture des quatre consultations prénatales, notamment en améliorant la formation des agents de santé communautaire en matière de SRMNEA-N ; en organisant des formations de rappel sur les directives de soins prénatals pour les agents de santé ; en renforçant la composante de soins prénatals de la liste de contrôle des formations sanitaires ; et, en améliorant l'utilisation des données au niveau des formations sanitaires.

FIGURE 10
Pourcentage d'établissements ayant reçu un bon classement (trois étoiles ou plus) dans les régions réévaluées, 2015 vs. 2017



« Lorsqu'une mère est sur le point d'accoucher, les agents de santé communautaire l'escortent à l'hôpital. C'est le domaine où ils nous ont beaucoup aidés. »

– Justing Mayumbavu, infirmier diplômé, dispensaire de Mhandu, District de Shinyanga

Amélioration de la qualité des services

Le One Plan II privilégie le renforcement de la qualité des prestations, et cela, pour assurer de meilleurs résultats de SRMNEA-N et une meilleure utilisation des services. La Tanzanie utilise un système de classement par étoiles qui classe les établissements sur une échelle allant de zéro à cinq étoiles au moyen d'un outil d'évaluation de la qualité administré par le service du Ministère de la Santé chargé de la qualité. Ce système sert à la fois à mesurer la qualité et à fournir une meilleure information, publiquement disponible, sur la qualité des établissements.

Premiers signes d'une progression.

L'évaluation de référence du classement par étoiles menées en 2015-2016 a trouvé que seulement 1 pour cent des formations sanitaires avaient obtenu trois étoiles ou plus. Les résultats préliminaires de l'évaluation de 2017 ont indiqué que le nombre de formations sanitaires ayant obtenu trois étoiles ou plus s'était accru, passant à 22 pour cent. Bien que les améliorations diffèrent de façon marquée entre les régions, toutes les régions réévaluées à ce jour ont progressé (Figure 10) [voir page 32]. Les améliorations en matière de qualité devraient avoir d'importantes répercussions sur les résultats de la SRMNEA-N. L'examen effectué au moyen de l'outil de classement par étoiles et d'autres mesures de la qualité montre que les améliorations actuelles de la qualité sont dues à des facteurs structurels, comme les bâtiments des formations sanitaires et la

disponibilité de matériel. Actuellement, un travail est mené pour actualiser le système de classement par étoiles ainsi que d'autres mesures de la qualité pour mieux examiner la qualité de la prestation des services de santé.

Pour améliorer le suivi des résultats, le bureau du Vice-président de la Tanzanie lance une fiche de notation de la SRMNEA-N qui regroupera la fiche d'évaluation des districts ainsi que d'autres éléments essentiels du cadre de résultats du One Plan II. Cette fiche aidera le groupe de travail technique de la SRMNEA-N ainsi que les autorités publiques à procéder à un suivi systématique de tous les aspects de la mise en œuvre du One Plan II et à des ajustements des programmes, et cela, en fonction de résultats. En outre, elle assurera la redevabilité en matière de SRMNEA-N des autorités régionales, ce qui contribuera de manière fondamentale à faire de la SRMNEA-N une priorité nationale.

Étapes pour une amélioration continue du programme

Au cours de l'examen des résultats de la SRMNEA-N, le gouvernement a identifié des obstacles persistants en matière d'utilisation des données dans les formations sanitaires, les districts et les régions. Pour améliorer l'utilisation des données, le Fonds fiduciaire du GFF prévoit d'appuyer l'utilisation de données pour la prise de décision, notamment en

analysant les obstacles limitant la qualité des données, en développant une plateforme de visualisation des données, en renforçant le groupe de de travail technique de la SRMNEA-N et, en améliorant le suivi des ressources.

En tant que pays pionnier, la Tanzanie est l'un des premiers à avoir établi un dossier d'investissement du GFF. Dans le but de maximiser des améliorations de SRMNEA-N, la Tanzanie a entrepris un examen à mi-parcours du One Plan II, qui comprend une analyse des progrès réalisés au cours de la mise en œuvre ; une cartographie complète des ressources ; l'ajustement et le remaniement de l'ordre de priorité des stratégies en fonction des enseignements tirés, des ressources et ses données actuelles de SRMNEA-N ; ainsi qu'une mise à jour du cadre de résultats du plan ainsi que des données de référence.

Les autorités publiques ont également l'intention de solliciter un financement supplémentaire auprès de la Banque mondiale afin d'améliorer les services de santé pour les adolescents ; étendre l'enregistrement et les statistiques de l'état civil ; continuer d'améliorer la qualité des services ; et, prendre des mesures supplémentaires pour réduire le taux élevé de mortalité maternelle dans le pays. Ces diverses actions, établies dans le cadre de l'examen des résultats du One Plan II, s'appuieront sur les progrès déjà réalisés dans le cadre du dossier d'investissement, et cela, pour catalyser de nouvelles améliorations au sein de la SRMNEA-N.

Profiles pays



Bangladesh

Données de la SRMNEA-N

INDICATEURS D'IMPACT DE BASE

Taux de mortalité maternelle : **194 pour 100 000 naissances vivantes**

Taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans : **46 pour 1 000 naissances vivantes**

Pourcentage des naissances dans les 24 mois suivant l'accouchement précédent : **11 %**

Émaciation modérée à grave chez les enfants de moins de 5 ans : **14 %**

Taux de mortalité néonatale : **28 pour 1 000 naissances vivantes**

Taux de natalité chez des adolescentes : **113 pour 1 000 femmes**

Retards de croissance chez les enfants de moins de 5 ans : **36 %**

INDICATEURS DE COUVERTURE***

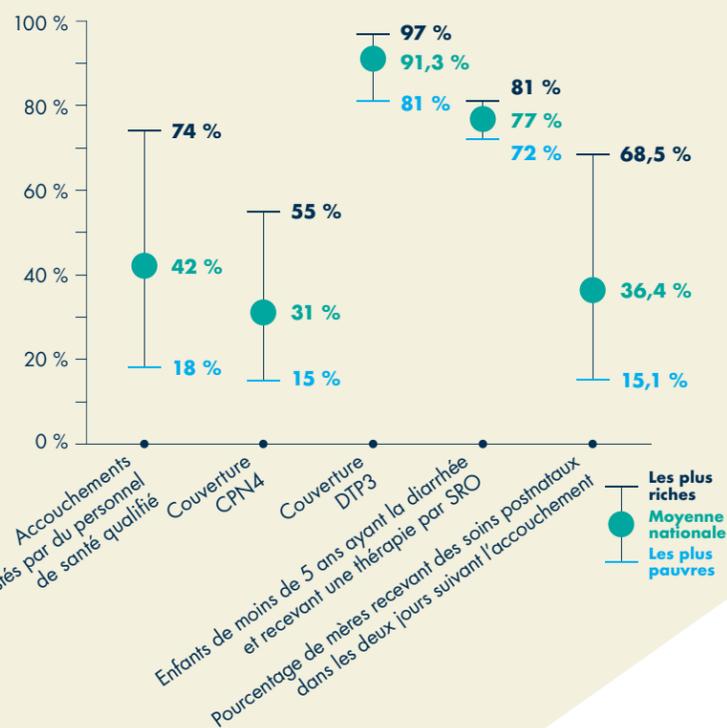
Personnes vivant avec le VIH recevant un traitement antirétroviral (TAR) : **16 %**

Femmes enceintes recevant un TAR dans le cadre de la PTME : **17 %**

Enfants de moins de 5 ans avec des symptômes de pneumonie emmenés chez un prestataire de santé : **42 %**

Taux de prévalence de la contraception modernes : **54,1 %**

Taux de prévalence de la contraception moderne : 10e année d'études : **66 %**
12e année d'études : **46 %**



Priorités du dossier d'investissement

- Renforcer la gouvernance et la gérance des services de santé dans les secteurs public et privé.
- Entreprendre un développement institutionnel pour améliorer la performance à tous les niveaux du système.
- Assurer un financement durable pour un accès équitable aux soins de santé et accélérer les progrès réalisés pour une couverture de santé universelle.
- Renforcer les capacités des systèmes de santé principaux du ministère de la Santé et du Bien-être familial (gestion financière, passation des marchés, renforcement des infrastructures).
- Établir un personnel de santé de qualité qui soit disponible à tous, et cela, à travers des prestataires publics et privés.
- Améliorer les mécanismes de mesure et de redevabilité et établir une base factuelle pour la prise de décisions.
- Améliorer l'accès et l'utilisation équitables des services de santé, de nutrition et de planification familiale de qualité.
- Promouvoir des choix de vie sains ainsi qu'un environnement sain.
- Promouvoir le maintien des filles à l'école ainsi que la réduction des taux d'abandon parmi les filles dans les écoles secondaires.

Suivi du processus piloté par le pays



*Inclus dans le dossier d'investissement ou dans un document séparé **Signifie que le financement a été affecté, décaissé et versé – paiement effectué
***CPN4 : quatre consultations prénatales ; TAR : traitement antirétroviral ; DTP3 : vaccination pour la Diphtérie, Tétanos et Pertussis ; SRO : solutions de réhydratation orale ; PTME : prévention de la transmission de la mère à l'enfant ; CPn : consultations postnatales

Indicateurs du financement de la santé

INDICATEUR D'IMPACT DE BASE DU FINANCEMENT DE LA SANTÉ

Dépenses de santé par habitant financées par des sources nationales : **4,68**

Ratio des dépenses publiques de santé par rapport aux dépenses publiques totales : **3,37 %**

Part des dépenses de santé actuelles affectée aux soins de santé primaire/ambulatoires : **non disponible**

Incidence des dépenses de santé catastrophiques et appauvrissantes : **25 % catastrophiques, 8,1 % appauvrissantes**

INDICATEURS DE PRODUIT

Part de la santé dans le budget national : **5,2 %**

Suivi des dépenses de santé catastrophiques et appauvrissantes avec des données de moins de trois ans : **non**

Le pays a : Mis en œuvre ou actualisé une cartographie des ressources : **non**

Identifié des options pour renforcer la mobilisation des ressources nationales : **oui**

Mis en œuvre des stratégies pour réduire les principaux facteurs d'inefficacité : **oui**

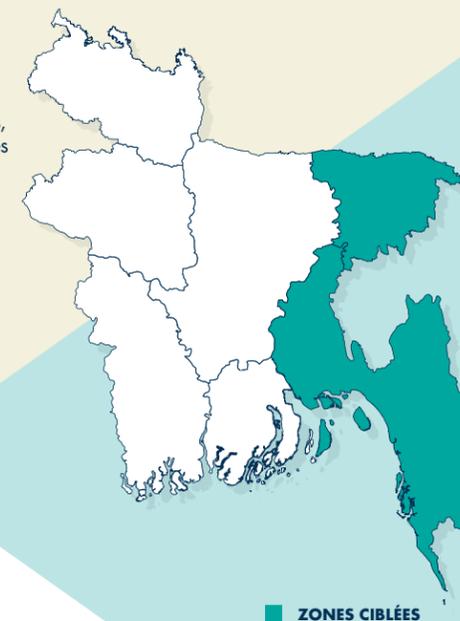
Identifié les facteurs limitant la protection financière (en particulier pour les services de SRMNEA-N) : **non**

Pris des mesures pour soutenir la mobilisation des ressources nationales : **oui**

Mis en œuvre des réformes pour répondre aux facteurs de protection financière identifiés (en particulier pour la SRMNEA-N) : **oui**

Part du financement extérieur pour la santé mis en commun et inscrit au budget : **26,78 %**

Zones géographiques ciblées



ZONES CIBLÉES

EFFICIENCE

Taux d'abandon du DTP3 : **5,7 %**

Taux d'exécution du budget de la santé : **90 %**

Taux d'abandon des CPN : **51 %**

Projet financé par la Banque mondiale (IDA/BIRD/GFF)

| PAYS | Bangladesh (santé) | Bangladesh (éducation) |
|----------------------------|--------------------|------------------------|
| DATE DU CONSEIL | 28/7/17 | 18/12/17 |
| MONTANT APPRUVÉ PAR LE GFF | USD 15 millions | USD 10 millions |
| MONTANT DE L'IDA | USD 500 millions | USD 510 millions |

Cartographie des ressources

Le GFF soutient le Bangladesh en alignant son appui technique et financier pour améliorer les résultats de SRMNEA-N. A travers un appui pour les programmes du gouvernement dans les secteurs de la santé, de la nutrition et de la population, et de l'éducation, le GFF catalyse l'impact coordonné des financements internationaux, s'élevant à plus d'un milliard de dollars. Il influence également les dépenses publiques du gouvernement, s'élevant à 30 milliards de dollars sur cinq ans dans ces secteurs. Le projet d'appui au secteur de la santé est financé par 15 millions de dollars du GFF, 500 millions de dollars de l'IDA, 23 millions de dollars de la Suède, 13 millions de dollars des Pays-Bas et 60 millions du Royaume-Uni (et des cofinancements ont également été proposés par d'autres partenaires). Ce projet contribue au quatrième programme sectoriel pour la santé, la nutrition et la population du Bangladesh, et cela, à travers une stratégie basée sur les résultats. Il appuie le renforcement de la gouvernance du système de santé, des capacités de gestion et de prestation de services, de la mise en œuvre du paquet de services essentiels ainsi que du ciblage des régions affichant les résultats les plus faibles.



LES SCORES

République du Cameroun

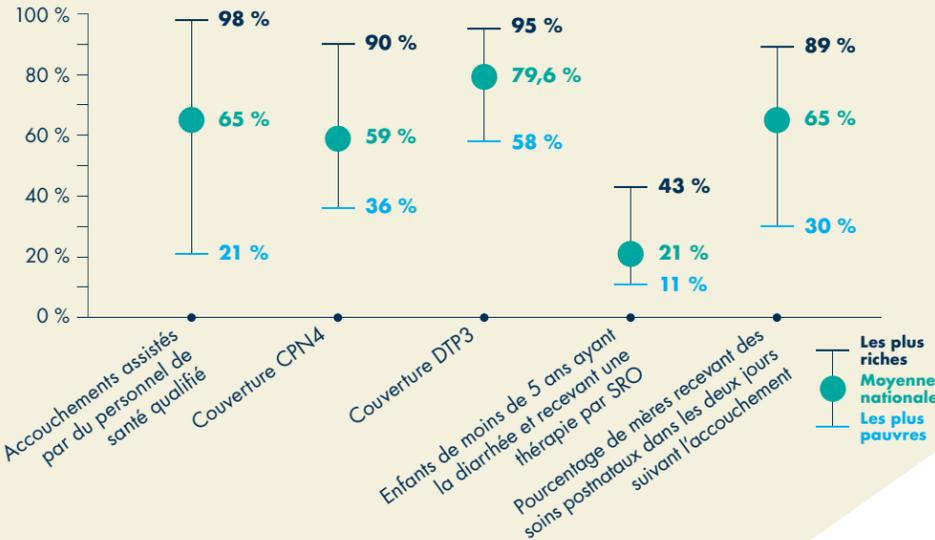
Données de la SRMNEA-N

INDICATEURS D'IMPACT DE BASE

| | | | |
|--|---|--|--|
| Taux de mortalité maternelle : 596 pour 100 000 naissances vivantes | Taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans : 103 pour 1 000 naissances vivantes | Pourcentage des naissances dans les 24 mois suivant l'accouchement précédent : 21,3 % | Émancipation modérée à grave chez les enfants de moins de 5 ans : 5 % |
| Taux de mortalité néonatale : 28 pour 1 000 naissances vivantes | Taux de natalité chez des adolescentes : 119 pour 1 000 femmes | Retards de croissance chez les enfants de moins de 5 ans : 32 % | |

INDICATEURS DE COUVERTURE***

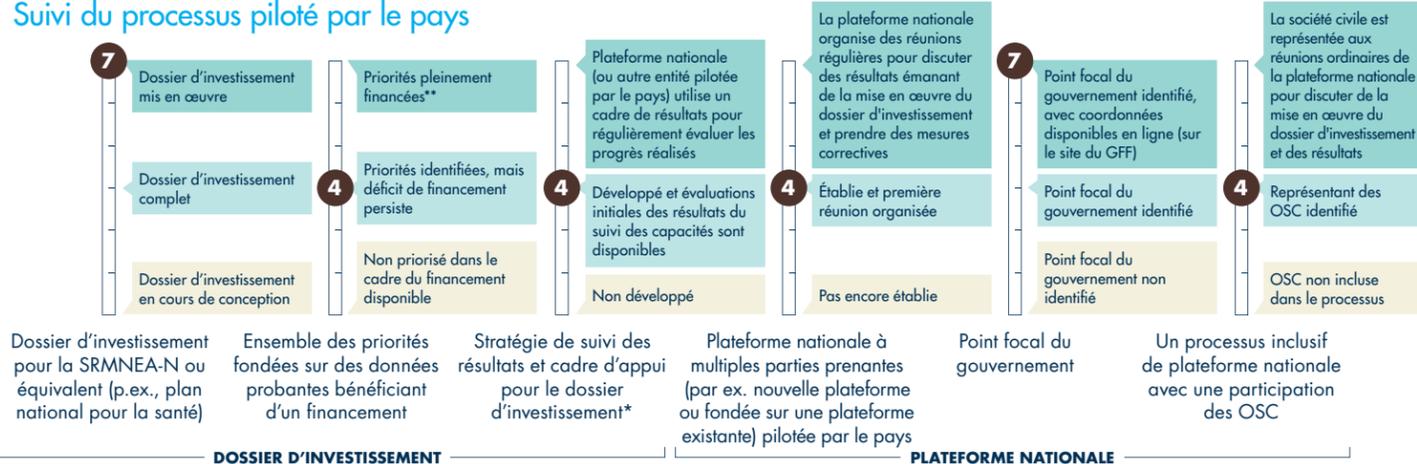
| | | | |
|--|---|--|--|
| Personnes vivant avec le VIH recevant un traitement antirétroviral (TAR) : 37 % | Femmes enceintes recevant un TAR dans le cadre de la PTME : 74 % | Enfants de moins de 5 ans avec des symptômes de pneumonie emmenés chez un prestataire de santé : 28 % | Taux de prévalence de la contraception moderne : 21 % |
|--|---|--|--|



Priorités du dossier d'investissement

- Mettre en œuvre une stratégie de financement de la santé qui affecte les ressources en fonction des résultats, mettant l'accent sur les régions les plus touchées et veillant à ce que les ressources atteignent les établissements de soins primaires et secondaires.
- Tirer parti des avantages comparatifs du secteur privé à travers des contrats basés sur les résultats.
- Utiliser des subventions ciblées pour garantir l'accès des services de santé par les populations pauvres.
- Renforcer les interventions communautaires par l'intermédiaire d'agents de santé communautaire et d'organisations communautaires qualifiées.
- Concentrer les efforts sur les interventions de santé à fort impact, comme la méthode de la mère Kangourou (pour répondre à la mortalité néonatale) et la planification familiale, tout en adoptant une approche multisectorielle pour faire face aux déterminants sociaux de la SRMNEA-N.
- Mettre l'accent sur les besoins sanitaires des adolescents pour garantir l'accès aux services, au mentorat et à l'éducation (démarche pilote de financement basé sur les résultats dans le secteur de l'éducation).

Suivi du processus piloté par le pays



*Inclus dans le dossier d'investissement ou dans un document séparé **Signifie que le financement a été affecté, décaissé et versé – paiement effectué ***CPN4 : quatre consultations prénatales ; TAR : traitement antirétroviral ; DTP3 : vaccination pour la Diphtérie, Tétanos et Pertussis ; SRO : solutions de réhydratation orale ; PTME : prévention de la transmission de la mère à l'enfant ; CPoN : consultations postnatales

Indicateurs du financement de la santé

Zones géographiques ciblées

INDICATEUR D'IMPACT DE BASE DU FINANCEMENT DE LA SANTÉ

| | | | |
|--|--|---|--|
| Dépenses de santé par habitant financées par des sources nationales : 9,2 | Ratio des dépenses publiques de santé par rapport aux dépenses publiques totales : 3,11 % | Part des dépenses de santé actuelles affectée aux soins de santé primaire/ambulatoires : 61,76 % | Incidence des dépenses de santé catastrophiques et appauvrissantes : 10,8 % catastrophiques, 1,8 % appauvrissantes |
|--|--|---|--|

INDICATEURS DE PRODUIT

| | | | |
|--|--|--|--|
| Part de la santé dans le budget national : 4 % | Identifié des options pour renforcer la mobilisation des ressources nationales : non | Pris des mesures pour soutenir la mobilisation des ressources nationales : non | Part du financement extérieur pour la santé mis en commun et inscrit au budget : 56,6 % |
| Suivi des dépenses de santé catastrophiques et appauvrissantes avec des données de moins de trois ans : non | Mis en œuvre des stratégies pour réduire les principaux facteurs d'inefficacité : oui | Mis en œuvre des réformes pour répondre aux facteurs de protection financière identifiés (en particulier pour la SRMNEA-N) : non disponible | |
| Le pays a : Mis en œuvre ou actualisé une cartographie des ressources : non | Identifié les facteurs limitant la protection financière (en particulier pour les services de SRMNEA-N) : oui | | |

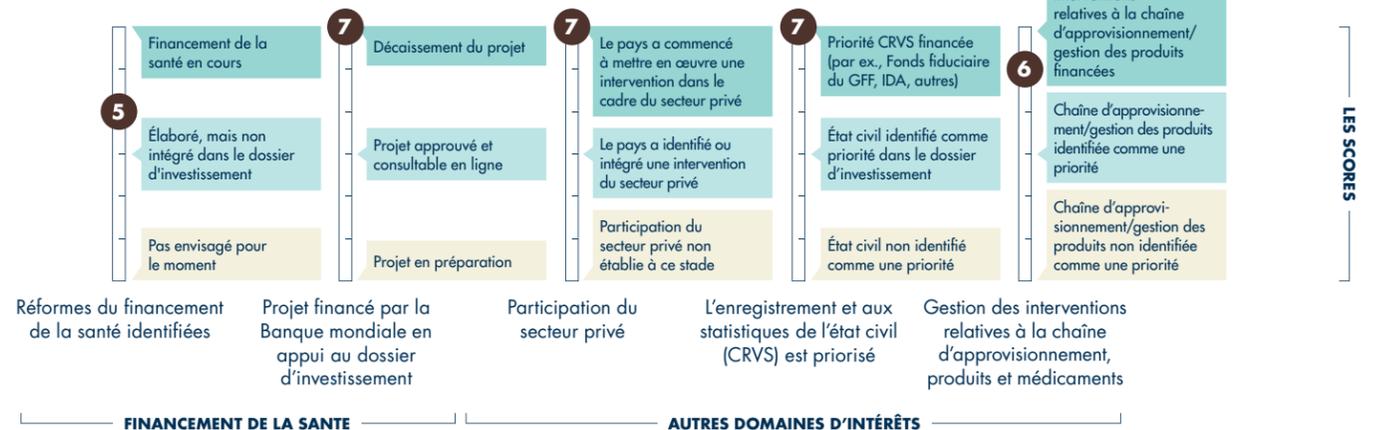
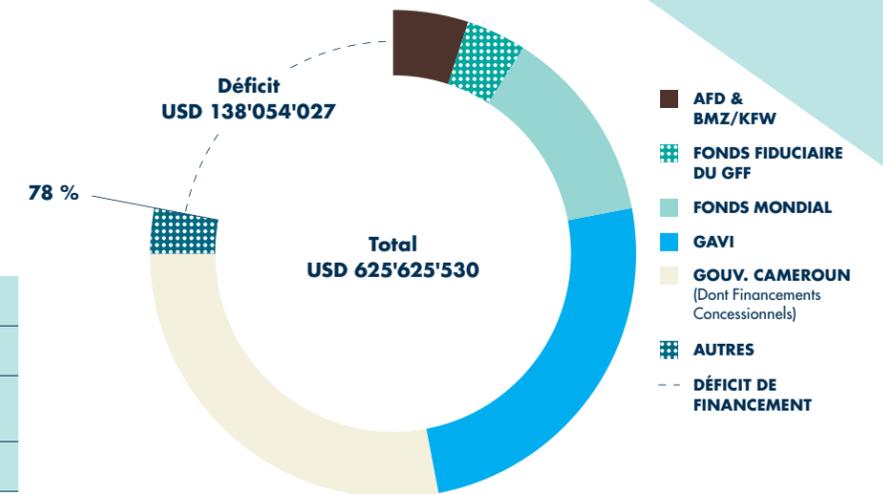
EFFICIENCE

| | |
|--|--------------------------------------|
| Taux d'abandon du DTP3 : 7,6 % | Taux d'abandon des CPN : 38 % |
| Taux d'exécution du budget de la santé : non disponible | |

Projet financé par la Banque mondiale (IDA/BIRD/GFF)

| | |
|-----------------------------|------------------|
| PAYS | Cameroun |
| DATE DU CONSEIL | 03/05/2016 |
| MONTANT APPROUVÉ PAR LE GFF | USD 27 millions |
| MONTANT DE L'IDA | USD 100 millions |

Cartographie des ressources



République démocratique du Congo

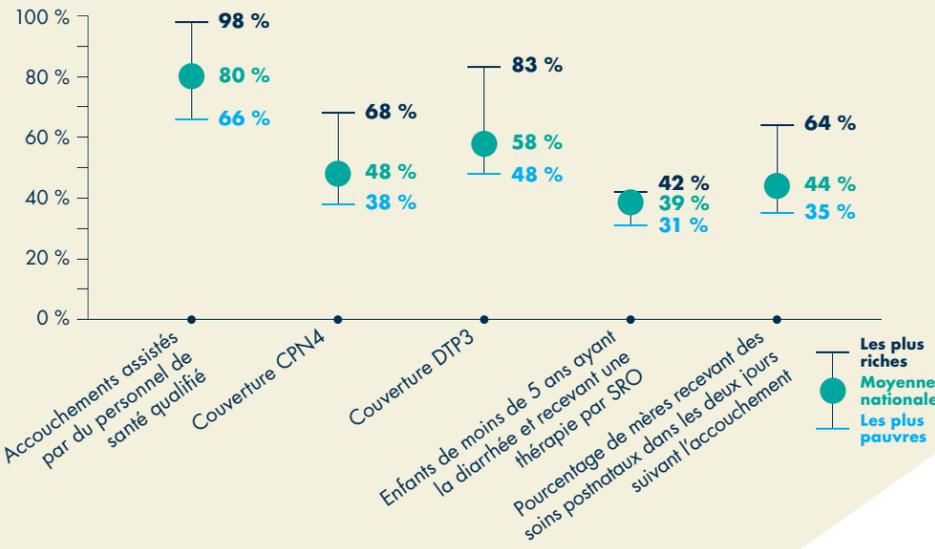
Données de la SRMNEA-N

INDICATEURS D'IMPACT DE BASE

| | | | |
|--|---|--|--|
| Taux de mortalité maternelle : 846 pour 100 000 naissances vivantes | Taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans : 104 pour 1 000 naissances vivantes | Pourcentage des naissances dans les 24 mois suivant l'accouchement précédent : 27,1 % | Émancipation modérée à grave chez les enfants de moins de 5 ans : 8 % |
| Taux de mortalité néonatale : 28 pour 1 000 naissances vivantes | Taux de natalité chez des adolescentes : 138,1 pour 1 000 femmes | Retards de croissance chez les enfants de moins de 5 ans : 43 % | |

INDICATEURS DE COUVERTURE***

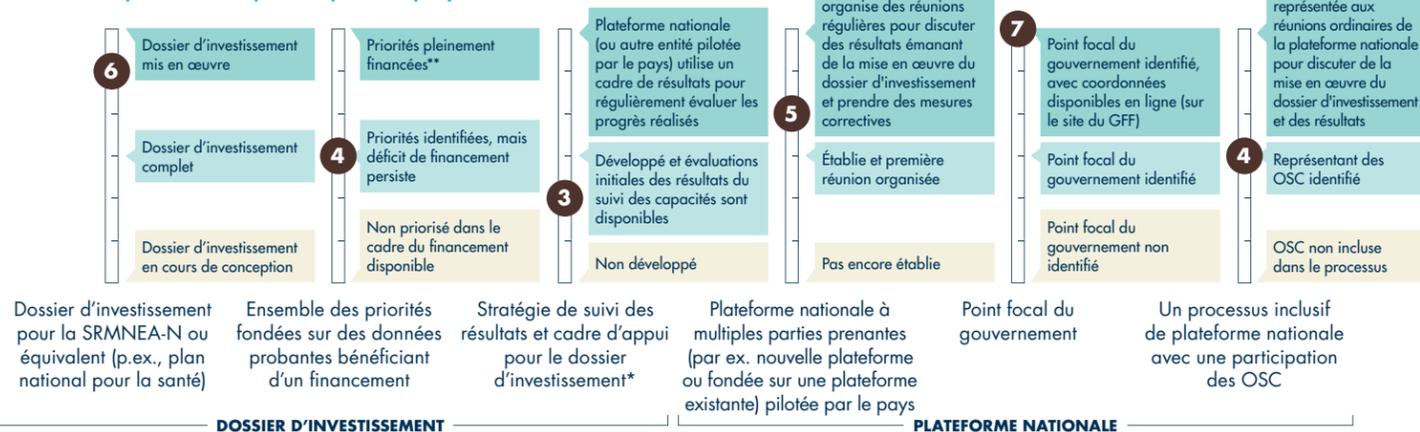
| | | | |
|--|---|--|---|
| Personnes vivant avec le VIH recevant un traitement antirétroviral (TAR) : 42 % | Femmes enceintes recevant un TAR dans le cadre de la PTME : 70 % | Enfants de moins de 5 ans avec des symptômes de pneumonie emmenés chez un prestataire de santé : 42 % | Taux de prévalence de la contraception moderne : 8,1 % |
|--|---|--|---|



Priorités du dossier d'investissement

- Étendre le paquet intégré de services de SRMNEA-N, notamment à travers l'inclusion de services médicaux et psychosociaux pour les victimes de violence sexuelle et sexiste.
- Améliorer la santé reproductive et de l'adolescent.
- Accroître la couverture et améliorer la qualité des services de nutrition en adoptant une approche multisectorielle.
- Accélérer les progrès réalisés pour un accès à l'eau potable et pour l'utilisation de services d'hygiène et d'assainissement améliorés.
- Utiliser le mécanisme de financement basé sur les résultats.
- Adopter une approche communautaire.
- Renforcer la chaîne d'approvisionnement.
- Améliorer la répartition géographique et la qualité des ressources humaines.
- Accroître l'espace budgétaire pour l'efficacité des services de SRMNEA-N et leur accessibilité par les pauvres.
- Renforcer la gouvernance.
- Renforcer les systèmes d'information sanitaires : créer des liens entre le DHIS2 et les systèmes d'enregistrement et des statistiques de l'état civil.
- Établir un système opérationnel d'enregistrement et de statistiques de l'état civil.

Suivi du processus piloté par le pays



*Inclus dans le dossier d'investissement ou dans un document séparé **Signifie que le financement a été affecté, décaissé et versé – paiement effectué ***CPN4 : quatre consultations prénatales ; TAR : traitement antirétroviral ; DTP3 : vaccination pour la Diphtérie, Tétanos et Pertussis ; SRO : solutions de réhydratation orale ; PTME : prévention de la transmission de la mère à l'enfant ; CPoN : consultations postnatales

Indicateurs du financement de la santé

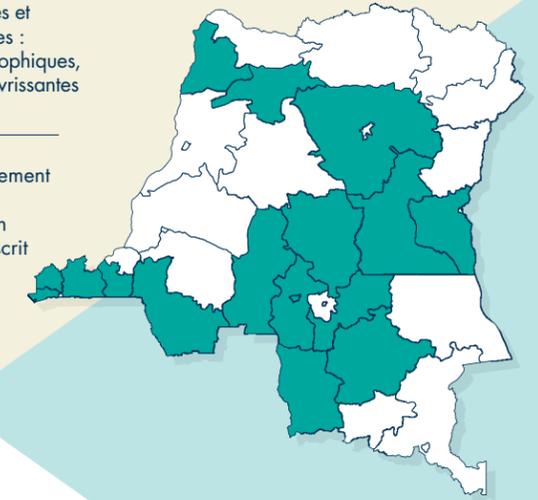
Zones géographiques ciblées

INDICATEUR D'IMPACT DE BASE DU FINANCEMENT DE LA SANTÉ

| | | | |
|---|--|--|---|
| Dépenses de santé par habitant financées par des sources nationales : 3,26 | Ratio des dépenses publiques de santé par rapport aux dépenses publiques totales : 5,87 % | Part des dépenses de santé actuelles affectée aux soins de santé primaire/ambulatoires : 43 % | Incidence des dépenses de santé catastrophiques et appauvrissantes : 4,8 % catastrophiques, 0,8 % appauvrissantes |
|---|--|--|---|

INDICATEURS DE PRODUIT

| | | | |
|--|--|---|---|
| Part de la santé dans le budget national : 6,86 % | Identifié des options pour renforcer la mobilisation des ressources nationales : oui | Pris des mesures pour soutenir la mobilisation des ressources nationales : oui | Part du financement extérieur pour la santé mis en commun et inscrit au budget : 71,26 % |
| Suivi des dépenses de santé catastrophiques et appauvrissantes avec des données de moins de trois ans : non | Mis en œuvre des stratégies pour réduire les principaux facteurs d'inefficacité : oui | Mis en œuvre des réformes pour répondre aux facteurs de protection financière identifiés (en particulier pour la SRMNEA-N) : oui | |
| Le pays a : Mis en œuvre ou actualisé une cartographie des ressources : oui | Identifié les facteurs limitant la protection financière (en particulier pour les services de SRMNEA-N) : oui | | |



ZONES CIBLÉES

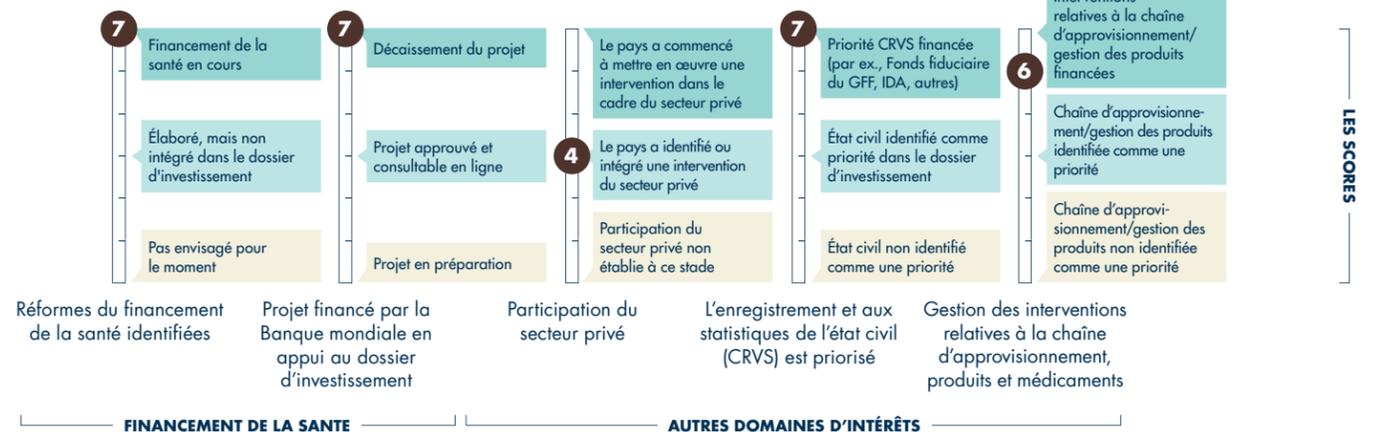
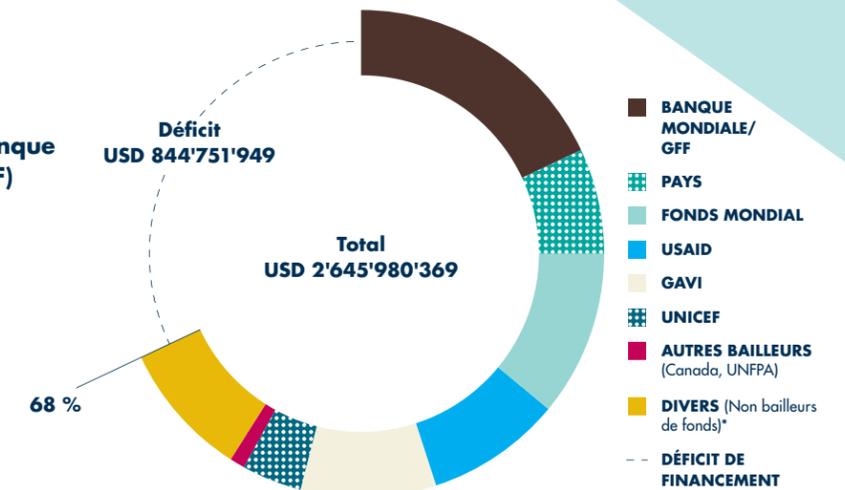
EFFICIENCE

| | |
|--|--------------------------------------|
| Taux d'abandon du DTP3 : 25,49 % | Taux d'abandon des CPN : 46 % |
| Taux d'exécution du budget de la santé : 59 % | |

Projet financé par la Banque mondiale (IDA/BIRD/GFF)

| PAYS | RDC (Financement additionnel) | RDC (AF-CRVS) |
|-----------------------------|-------------------------------|-----------------|
| DATE DU CONSEIL | 31/03/2017 | 3/29/16 |
| MONTANT APPROUVÉ PAR LE GFF | USD 40 millions | USD 10 millions |
| MONTANT DE L'IDA | USD 320 millions | USD 30 millions |

Cartographie des ressources



*La catégorie « autre » (non-bailleurs de fonds) comprend les paiements effectués par les ménages pour des médicaments et le financement pourvu par les organisations confessionnelles.

Éthiopie

Données de la SRMNEA-N

INDICATEURS D'IMPACT DE BASE

Taux de mortalité maternelle : **412 pour 100 000 naissances vivantes**

Taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans : **67 pour 1 000 naissances vivantes**

Pourcentage des naissances dans les 24 mois suivant l'accouchement précédent : **21,7 %**

Émancipation modérée à grave chez les enfants de moins de 5 ans : **10 %**

Taux de mortalité néonatale : **29 pour 1 000 naissances vivantes**

Taux de natalité chez des adolescentes : **80 pour 1 000 femmes**

Retards de croissance chez les enfants de moins de 5 ans : **38 %**

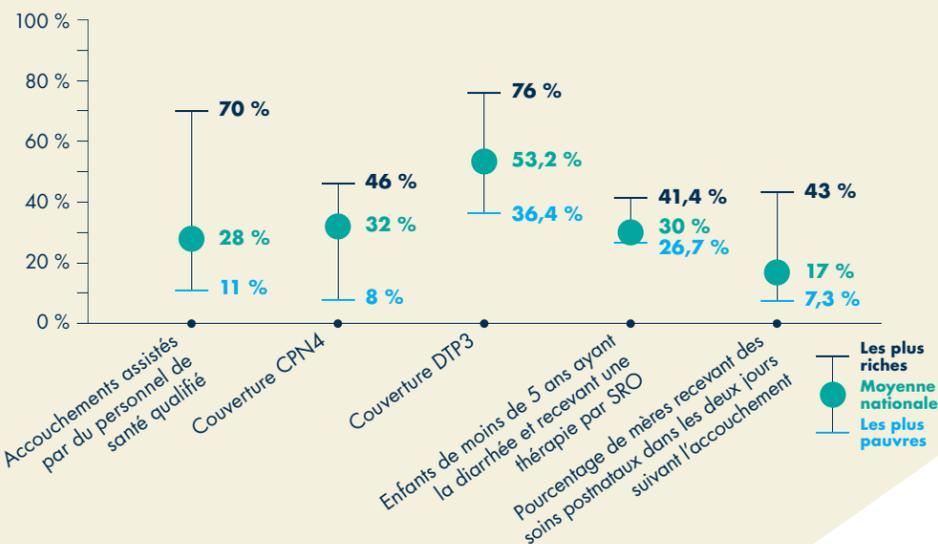
INDICATEURS DE COUVERTURE***

Personnes vivant avec le VIH recevant un traitement antirétroviral (TAR) : **59 %**

Femmes enceintes recevant un TAR dans le cadre de la PTME : **69 %**

Enfants de moins de 5 ans avec des symptômes de pneumonie emmenés chez un prestataire de santé : **31,3 %**

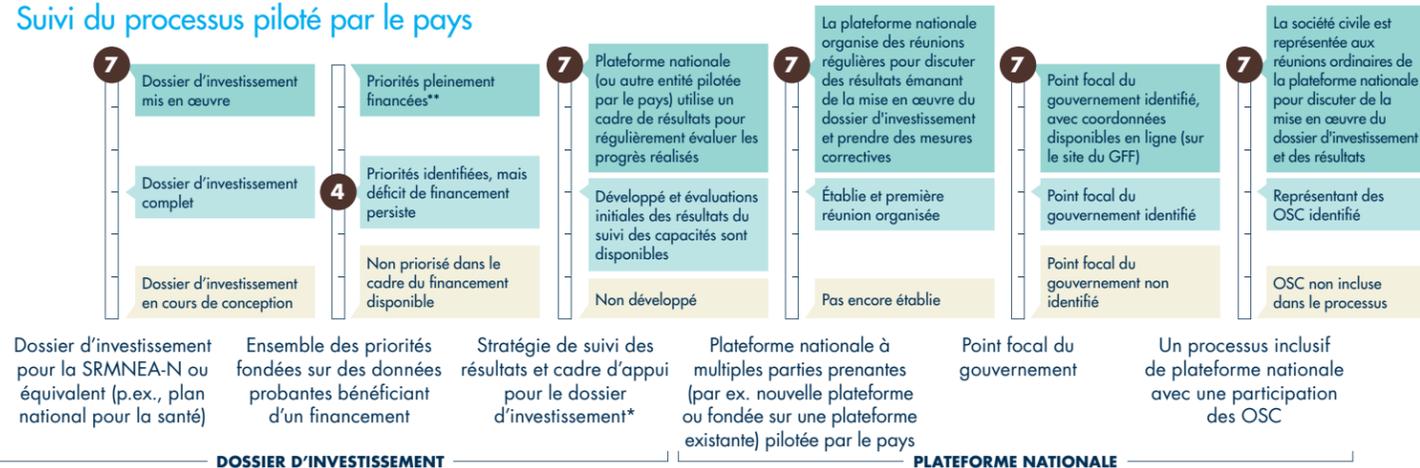
Taux de prévalence de la contraception moderne : **24,9 %**



Priorités du dossier d'investissement

- 1 Accroître l'équité en matière d'accès à des services de santé de qualité.
- 2 Améliorer la gestion des risques d'urgence sanitaire.
- 3 Renforcer la bonne gouvernance.
- 4 Améliorer les systèmes réglementaires.
- 5 Améliorer la gestion des chaînes d'approvisionnement et de logistique.
- 6 Renforcer la participation et l'engagement communautaire en renforçant le fonctionnement de « L'Armée pour le développement de la santé ».
- 7 Renforcer la mobilisation des ressources.
- 8 Améliorer la recherche et l'établissement de données probantes pour la prise de décision.
- 9 Améliorer le développement et la gestion des ressources humaines dans le secteur de la santé.
- 10 Améliorer les infrastructures de santé.

Suivi du processus piloté par le pays



Indicateurs du financement de la santé

Zones géographiques ciblées

INDICATEUR D'IMPACT DE BASE DU FINANCEMENT DE LA SANTÉ

Dépenses de santé par habitant financées par des sources nationales : **6,52**

Ratio des dépenses publiques de santé par rapport aux dépenses publiques totales : **5,98 %**

Part des dépenses de santé actuelles affectée aux soins de santé primaire/ambulatoires : **22 %**

Incidence des dépenses de santé catastrophiques et appauvrissantes : **4,9 % catastrophiques, 0,9 % appauvrissantes**

INDICATEURS DE PRODUIT

Part de la santé dans le budget national : **11,7 %**

Identifié des options pour renforcer la mobilisation des ressources nationales : **oui**

Pris des mesures pour soutenir la mobilisation des ressources nationales : **oui**

Part du financement extérieur pour la santé mis en commun et inscrit au budget : **41,15 %**

Suivi des dépenses de santé catastrophiques et appauvrissantes avec des données de moins de trois ans : **oui**

Mis en œuvre des stratégies pour réduire les principaux facteurs d'inefficacité : **oui**

Le pays a : Mis en œuvre ou actualisé une cartographie des ressources : **oui**

Identifié les facteurs limitant la protection financière (en particulier pour les services de SRMNEA-N) : **oui**

EFFICACITÉ

Taux d'abandon du DTP3 : **27,4 %**

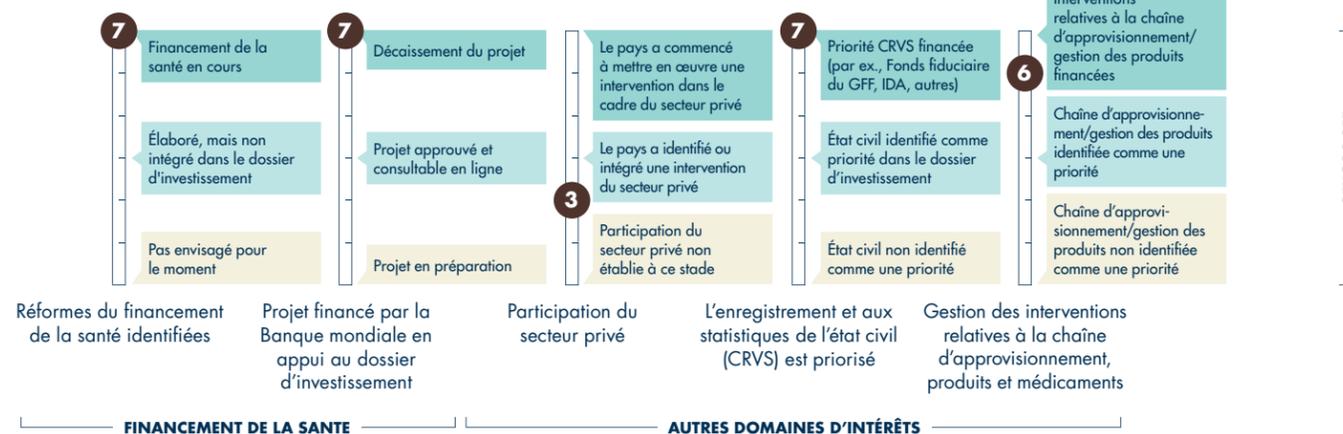
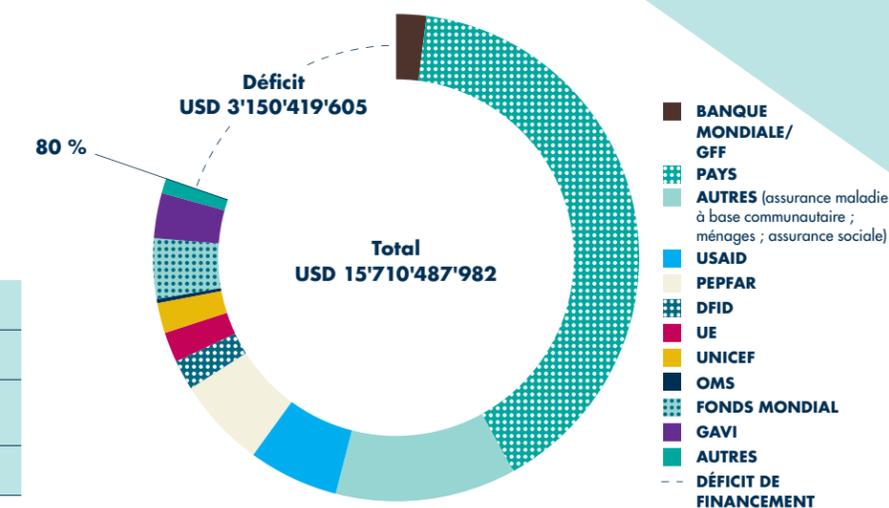
Taux d'abandon des CPN : **22,7 %**

Taux d'exécution du budget de la santé : Niveau fédéral **96 %**, régional **89 %** et local **96 %**

Projet financé par la Banque mondiale (IDA/BIRD/GFF)

| | |
|-----------------------------|------------------|
| PAYS | Éthiopie |
| DATE DU CONSEIL | 09/05/2017 |
| MONTANT APPROUVÉ PAR LE GFF | USD 60 millions |
| MONTANT DE L'IDA | USD 150 millions |

Cartographie des ressources



*Inclus dans le dossier d'investissement ou dans un document séparé **Signifie que le financement a été affecté, décaissé et versé – paiement effectué ***CPN4 : quatre consultations prénatales ; TAR : traitement antirétroviral ; DTP3 : vaccination pour la Diphtérie, Tétanos et Pertussis ; SRO : solutions de réhydratation orale ; PTME : prévention de la transmission de la mère à l'enfant ; CPoN : consultations postnatales

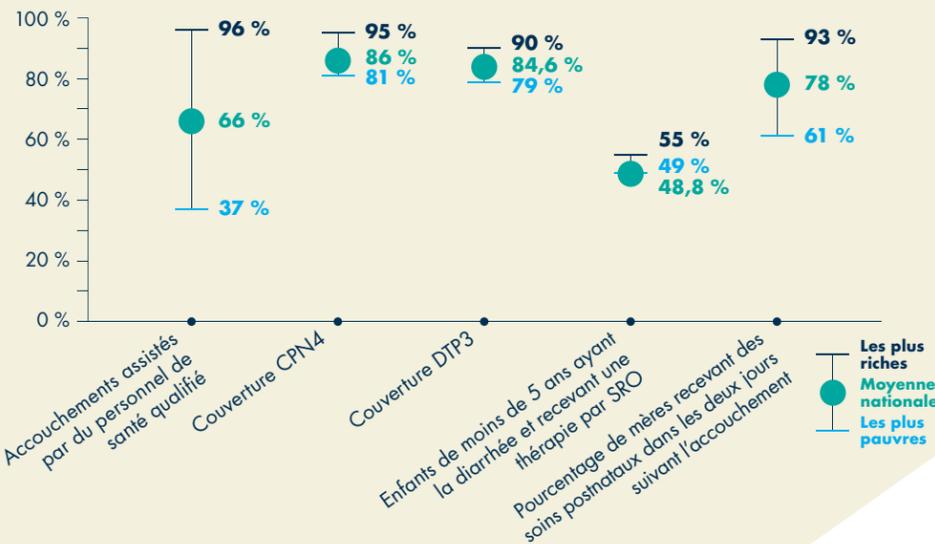
Données de la SRMNEA-N

INDICATEURS D'IMPACT DE BASE

| | | | |
|--|--|--|--|
| Taux de mortalité maternelle : 140 pour 100 000 naissances vivantes | Taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans : 35 pour 1 000 naissances vivantes | Pourcentage des naissances dans les 24 mois suivant l'accouchement précédent : 18,8 % | Émaciation modérée à grave chez les enfants de moins de 5 ans : 1 % |
| Taux de mortalité néonatale : 17 pour 1 000 naissances vivantes | Taux de natalité chez des adolescentes : 92 pour 1 000 femmes | Retards de croissance chez les enfants de moins de 5 ans : 47 % | |

INDICATEURS DE COUVERTURE***

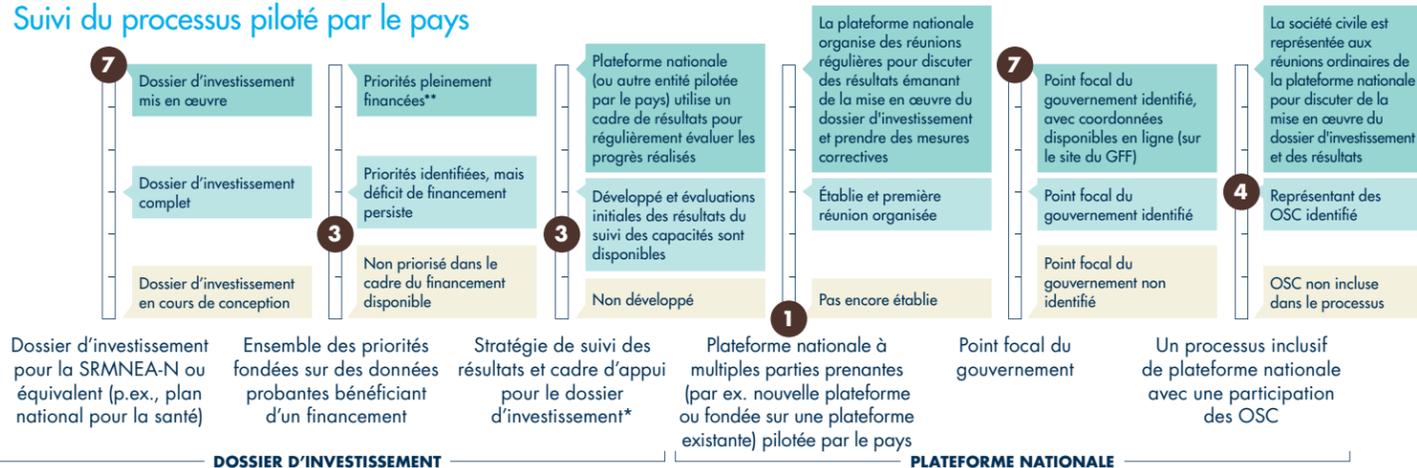
| | | | |
|--|---|--|--|
| Personnes vivant avec le VIH recevant un traitement antirétroviral (TAR) : 36 % | Femmes enceintes recevant un TAR dans le cadre de la PTME : 19 % | Enfants de moins de 5 ans avec des symptômes de pneumonie emmenés chez un prestataire de santé : 52 % | Taux de prévalence de la contraception moderne : 32,2 % |
|--|---|--|--|



Priorités du dossier d'investissement

- Améliorer l'accès aux services de soins de santé primaire et de nutrition, en privilégiant la réduction de la malnutrition chronique.
 - Donner la priorité à un paquet intégré d'interventions dans moins de régions par des agents de mise en œuvre moins nombreux
 - Améliorer le suivi et la supervision
- Améliorer les services d'eau et d'assainissement pour garantir un approvisionnement adéquat en eau potable et des services d'enlèvement des déchets de qualité.
- Renforcer les flux financiers pour assurer la disponibilité des fonds nécessaires à la mise en œuvre de la stratégie nationale pour la prévention de la malnutrition chronique.
 - Appuyer le programme de transferts monétaires conditionnels pour améliorer la protection financière et la demande pour des services essentiels de santé et de nutrition.
 - Mettre en œuvre le financement basé sur les résultats et cibler les communautés affichant les besoins les plus importants
- Améliorer la gouvernance et la coordination multisectorielle.
 - Assurer l'engagement du gouvernement
 - Promouvoir de solides actions de plaidoyer et de communication pour promouvoir des changements de comportement
 - Renforcer la participation locale pour réduire la malnutrition chronique
 - Soutenir les efforts multisectoriels ciblant les déterminants/facteurs de risques inhérents à la malnutrition chronique

Suivi du processus piloté par le pays



Indicateurs du financement de la santé

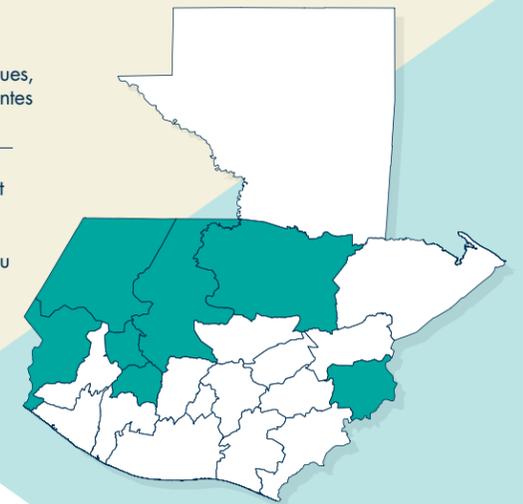
Zones géographiques ciblées

INDICATEUR D'IMPACT DE BASE DU FINANCEMENT DE LA SANTÉ

| | | | |
|--|---|--|--|
| Dépenses de santé par habitant financées par des sources nationales : 71,88 | Ratio des dépenses publiques de santé par rapport aux dépenses publiques totales : 14,93 % | Part des dépenses de santé actuelles affectée aux soins de santé primaire/ambulatoires : Non disponible | Incidence des dépenses de santé catastrophiques et appauvrissantes : 1,4 % catastrophiques, 0,3 % appauvrissantes |
|--|---|--|--|

INDICATEURS DE PRODUIT

| | | | |
|--|--|--|--|
| Part de la santé dans le budget national : non disponible | Identifié des options pour renforcer la mobilisation des ressources nationales : oui | Pris des mesures pour soutenir la mobilisation des ressources nationales : non | Part du financement extérieur pour la santé mis en commun et inscrit au budget : 30,4 % |
| Suivi des dépenses de santé catastrophiques et appauvrissantes avec des données de moins de trois ans : non | Mis en œuvre des stratégies pour réduire les principaux facteurs d'inefficacité : non | Mis en œuvre des réformes pour reprendre aux facteurs de protection financière identifiés (en particulier pour la SRMNEA-N) : non | |
| Le pays a : Mis en œuvre ou actualisé une cartographie des ressources : non | Identifié les facteurs limitant la protection financière (en particulier pour les services de SRMNEA-N) : non | | |



ZONES CIBLÉES

EFFICACITÉ

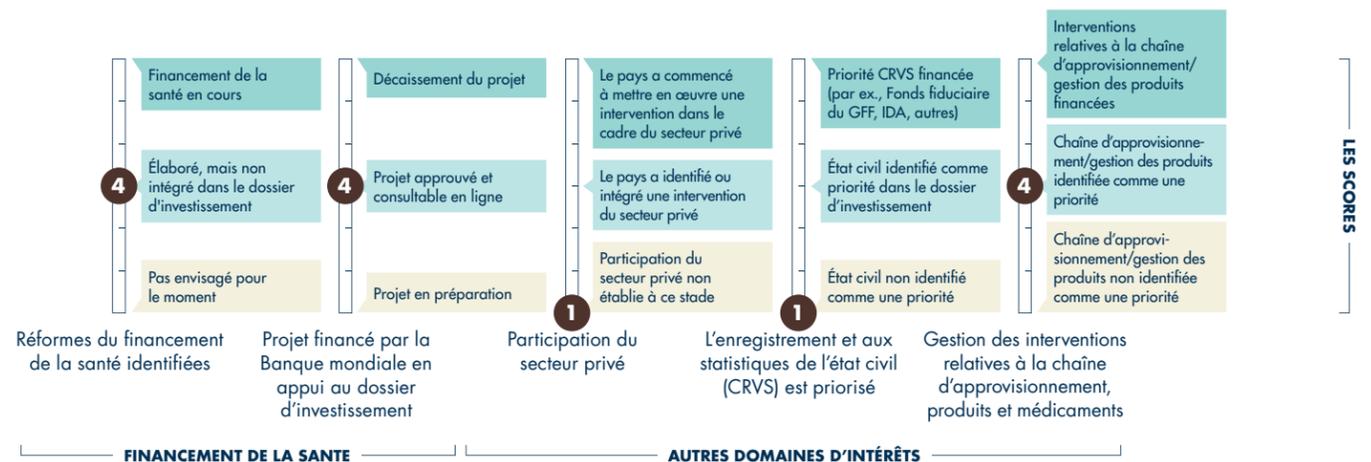
| | |
|---|-------------------------------------|
| Taux d'abandon du DTP3 : 13,23 % | Taux d'abandon des CPN : 6 % |
| Taux d'exécution du budget de la santé : 90% salaires, 85% hors salaires | |

Cartographie des ressources

Il est important de noter que le Guatemala se distingue des autres pays bénéficiant de l'appui du GFF par le fait que seulement 2 pour cent de ses dépenses totales de santé sont financées par des ressources extérieures. Plusieurs partenaires de développement ont de surcroît entrepris de réduire encore plus le volume de leurs investissements au Guatemala, car ce dernier fait maintenant partie des pays à revenu intermédiaire (tranche inférieure). Le GFF continuera donc d'exploiter son avantage comparatif, qui consiste à coordonner les efforts et réduire les doubles emplois, en orientant ses activités, non plus tant sur les partenaires extérieurs et la coordination des bailleurs de fonds, mais plutôt sur celle des intervenants intérieurs. Le GFF s'efforcera, en consultation avec les autorités nationales, de : i) promouvoir une meilleure concertation au niveau des ministères dans le cadre du dossier d'investissement guatémaltèque, à savoir la stratégie nationale de nutrition pour lutter contre la malnutrition chronique, et une meilleure coordination dans le secteur de la santé ; et ii) amener les autorités nationales et les partenaires locaux à collaborer au renforcement des réseaux de prestation de services intégrés.

Projet financé par la Banque mondiale (IDA/BIRD/GFF)

| | |
|-----------------------------|------------------|
| PAYS | Guatemala |
| DATE DU CONSEIL | 24/03/2017 |
| MONTANT APPROUVÉ PAR LE GFF | USD 9 millions |
| MONTANT DE L'IDA | USD 100 millions |



*Inclus dans le dossier d'investissement ou dans un document séparé **Signifie que le financement a été affecté, décaissé et versé – paiement effectué ***CPN4 : quatre consultations prénatales ; TAR : traitement antirétroviral ; DTP3 : vaccination pour la Diphtérie, Tétanos et Pertussis ; SRO : solutions de réhydratation orale ; PTME : prévention de la transmission de la mère à l'enfant ; CPoN : consultations postnatales

Données de la SRMNEA-N

INDICATEURS D'IMPACT DE BASE

Taux de mortalité maternelle : **724 pour 100 000 naissances vivantes**

Taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans : **123 pour 1 000 naissances vivantes**

Pourcentage des naissances dans les 24 mois suivant l'accouchement précédent : **12,8 %**

Émaciation modérée à grave chez les enfants de moins de 5 ans : **8 %**

Taux de mortalité néonatale : **33 pour 1 000 naissances vivantes**

Taux de natalité chez des adolescentes : **132 pour 1 000 femmes**

Retards de croissance chez les enfants de moins de 5 ans : **32 %**

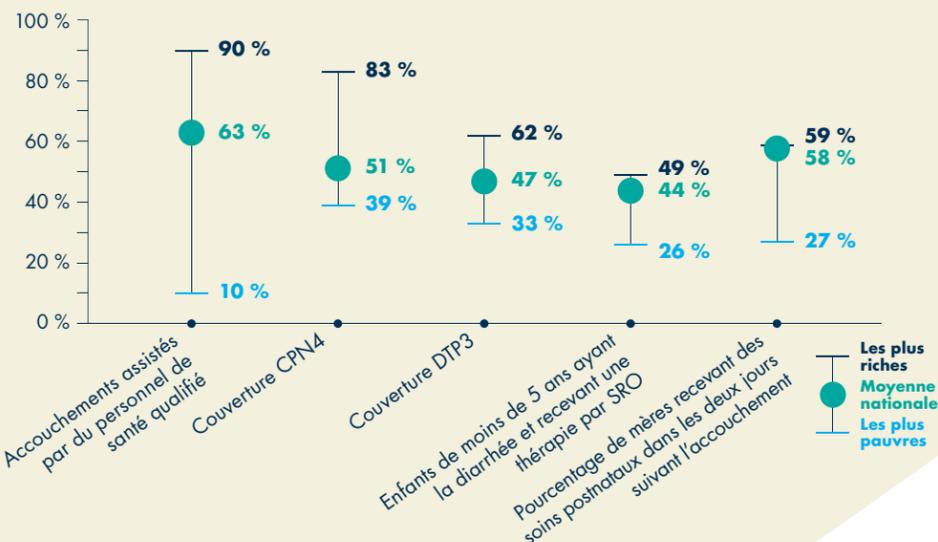
INDICATEURS DE COUVERTURE***

Personnes vivant avec le VIH recevant un traitement antirétroviral (TAR) : **35 %**

Femmes enceintes recevant un TAR dans le cadre de la PTME : **43 %**

Enfants de moins de 5 ans avec des symptômes de pneumonie emmenés chez un prestataire de santé : **30 %**

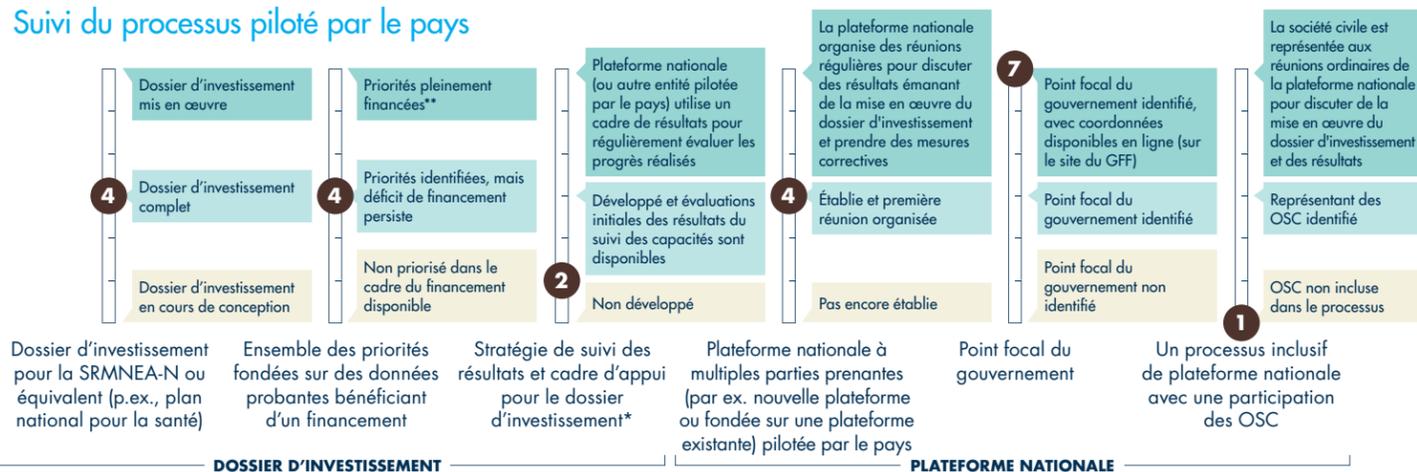
Taux de prévalence de la contraception moderne : **7 %**



Priorités du dossier d'investissement

- Prestation de service**
 - Poursuivre l'expansion de la couverture du paquet complet d'interventions à fort impact
 - Fournir des médicaments et des produits essentiels de santé
 - Investir dans les infrastructures pour l'eau, l'assainissement et l'hygiène, ainsi que dans les infrastructures des services sanitaires communautaires (amélioration des centres et des postes de santé) pour contribuer à un accroissement de la couverture
- Ressources humaines** : recruter et former des agents de santé communautaire et des prestataires de soins de santé primaire (sages-femmes, personnel infirmier, agents de santé techniques, agents de santé communautaires).
- Gouvernance et gestion du système de santé** : permettre aux responsables aux niveaux central et régional de superviser le personnel de santé et, fournir des services d'approvisionnement en eau, d'assainissement et d'hygiène ainsi qu'un accès gratuit aux soins de santé primaires et aux services de santé communautaires.
- Financement de la santé** : accroître la disponibilité des ressources financières aux premiers échelons du secteur de la santé pour réduire les frais médicaux à la charge des ménages.
- Investir de manière ciblée** dans les activités de suivi et d'évaluation (pour l'enregistrement et les statistiques de l'état civil et les comptes nationaux de la santé).

Suivi du processus piloté par le pays



*Inclus dans le dossier d'investissement ou dans un document séparé **Signifie que le financement a été affecté, décaissé et versé – paiement effectué ***CPN4 : quatre consultations prénatales ; TAR : traitement antirétroviral ; DTP3 : vaccination pour la Diphtérie, Tétanos et Pertussis ; SRO : solutions de réhydratation orale ; PTME : prévention de la transmission de la mère à l'enfant ; CPoN : consultations postnatales

Indicateurs du financement de la santé

Zones géographiques ciblées

INDICATEUR D'IMPACT DE BASE DU FINANCEMENT DE LA SANTÉ

Dépenses de santé par habitant financées par des sources nationales : **4,31**

Ratio des dépenses publiques de santé par rapport aux dépenses publiques totales : **2,73 %**

Part des dépenses de santé actuelles affectée aux soins de santé primaire/ambulatoires : **26,8 %**

Incidence des dépenses de santé catastrophiques et appauvrissantes : **7 % catastrophiques, 2,5 % appauvrissantes**

INDICATEURS DE PRODUIT

Part de la santé dans le budget national : **8,2 %**

Identifié des options pour renforcer la mobilisation des ressources nationales : **oui**

Pris des mesures pour soutenir la mobilisation des ressources nationales : **non**

Part du financement extérieur pour la santé mis en commun et inscrit au budget : **87,39 %**

Suivi des dépenses de santé catastrophiques et appauvrissantes avec des données de moins de trois ans : **non**

Mis en œuvre des stratégies pour réduire les principaux facteurs d'inefficacité : **non**

Mis en œuvre des réformes pour répondre aux facteurs de protection financière identifiés (en particulier pour la SRMNEA-N) : **non**

Le pays a : Mis en œuvre ou actualisé une cartographie des ressources : **oui**

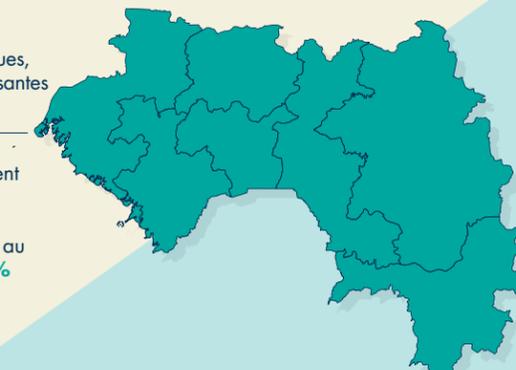
Identifié les facteurs limitant la protection financière (en particulier pour les services de SRMNEA-N) : **oui**

EFFICACITÉ

Taux d'abandon du DTP3 : **34,39 %**

Taux d'abandon des CPN : **40 %**

Taux d'exécution du budget de la santé : **97 %**



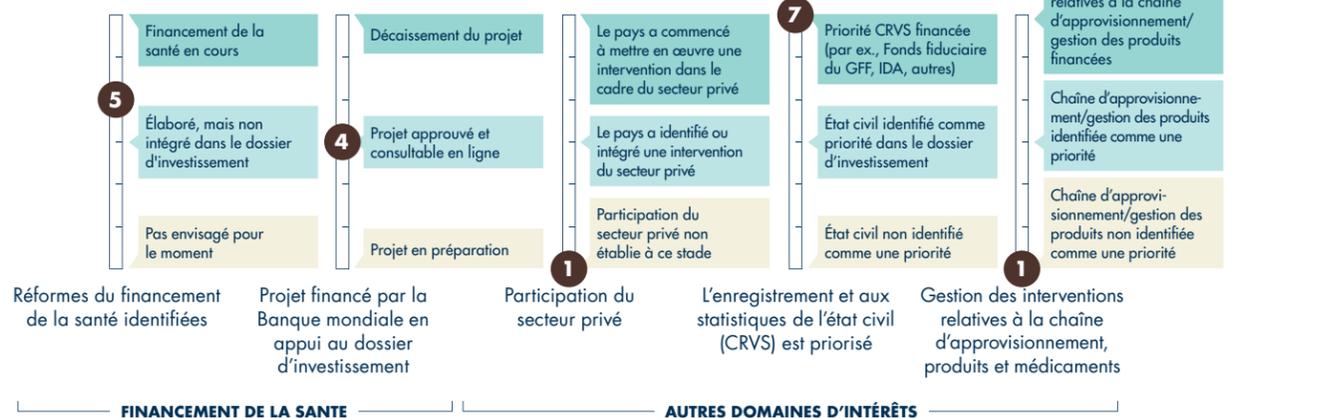
ZONES CIBLÉES

Cartographie des ressources

Le dossier d'investissement est étroitement lié au Plan national de développement sanitaire (PNDS) qui couvre la période 2015-24 et qui a été chiffré en fonction de divers scénarios de croissance dans les allocations budgétaires du gouvernement pour la santé. Le scénario suppose un accroissement de 10 % des allocations budgétaires du gouvernement pour la santé au cours de la période considérée, dont les besoins sont estimés à 4,733,279,667 dollars. Ayant entrepris une cartographie des ressources en 2017 avec l'appui du GFF, le ministère de la Santé a estimé le montant total des ressources extérieures disponibles à 471,280,009 dollars. Étant donné que le montant estimé de l'allocation budgétaire au titre de la mise en œuvre du PNDS est de 3,021,267,767 dollars, le déficit de financement est de l'ordre de 26 %. Ce résultat ne prend néanmoins pas en compte les ressources externes qui pourraient se matérialiser durant cette (relativement) longue période. Cette cartographie des ressources de haut niveau a permis d'évaluer la faisabilité du PNDS et d'identifier les domaines dans lesquels les efforts des partenaires se chevauchent. Pour dégager des recommandations plus concrètes, la prochaine étape consistera à compléter et à valider une cartographie plus précise des ressources extérieures, et cela, en fonction des priorités du PNDS et de la Stratégie de santé communautaire.

Projet financé par la Banque mondiale (IDA/BIRD/GFF)

| PAYS | Guinée |
|-----------------------------|-----------------|
| DATE DU CONSEIL | 25/04/2018 |
| MONTANT APPROUVÉ PAR LE GFF | USD 10 millions |
| MONTANT DE L'IDA | USD 50 millions |



Données de la SRMNEA-N

INDICATEURS D'IMPACT DE BASE

Taux de mortalité maternelle : **362 pour 100 000 naissances vivantes**

Taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans : **52 pour 1 000 naissances vivantes**

Pourcentage des naissances dans les 24 mois suivant l'accouchement précédent : **17,9 %**

Émancipation modérée à grave chez les enfants de moins de 5 ans : **4 % modérée ; 1 % sévère**

Taux de mortalité néonatale : **22 pour 1 000 naissances vivantes**

Taux de natalité chez les adolescentes : **96,3 pour 1 000 femmes**

Retards de croissance chez les enfants de moins de 5 ans : **26 %**

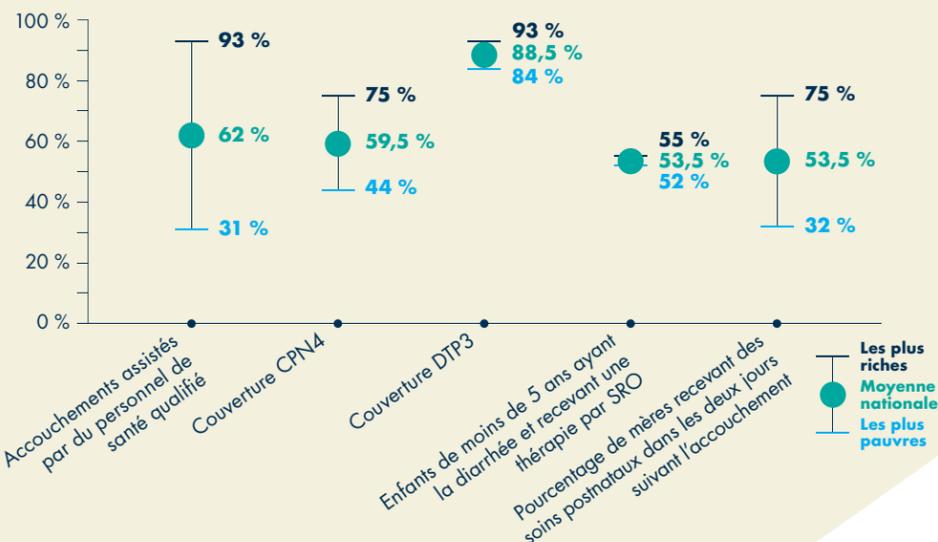
INDICATEURS DE COUVERTURE***

Personnes vivant avec le VIH recevant un traitement antirétroviral (TAR) : **64 %**

Femmes enceintes recevant un TAR dans le cadre de la PTME : **80 %**

Enfants de moins de 5 ans avec des symptômes de pneumonie emmenés chez un prestataire de santé : **66 %**

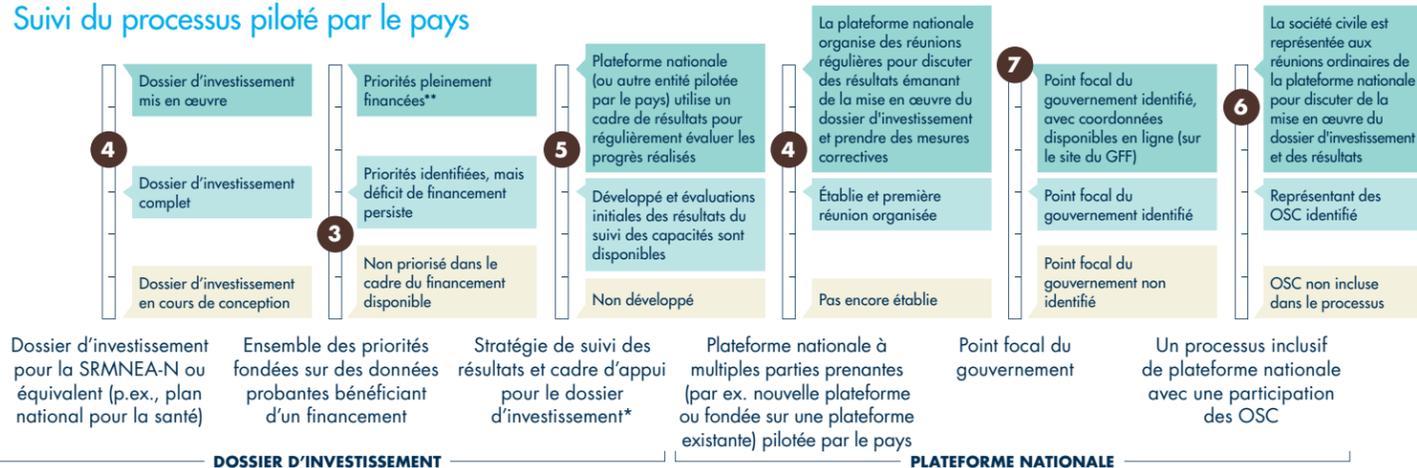
Taux de prévalence de la contraception moderne : **39,1 %**



Priorités du dossier d'investissement

- S'attaquer aux disparités et accroître l'équité de la couverture en investissant en priorité dans les comtés les plus mal desservis et accélérer les actions ciblant les populations mal desservies et marginalisées.
- Aborder les obstacles prioritaires du côté de la demande pour accroître l'accès, l'utilisation, la couverture et l'accessibilité économique des services de SRMNEA-N et garantir la protection financière des populations pauvres :
 - Étendre les réseaux de services de santé communautaire et l'accès aux interventions de promotion et de prévention
 - Promouvoir une couverture sanitaire universelle en subventionnant une assurance pour les services de soins primaires essentiels
- S'attaquer aux obstacles prioritaires du côté de l'offre pour améliorer l'accès à une prestation de services efficiente, efficace et de qualité et assurer des interventions à fort impact.
 - Services de santé maternelle et néonatale : services de soins obstétricaux et néonataux d'urgence de base, services de soins obstétricaux et néonataux d'urgence complets et systèmes d'aiguillage sanitaire opérationnel
 - Planification familiale : services de planification familiale disponibles, accessibles, acceptables et de qualité
 - Santé infantile : accès à des services de prévention, à des soins de santé primaire et à des soins d'urgence
 - Nutrition : promouvoir la nutrition pour appuyer le développement de la petite enfance
 - Santé de l'adolescent : accroître la disponibilité des services intersectoriels de santé sexuelle et procréative de l'adolescent.

Suivi du processus piloté par le pays



*Inclus dans le dossier d'investissement ou dans un document séparé **Signifie que le financement a été affecté, décaissé et versé – paiement effectué ***CPN4 : quatre consultations prénatales ; TAR : traitement antirétroviral ; DTP3 : vaccination pour la Diphtérie, Tétanos et Pertussis ; SRO : solutions de réhydratation orale ; PTME : prévention de la transmission de la mère à l'enfant ; CPoN : consultations postnatales

Indicateurs du financement de la santé

INDICATEUR D'IMPACT DE BASE DU FINANCEMENT DE LA SANTÉ

Dépenses de santé par habitant financées par des sources nationales : **23,19**

Ratio des dépenses publiques de santé par rapport aux dépenses publiques totales : **6,29 %**

Part des dépenses de santé actuelles affectée aux soins de santé primaire/ambulatoires : **40 %**

Incidence des dépenses de santé catastrophiques et appauvrissantes : **5,8 % catastrophiques, 1,4 % appauvrissantes**

INDICATEURS DE PRODUIT

Part de la santé dans le budget national : **7,6 %**

Identifié des options pour renforcer la mobilisation des ressources nationales : **oui**

Pris des mesures pour soutenir la mobilisation des ressources nationales : **oui**

Part du financement extérieur pour la santé mis en commun et inscrit au budget : **31,05 %**

Suivi des dépenses de santé catastrophiques et appauvrissantes avec des données de moins de trois ans : **non**

Mis en œuvre des stratégies pour réduire les principaux facteurs d'inefficacité : **oui**

Mis en œuvre des réformes pour répondeur aux facteurs de protection financière identifiés (en particulier pour la SRMNEA-N) : **non**

Le pays a :
Mis en œuvre ou actualisé une cartographie des ressources : **oui**

Identifié les facteurs limitant la protection financière (en particulier pour les services de SRMNEA-N) : **non**

EFFICACITÉ

Taux d'abandon du DTP3 : **7,79 %**

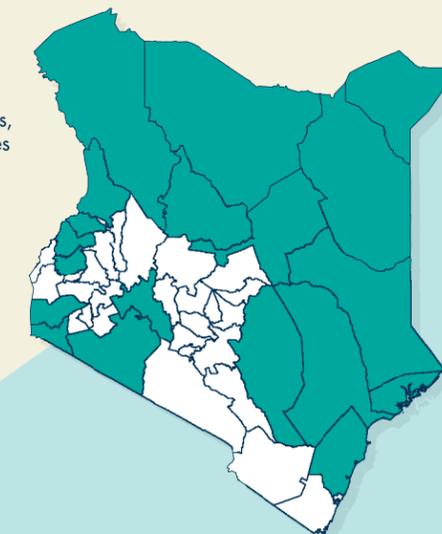
Taux d'abandon des CPN : **40 %**

Taux d'exécution du budget de la santé : **75 %**

Projet financé par la Banque mondiale (IDA/BIRD/GFF)

| | |
|-----------------------------|------------------|
| PAYS | Kenya |
| DATE DU CONSEIL | 15/06/2016 |
| MONTANT APPROUVÉ PAR LE GFF | USD 40 millions |
| MONTANT DE L'IDA | USD 150 millions |

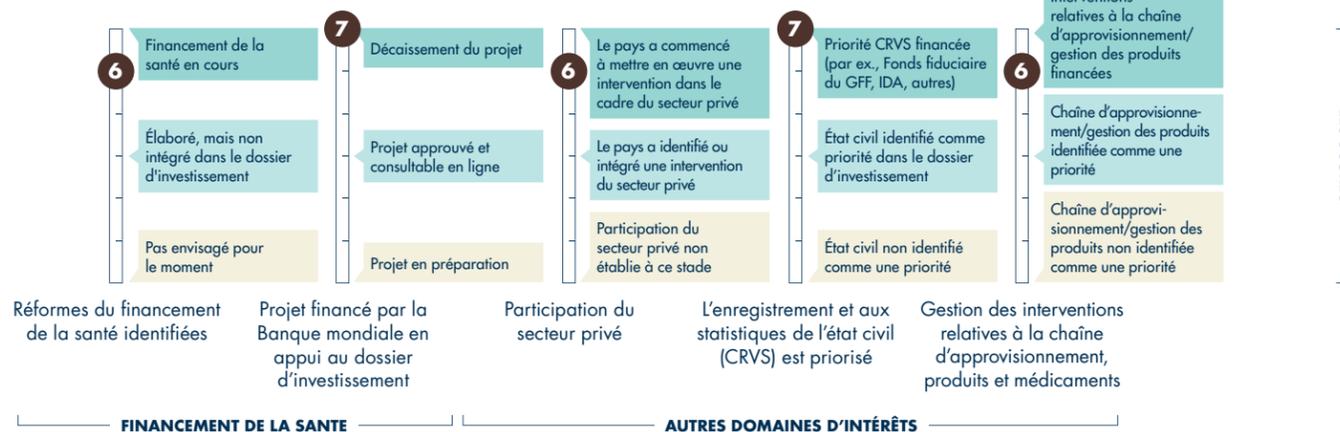
Zones géographiques ciblées



ZONES CIBLÉES

Cartographie des ressources

Au Kenya, les activités interrompues pendant plusieurs années pour diverses raisons, notamment la coordination du secteur de la santé, la cartographie des ressources, et la planification et les revues conjointes, ont été relancées par le ministère de la Santé du Kenya, avec le soutien du GFF et de la Banque mondiale, du THS-UCP (Transforming Health Systems for Universal Care Project), du Fonds fiduciaire à multiples bailleurs de la SRMNEA, de l'initiative Clinton Health Access, d'USAID, de l'OMS et d'autres partenaires. La cartographie des ressources renseigne et soutient la mise en œuvre du nouveau plan stratégique du secteur de la santé pour la période 2018-22. C'est dans le cadre de ce plan stratégique que la SRMNEA-N, conformément aux directives du dossier d'investissement de la SRMNEA-N, figurera comme principale composante pour la prestation de services de santé et la couverture de santé universelle. Les besoins de financement de la SRMNEA-N dans les 20 comtés prioritaires ont été estimés à 989 millions de dollars pour la période s'étendant de 2017-18 à 2019-20. Bien que des informations plus précises ne soient pas encore disponibles, le ministère de la Santé estime que la contribution du gouvernement aux dépenses de santé est de 40 pour cent, celle des ménages (dépenses non remboursées) de 31 pour cent, celle des bailleurs de fonds de 23 pour cent et celle d'autres sources privées de 6 pour cent. La contribution du gouvernement progresse lentement, mais régulièrement, tandis que celle des partenaires extérieurs évolue à la baisse. Les principaux partenaires extérieurs de la santé sont la Fondation Bill et Melinda Gates, l'Initiative Clinton Health Access, le Fonds mondial, le Danemark, les États-Unis (PEPFAR, USAID, CDC), le Japon (JICA), le Royaume-Uni (DFID), et les partenaires du H6 de l'ONU ainsi que la Banque mondiale.



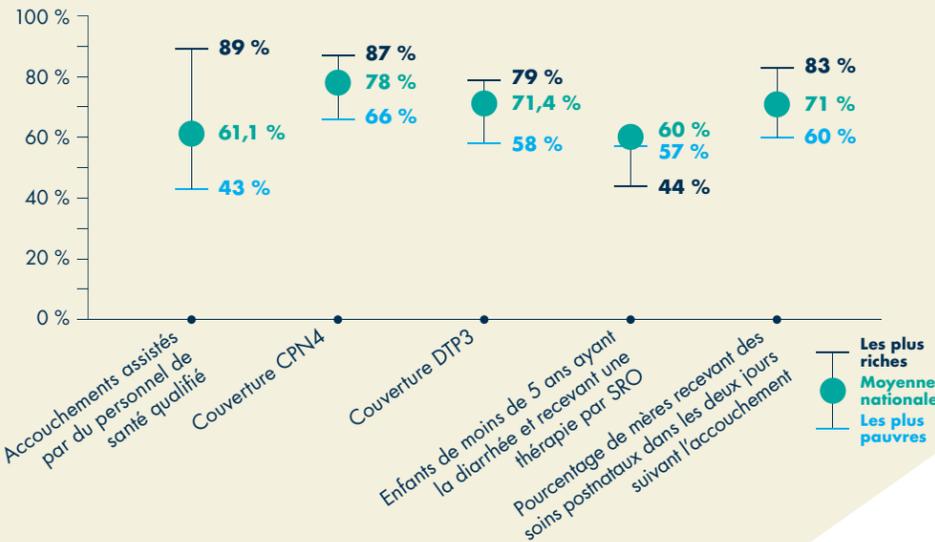
Données de la SRMNEA-N

INDICATEURS D'IMPACT DE BASE

| | | | |
|--|--|--|--|
| Taux de mortalité maternelle : 1 072 pour 100 000 naissances vivantes | Taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans : 94 pour 1 000 naissances vivantes | Pourcentage des naissances dans les 24 mois suivant l'accouchement précédent : 15,5 % | Émancipation modérée à grave chez les enfants de moins de 5 ans : 6 % |
| Taux de mortalité néonatale : 26 pour 1 000 naissances vivantes | Taux de natalité chez les adolescentes : 149 pour 1 000 femmes | Retards de croissance chez les enfants de moins de 5 ans : 32 % | |

INDICATEURS DE COUVERTURE***

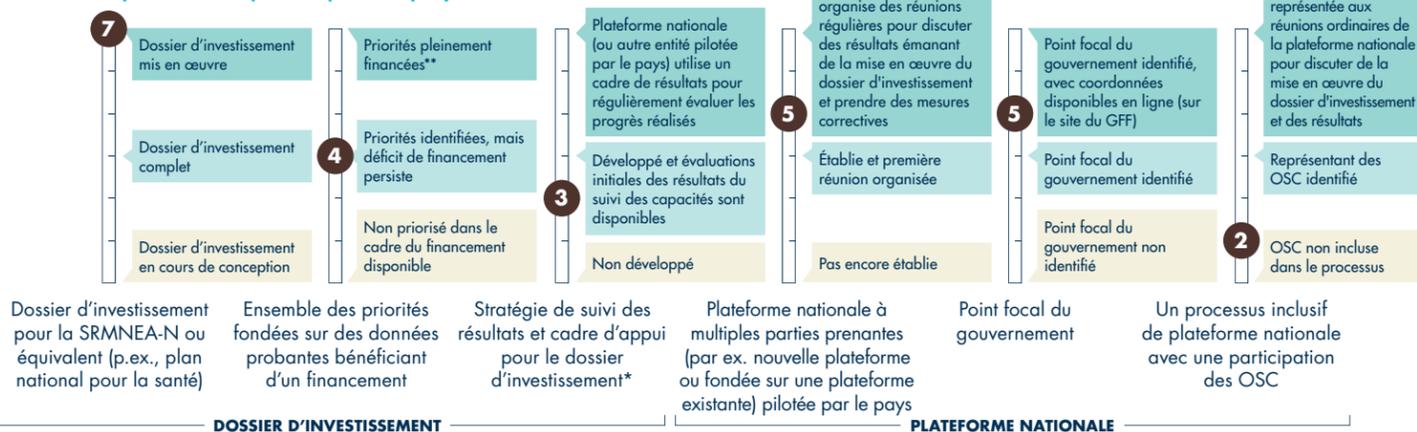
| | | | |
|--|---|--|--|
| Personnes vivant avec le VIH recevant un traitement antirétroviral (TAR) : 30 % | Femmes enceintes recevant un TAR dans le cadre de la PTME : 39 % | Enfants de moins de 5 ans avec des symptômes de pneumonie emmenés chez un prestataire de santé : 50,7 % | Taux de prévalence de la contraception moderne : 20,5 % |
|--|---|--|--|



Priorités du dossier d'investissement

- Assurer des soins d'urgence de qualité aux femmes enceintes et aux nouveau-nés, y compris des soins prénatals et postnatals et de santé infantile.
- Renforcer le système d'enregistrement et de statistiques de l'état civil.
- Mener des interventions sanitaires axées sur les adolescentes pour prévenir la mortalité et la morbidité avant, pendant et après l'accouchement, les avortements pratiqués dans de mauvaises conditions, les grossesses précoces ou non désirées et, les infections sexuellement transmissibles ainsi que la violence sexuelle.
- Établir des mécanismes de préparation, de surveillance et d'intervention en cas d'urgence axés, en particulier, sur les décès maternels et néonataux.
- Promouvoir une participation communautaire durable, conçue, renforcée et poursuivie grâce à des structures communautaires.
- Créer un climat favorable : renforcer l'encadrement, la gouvernance et la gestion de la SRMNEA-N, et cela, à tous les niveaux.

Suivi du processus piloté par le pays



Dossier d'investissement pour la SRMNEA-N ou équivalent (p.ex., plan national pour la santé) Ensemble des priorités fondées sur des données probantes bénéficiant d'un financement Stratégie de suivi des résultats et cadre d'appui pour le dossier d'investissement* Plateforme nationale à multiples parties prenantes (par ex. nouvelle plateforme ou fondée sur une plateforme existante) pilotée par le pays Point focal du gouvernement Un processus inclusif de plateforme nationale avec une participation des OSC

Indicateurs du financement de la santé

Zones géographiques ciblées

INDICATEUR D'IMPACT DE BASE DU FINANCEMENT DE LA SANTÉ

| | | | |
|---|--|--|--|
| Dépenses de santé par habitant financées par des sources nationales : 5,13 | Ratio des dépenses publiques de santé par rapport aux dépenses publiques totales : 2,68 % | Part des dépenses de santé actuelles affectée aux soins de santé primaire/ambulatoires : 54 % | Incidence des dépenses de santé catastrophiques et appauvrissantes : 22 % catastrophiques, 6 % appauvrissantes |
|---|--|--|--|

INDICATEURS DE PRODUIT

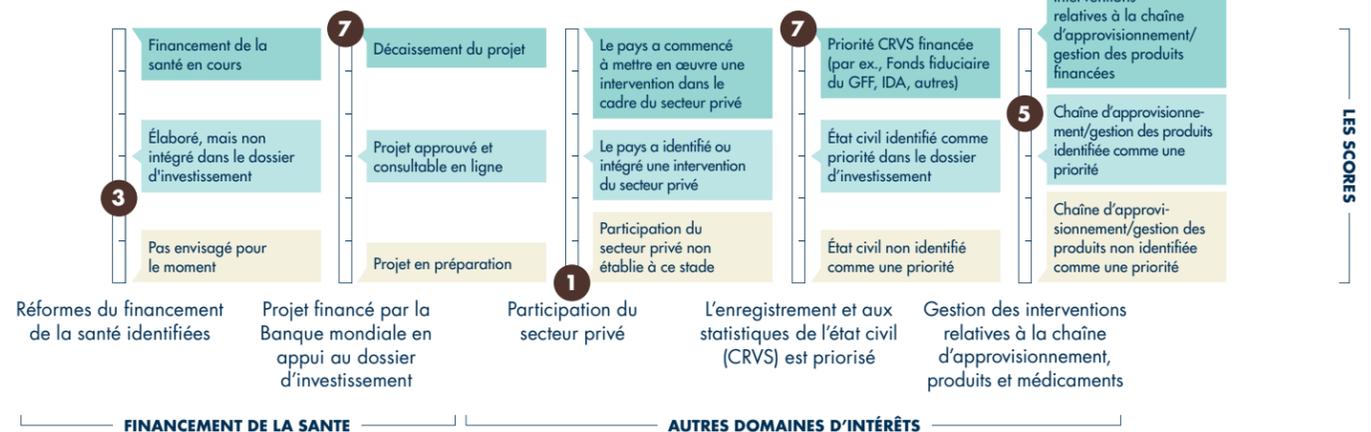
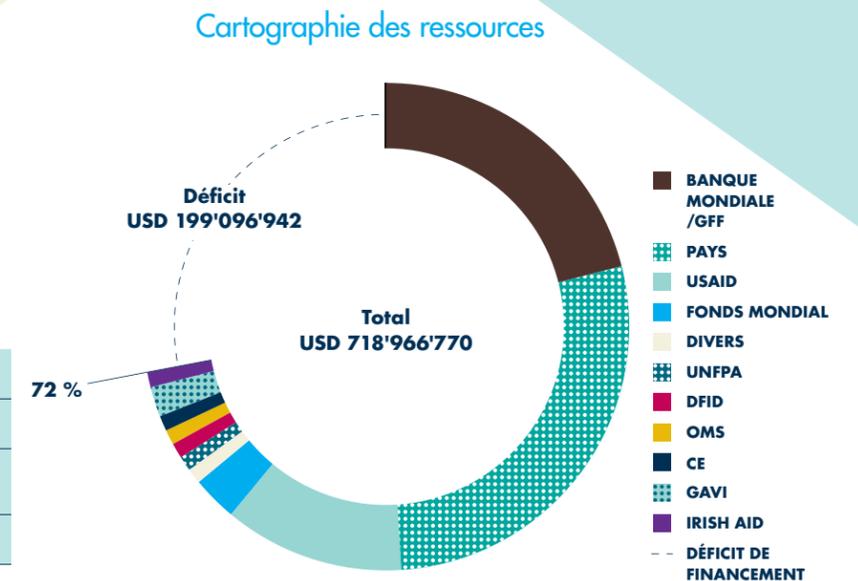
| | | | |
|--|--|---|--|
| Part de la santé dans le budget national : 15 % | Identifié des options pour renforcer la mobilisation des ressources nationales : oui | Pris des mesures pour soutenir la mobilisation des ressources nationales : oui | Part du financement extérieur pour la santé mis en commun et inscrit au budget : 54 % |
| Suivi des dépenses de santé catastrophiques et appauvrissantes avec des données de moins de trois ans : non | Mis en œuvre des stratégies pour réduire les principaux facteurs d'inefficience : partiellement | Mis en œuvre des réformes pour répondre aux facteurs de protection financière identifiés (en particulier pour la SRMNEA-N) : non | |

EFFICIENCE

| | |
|--|--------------------------------------|
| Taux d'abandon du DTP3 : 23 % | Taux d'abandon des CPN : 15 % |
| Taux d'exécution du budget de la santé : 84 % | |

Projet financé par la Banque mondiale (IDA/BIRD/GFF)

| | |
|----------------------------|-----------------|
| PAYS | Liberia |
| DATE DU CONSEIL | 23/02/2017 |
| MONTANT APPRUVÉ PAR LE GFF | USD 16 millions |
| MONTANT DE L'IDA | USD 16 millions |



Réformes du financement de la santé identifiées Projet financé par la Banque mondiale en appui au dossier d'investissement Participation du secteur privé L'enregistrement et aux statistiques de l'état civil (CRVS) est priorisé Gestion des interventions relatives à la chaîne d'approvisionnement, produits et médicaments

Mozambique

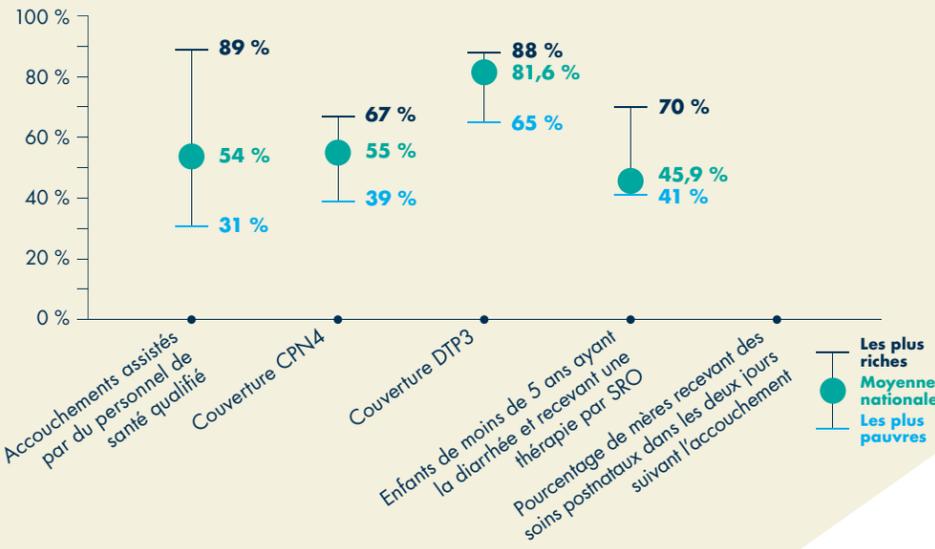
Données de la SRMNEA-N

INDICATEURS D'IMPACT DE BASE

| | | | |
|--|--|--|--|
| Taux de mortalité maternelle : 408 pour 100 000 naissances vivantes | Taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans : 97 pour 1 000 naissances vivantes | Pourcentage des naissances dans les 24 mois suivant l'accouchement précédent : 19 % | Émaciation modérée à grave chez les enfants de moins de 5 ans : 6 % |
| Taux de mortalité néonatale : 30 pour 1 000 naissances vivantes | Taux de natalité chez des adolescentes : 194 pour 1 000 femmes | Retards de croissance chez les enfants de moins de 5 ans : 43 % | |

INDICATEURS DE COUVERTURE***

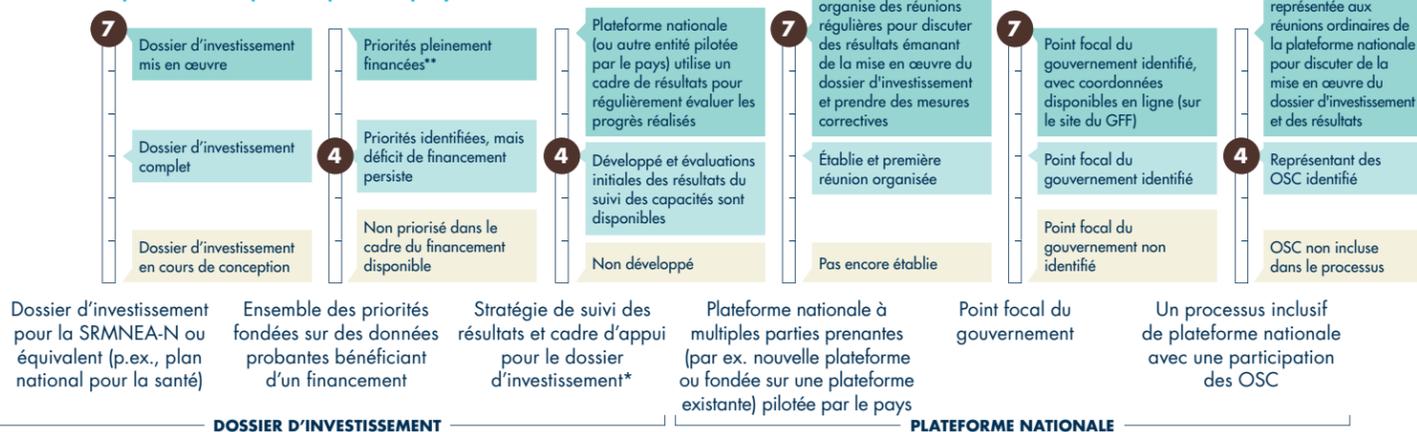
| | | | |
|--|---|--|--|
| Personnes vivant avec le VIH recevant un traitement antirétroviral (TAR) : 54 % | Femmes enceintes recevant un TAR dans le cadre de la PTME : 80 % | Enfants de moins de 5 ans avec des symptômes de pneumonie emmenés chez un prestataire de santé : 56,5 % | Taux de prévalence de la contraception moderne : 25,7 % |
|--|---|--|--|



Priorités du dossier d'investissement

- Équité et élargissement de la couverture : analyse des disparités régionales (le dossier d'investissement accorde la priorité à 42 districts situés dans dix provinces qui enregistrent des retards, et qui affichent une faible densité de population, des ressources limitées, un accès et une utilisation réduite des services et des réseaux de santé et une charge de maladies particulières plus élevée.
- Réduction des obstacles : réduire les obstacles aux niveaux de l'offre et de la demande pour mettre en œuvre des interventions de SRMNEA-N à un fort impact, notamment axées sur la malnutrition des enfants et des adolescents et la planification familiale.
- Apport d'améliorations dans les domaines suivants :
 - Soins d'urgence de base aux femmes et aux nouveau-nés dans les hôpitaux des districts
 - Ressources humaines pour la santé (disponibilité, compétences et répartition du personnel infirmier chargé de la santé maternelle et infantile, spécialistes des soins obstétricaux et des soins néonataux et équipes chirurgicales ; motivation et satisfaction professionnelles)
 - Gestion des équipements (chaîne nationale d'entrepôts, stocks, transports et affectation)
 - Systèmes d'information de la santé et d'enregistrement et de statistiques de l'état civil
 - Financement de la santé (engagement pour accroître la part du budget du gouvernement allouée au secteur de la santé au cours des cinq prochaines années).

Suivi du processus piloté par le pays



*Inclus dans le dossier d'investissement ou dans un document séparé **Signifie que le financement a été affecté, décaissé et versé – paiement effectué ***CPN4 : quatre consultations prénatales ; TAR : traitement antirétroviral ; DTP3 : vaccination pour la Diphtérie, Tétanos et Pertussis ; SRO : solutions de réhydratation orale ; PTME : prévention de la transmission de la mère à l'enfant ; CPoN : consultations postnatales

Indicateurs du financement de la santé

Zones géographiques ciblées

INDICATEUR D'IMPACT DE BASE DU FINANCEMENT DE LA SANTÉ

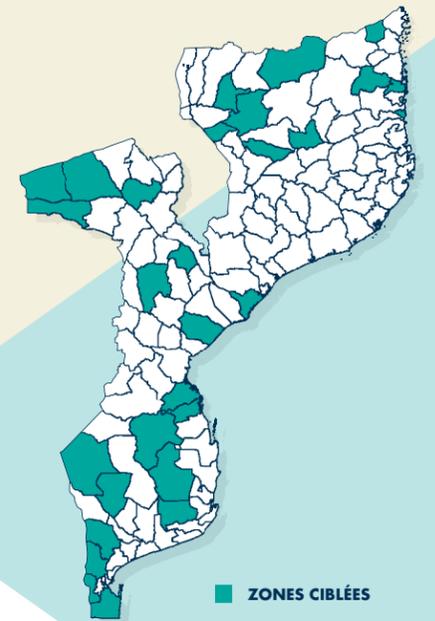
| | | | |
|---|---|--|--|
| Dépenses de santé par habitant financées par des sources nationales : 2,29 | Ratio des dépenses publiques de santé par rapport aux dépenses publiques totales : 9 % | Part des dépenses de santé actuelles affectée aux soins de santé primaire/ambulatoires : non disponible | Incidence des dépenses de santé catastrophiques et appauvrissantes : 1,6 % catastrophiques, 0,5 % appauvrissantes |
|---|---|--|--|

INDICATEURS DE PRODUIT

| | | | |
|--|--|---|---|
| Part de la santé dans le budget national : 10,1 % | Identifié des options pour renforcer la mobilisation des ressources nationales : oui | Pris des mesures pour soutenir la mobilisation des ressources nationales : oui | Part du financement extérieur pour la santé mis en commun et inscrit au budget : 55,42 % |
| Suivi des dépenses de santé catastrophiques et appauvrissantes avec des données de moins de trois ans : non | Mis en œuvre des stratégies pour réduire les principaux facteurs d'inefficacité : oui | Mis en œuvre des réformes pour répondre aux facteurs de protection financière identifiés (en particulier pour la SRMNEA-N) : oui | |
| Le pays a : Mis en œuvre ou actualisé une cartographie des ressources : oui | Identifié les facteurs limitant la protection financière (en particulier pour les services de SRMNEA-N) : non | | |

EFFICIENCE

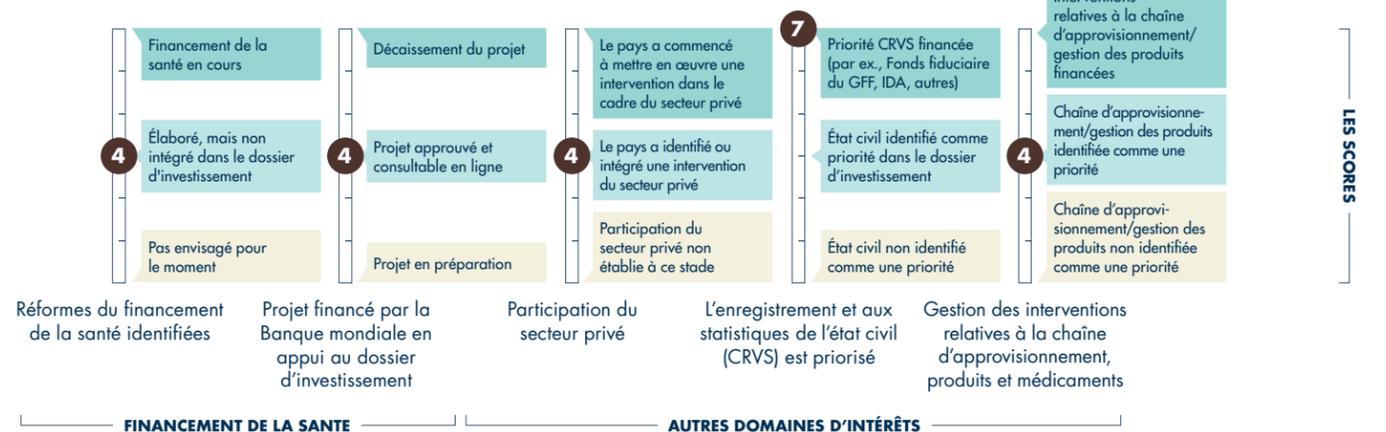
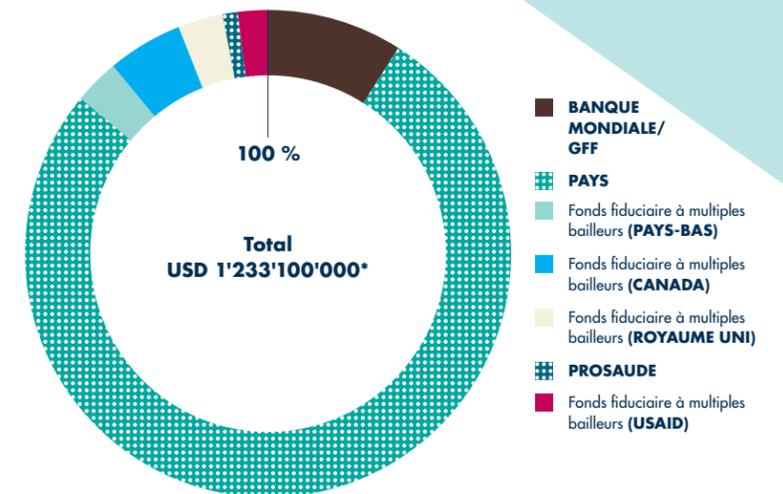
| | |
|--|--------------------------------------|
| Taux d'abandon du DTP3 : 9,33 % | Taux d'abandon des CPN : 44 % |
| Taux d'exécution du budget de la santé : 84 % | |



Cartographie des ressources

Projet financé par la Banque mondiale (IDA/BIRD/GFF)

| | |
|----------------------------|-----------------|
| PAYS | Mozambique |
| DATE DU CONSEIL | 20/12/2017 |
| MONTANT APPRUVÉ PAR LE GFF | USD 25 millions |
| MONTANT DE L'IDA | USD 80 millions |



* il s'agit d'engagements préliminaires pour 2019. Toutes les contributions présentées dans le cercle sont canalisées à travers les systèmes gouvernementaux. En outre, certains partenaires de développement financent le dossier d'investissement à travers des financements parallèles (par ex., DFID finance le dossier d'investissement à travers des agences des NU).

Données de la SRMNEA-N

INDICATEURS D'IMPACT DE BASE

Taux de mortalité maternelle : **227 pour 100 000 naissances vivantes**

Taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans : **50 pour 1 000 naissances vivantes**

Pourcentage des naissances dans les 24 mois suivant l'accouchement précédent : **13,2 %**

Émancipation modérée à grave chez les enfants de moins de 5 ans : **6,9 %**

Taux de mortalité néonatale : **25 pour 1 000 naissances vivantes**

Taux de natalité chez des adolescentes : **36 pour 1 000 femmes**

Retards de croissance chez les enfants de moins de 5 ans : **29,2 %**

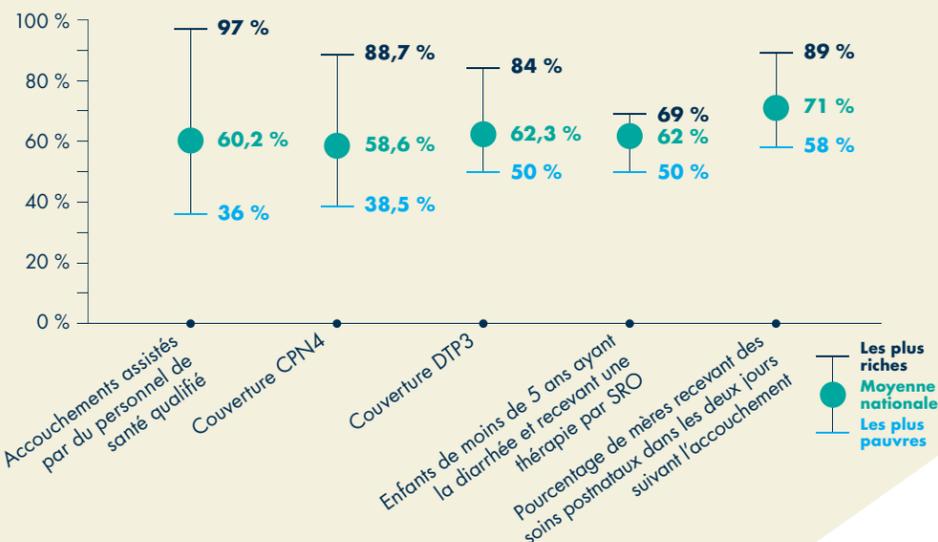
INDICATEURS DE COUVERTURE***

Personnes vivant avec le VIH recevant un traitement antirétroviral (TAR) : **55 %**

Femmes enceintes recevant un TAR dans le cadre de la PTME : **87 %**

Enfants de moins de 5 ans avec des symptômes de pneumonie emmenés chez un prestataire de santé : **58,3 %**

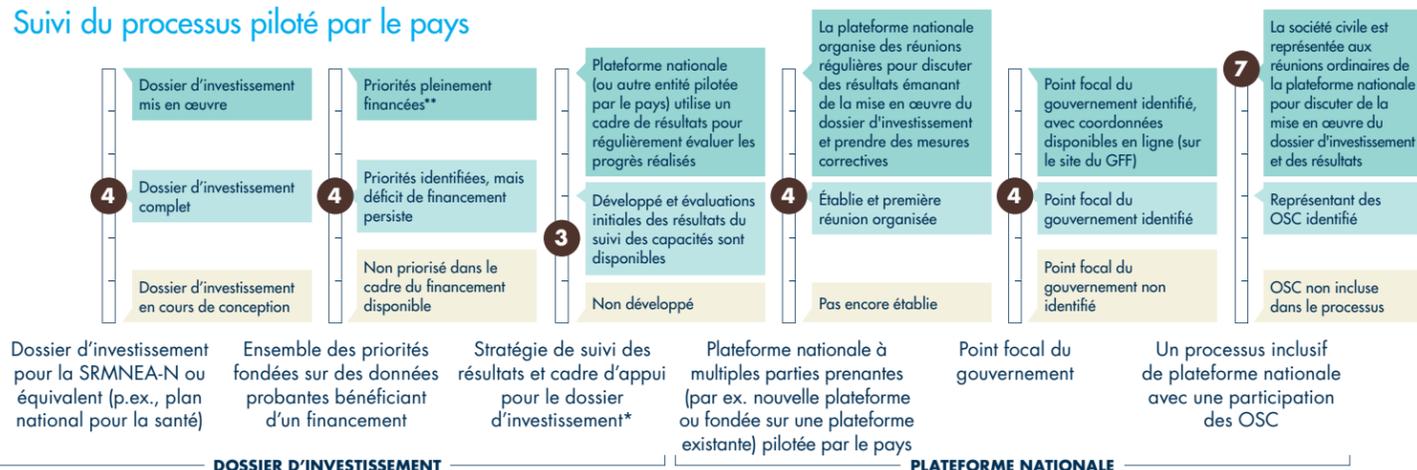
Taux de prévalence de la contraception moderne : **31,1 %**



Priorités du dossier d'investissement

- Étendre l'accès au paquet de services de santé essentiels de base à toute la population tout en renforçant la protection financière (incluant le rôle décisif de la santé primaire et de la prestation de services et d'interventions au niveau des municipalités et au niveau décentralisé, en partant des communautés).
- Renforcer le système de santé pour soutenir une prestation efficace de services et d'interventions de qualité :
 - Ressources humaines : accréditation d'instituts de formation ; formation avant-emploi
 - Infrastructures : construction, remise en état et équipement des formations sanitaires
 - Prestation de service : système d'information de la santé, expansion de la prestation de services pour les communautés ; système d'aiguillage ; gestion de la passation des marchés et de la chaîne d'approvisionnement ; gestion des flux financiers et gestion financière ; qualité des soins ; demande de services.
 - Financement de la santé : mobilisation des ressources (dépenses publiques pour la santé et aide au développement ciblées sur la santé) ; achats (collaborer avec des prestataires de santé en dehors du ministère de la Santé et des Sports et développement de fonctions pour la passation de marchés) ; protection financière
- Créer ou accroître la demande pour des interventions et des services essentiels.

Suivi du processus piloté par le pays



*Inclus dans le dossier d'investissement ou dans un document séparé **Signifie que le financement a été affecté, décaissé et versé – paiement effectué ***CPN4 : quatre consultations prénatales ; TAR : traitement antirétroviral ; DTP3 : vaccination pour la Diphtérie, Tétanos et Pertussis ; SRO : solutions de réhydratation orale ; PTME : prévention de la transmission de la mère à l'enfant ; CPoN : consultations postnatales

Indicateurs du financement de la santé

Zones géographiques ciblées

INDICATEUR D'IMPACT DE BASE DU FINANCEMENT DE LA SANTÉ

Dépenses de santé par habitant financées par des sources nationales : **13,6**

Ratio des dépenses publiques de santé par rapport aux dépenses publiques totales : **4,94 %**

Part des dépenses de santé actuelles affectée aux soins de santé primaire/ambulatoires : **non disponible**

Incidence des dépenses de santé catastrophiques et appauvrissantes : **13,8 % catastrophiques, 2,2 % appauvrissantes**

INDICATEURS DE PRODUIT

Part de la santé dans le budget national : **non disponible**

Suivi des dépenses de santé catastrophiques et appauvrissantes avec des données de moins de trois ans : **oui**

Identifié des options pour renforcer la mobilisation des ressources nationales : **oui**

Mis en œuvre des stratégies pour réduire les principaux facteurs d'inefficience : **oui**

Identifié les facteurs limitant la protection financière (en particulier pour les services de SRMNEA-N) : **oui**

Pris des mesures pour soutenir la mobilisation des ressources nationales : **non**

Mis en œuvre des réformes pour répondre aux facteurs de protection financière identifiés (en particulier pour la SRMNEA-N) : **non**

Part du financement extérieur pour la santé mis en commun et inscrit au budget : **17,75 %**

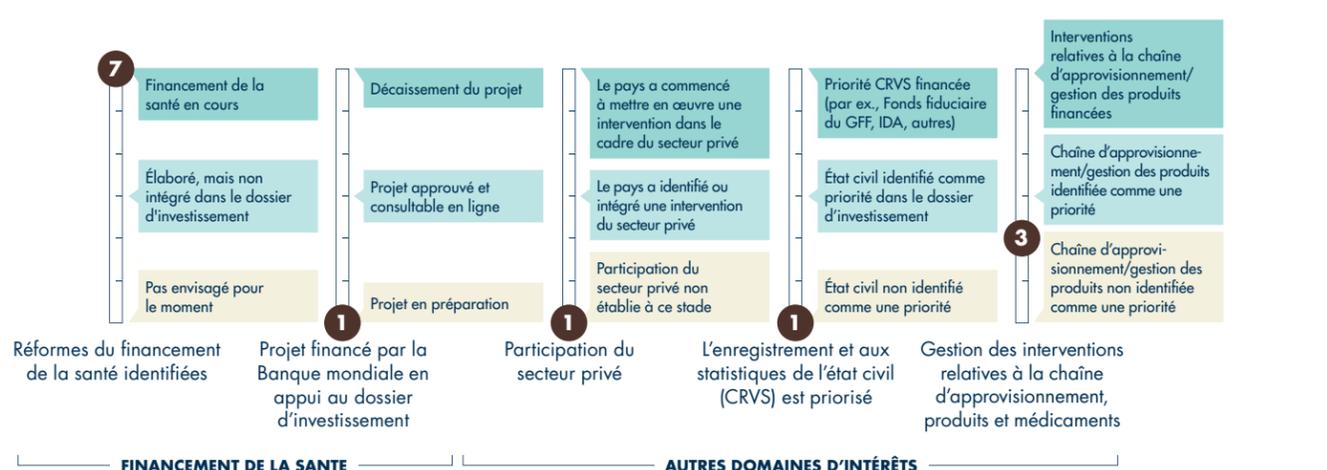
EFFICIENCE

Taux d'abandon du DTP3 : **28,3 %**

Taux d'abandon des CPN : **27 %**

Taux d'exécution du budget de la santé : **non disponible**

Le pays a :
Mis en œuvre ou actualisé une cartographie des ressources : **non**



Données de la SRMNEA-N

INDICATEURS D'IMPACT DE BASE

Taux de mortalité maternelle : **576 pour 100 000 naissances vivantes**

Taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans : **120 pour 1 000 naissances vivantes**

Pourcentage des naissances dans les 24 mois suivant l'accouchement précédent : **32,7 %**

Émancipation modérée à grave chez les enfants de moins de 5 ans : **11 %**

Taux de mortalité néonatale : **37 pour 1 000 naissances vivantes**

Taux de natalité chez les adolescentes : **120 pour 1 000 femmes**

Retards de croissance chez les enfants de moins de 5 ans : **44 %**

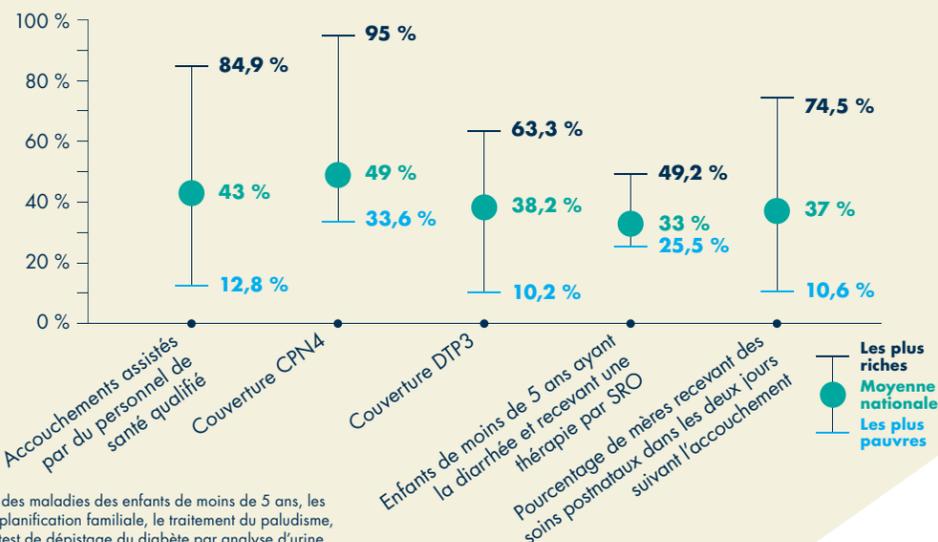
INDICATEURS DE COUVERTURE***

Personnes vivant avec le VIH recevant un traitement antirétroviral (TAR) : **30 %**

Femmes enceintes recevant un TAR dans le cadre de la PTME : **32 %**

Enfants de moins de 5 ans avec des symptômes de pneumonie emmenés chez un prestataire de santé : **24 %**

Taux de prévalence de la contraception moderne : **11,1 %**

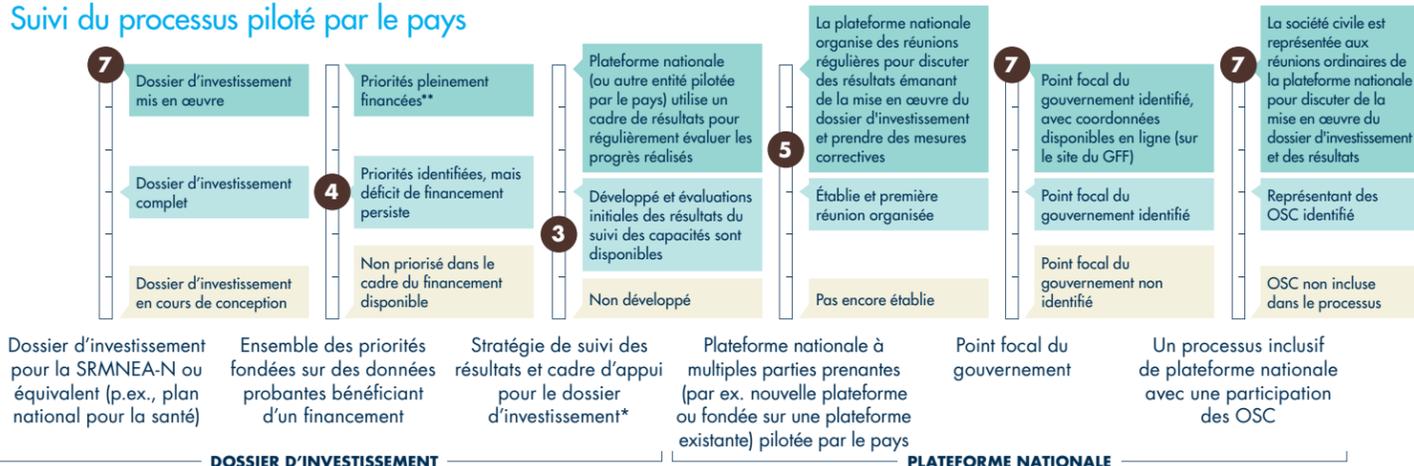


Priorités du dossier d'investissement

- Mobiliser des ressources additionnelles pour les soins de santé de première ligne (centres de soins primaires et systèmes communautaires) comme suit :
 - Accorder la priorité à la mobilisation des ressources nationales en mettant en place un Fonds pour la prestation de services de santé de base dans trois États
 - Promouvoir l'objectif de la couverture sanitaire universelle en privilégiant les soins de santé primaire
 - Rechercher les moyens d'accroître l'efficacité de la prestation de services en suivant une approche basée sur les résultats pour les prestations assurées dans les formations sanitaires ou au niveau communautaire, et cela, en élargissant la portée du système de financement basé sur les résultats dans les régions les plus nécessiteuses des cinq États touchés par un conflit dans le nord-est du pays
 - Élargir la couverture d'un ensemble de services essentiels de nutrition en concluant, pour la première fois au Nigéria, des contrats basés sur les résultats, et cela, dans 12 États
- Mettre en place un mécanisme de financement pour faciliter la mise en commun des ressources des bailleurs et des ressources nationales afin d'accroître le montant du Fonds pour la prestation de services de santé de base dans les trois derniers États.
- Apprendre et innover pour renforcer la participation du secteur privé en vue d'améliorer l'accès et la qualité des services.

Note : le paquet minimum de services comprend 57 interventions hautement prioritaires financées par le Fonds pour la prestation de services de santé de base, comprenant 12 catégories distinctes de services de santé primaire et 10 services de santé secondaires. Ces interventions couvrent toute la gamme des soins requis avant, pendant et après l'accouchement, le traitement des maladies des enfants de moins de 5 ans, les interventions de santé procréative et de l'adolescent, y compris la planification familiale, le traitement du paludisme, et le dépistage de certaines maladies non transmissibles (par ex., test de dépistage du diabète par analyse d'urine et contrôle de la pression artérielle pour les maladies cardiovasculaires).

Suivi du processus piloté par le pays



*Inclus dans le dossier d'investissement ou dans un document séparé **Signifie que le financement a été affecté, décaissé et versé – paiement effectué ***CPN4 : quatre consultations prénatales ; TAR : traitement antirétroviral ; DTP3 : vaccination pour la Diphtérie, Tétanos et Pertussis ; SRO : solutions de réhydratation orale ; PTME : prévention de la transmission de la mère à l'enfant ; CPoN : consultations postnatales

Indicateurs du financement de la santé

INDICATEUR D'IMPACT DE BASE DU FINANCEMENT DE LA SANTÉ

Dépenses de santé par habitant financées par des sources nationales : **16,08**

Ratio des dépenses publiques de santé par rapport aux dépenses publiques totales : **5,3 %**

Part des dépenses de santé actuelles affectée aux soins de santé primaire/ambulatoires : **8 %**

Incidence des dépenses de santé catastrophiques et appauvrissantes : **26 % catastrophiques, 6,5 % appauvrissantes**

INDICATEURS DE PRODUIT

Part de la santé dans le budget national : **4,15 %**

Identifié des options pour renforcer la mobilisation des ressources nationales : **oui**

Pris des mesures pour soutenir la mobilisation des ressources nationales : **oui**

Part du financement extérieur pour la santé mis en commun et inscrit au budget : **27,85 %**

Suivi des dépenses de santé catastrophiques et appauvrissantes avec des données de moins de trois ans : **non**

Mis en œuvre des stratégies pour réduire les principaux facteurs d'inefficacité : **oui**

Mis en œuvre des réformes pour répondre aux facteurs de protection financière identifiés (en particulier pour la SRMNEA-N) : **oui**

Le pays a : Mis en œuvre ou actualisé une cartographie des ressources : **oui**

Identifié les facteurs limitant la protection financière (en particulier pour les services de SRMNEA-N) : **oui**

EFFICACITÉ

Taux d'abandon du DTP3 : **24,5 %**

Taux d'abandon des CPN : **25 %**

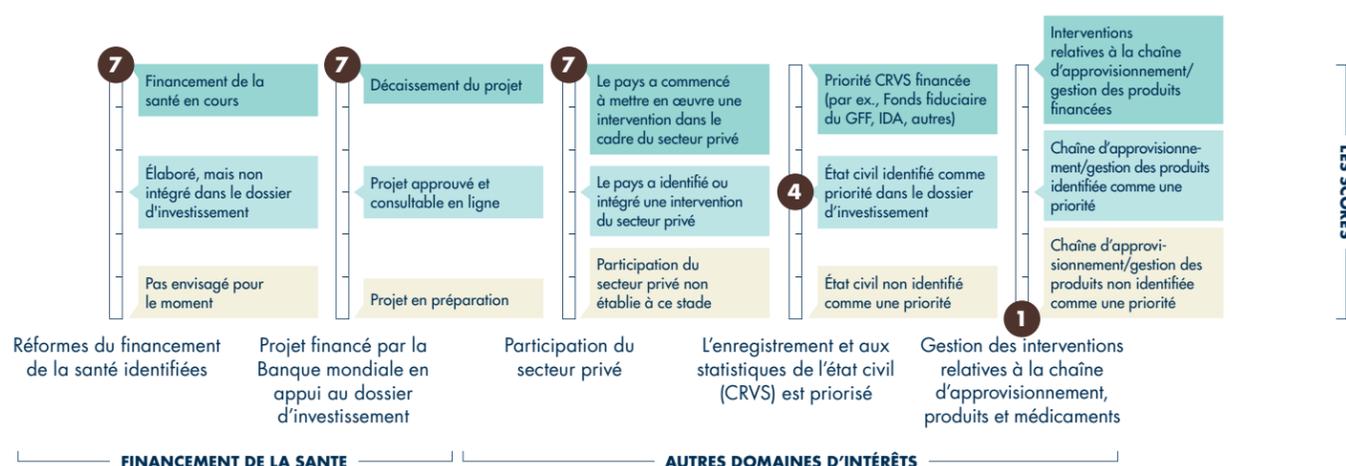
Taux d'exécution du budget de la santé : **91,33 %**

Projet financé par la Banque mondiale (IDA/BIRD/GFF)

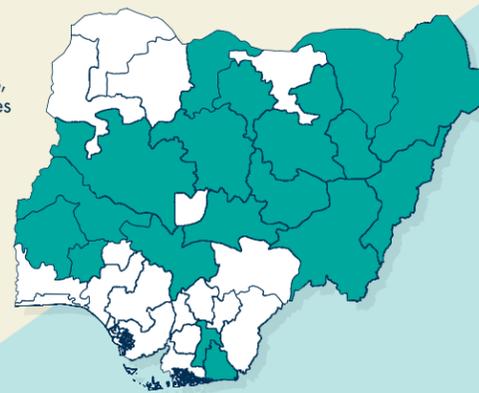
| PAYS | Nigéria (Financement add.) | Nigéria (ANRIN) |
|-----------------------------|----------------------------|------------------|
| DATE DU CONSEIL | 07/06/2017 | 27/06/2018 |
| MONTANT APPROUVÉ PAR LE GFF | USD 20 millions | USD 7 millions |
| MONTANT DE L'IDA | USD 125 millions | USD 225 millions |

Cartographie des ressources

Le GFF a permis au Nigéria d'élaborer un dossier d'investissement progressif faisant état de priorités auxquelles adhèrent résolument divers acteurs nationaux, notamment, de la société civile et du secteur privé. Certains bailleurs, comme la Banque mondiale et la Fondation Bill et Melinda Gates alignent déjà une partie de leurs financements sur le dossier d'investissement, mais des efforts sont déployés pour obtenir l'appui d'une gamme plus large de fonds pour le dossier d'investissement. La cartographie des ressources effectuée au cours de la préparation du dossier d'investissement a confirmé qu'au moins 200 millions de dollars pourraient être mobilisées à partir de diverses sources, et cela, pour le dossier d'investissement.



Zones géographiques ciblées



ZONES CIBLÉES

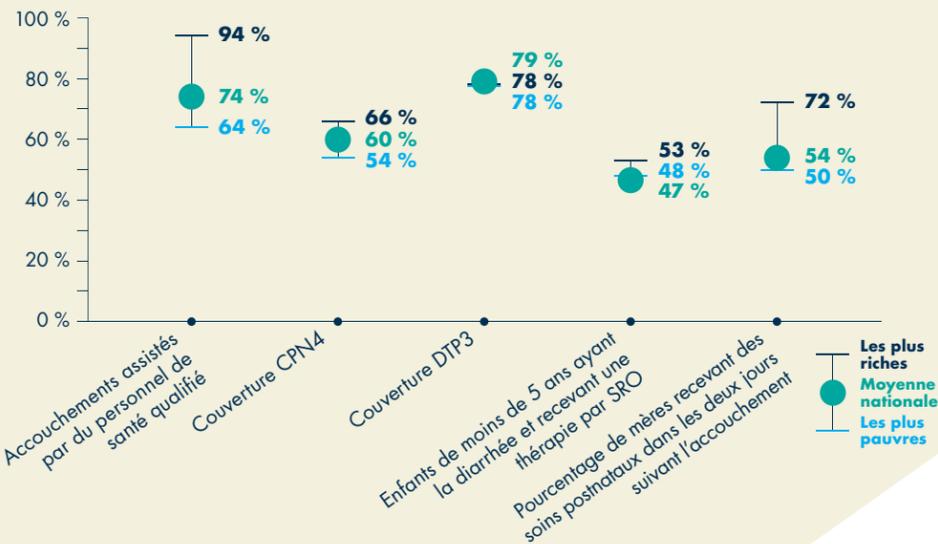
Données de la SRMNEA-N

INDICATEURS D'IMPACT DE BASE

| | | | |
|--|--|--|--|
| Taux de mortalité maternelle : 336 pour 100 000 naissances vivantes | Taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans : 64 pour 1 000 naissances vivantes | Pourcentage des naissances dans les 24 mois suivant l'accouchement précédent : 24,3 % | Émancipation modérée à grave chez les enfants de moins de 5 ans : 5 % |
| Taux de mortalité néonatale : 27 pour 1 000 naissances vivantes | Taux de natalité chez des adolescentes : 132 pour 1 000 femmes | Retards de croissance chez les enfants de moins de 5 ans : 29 % | |

INDICATEURS DE COUVERTURE***

| | | | |
|--|---|--|--|
| Personnes vivant avec le VIH recevant un traitement antirétroviral (TAR) : 67 % | Femmes enceintes recevant un TAR dans le cadre de la PTME : 95 % | Enfants de moins de 5 ans avec des symptômes de pneumonie emmenés chez un prestataire de santé : 80 % | Taux de prévalence de la contraception moderne : 27,3 % |
|--|---|--|--|



Priorités du dossier d'investissement

- Privilégier des options à fort impact ayant fait leurs preuves, notamment l'identification d'un ensemble d'interventions fondées sur les faits, et cela, pour chaque niveau de prestation de services.
- Accroître l'accès aux populations les plus touchées en privilégiant une série de mécanismes de prestation de services opérant en synergie, par exemple pour :
 - Renforcer la gestion de la santé au niveau du district
 - Étendre la couverture des services communautaires
 - Renforcer les capacités en faisant appel à un centre de compétences.
- Procéder à un ciblage et à un séquençage géographiques pour déterminer les régions dans lesquelles les interventions doivent être poursuivies en premier (la priorité est donnée aux districts accusant le retard le plus important en matière de SRMNEA).
- Opérer dans un contexte multisectoriel plus général en privilégiant la santé de l'adolescent (y compris les déterminants sociaux de la SRMNEA et en mobilisant l'action dans d'autres secteurs).
- Veiller à ce que la responsabilité des résultats de la SRMNEA-N soit mutuelle, notamment en renforçant les systèmes de données (y compris les registres et les statistiques de l'état civil).

Suivi du processus piloté par le pays



Indicateurs du financement de la santé

Zones géographiques ciblées

INDICATEUR D'IMPACT DE BASE DU FINANCEMENT DE LA SANTÉ

| | | | |
|---|--|---|---|
| Dépenses de santé par habitant financées par des sources nationales : 6,19 | Ratio des dépenses publiques de santé par rapport aux dépenses publiques totales : 5,61 % | Part des dépenses de santé actuelles affectée aux soins de santé primaire/ambulatoires : 31,55 % | Incidence des dépenses de santé catastrophiques et appauvrissantes : 10,5 % catastrophiques, 2,7 % appauvrissantes |
|---|--|---|---|

INDICATEURS DE PRODUIT

| | | | |
|--|--|--|---|
| Part de la santé dans le budget national : 7,5 % | Identifié des options pour renforcer la mobilisation des ressources nationales : oui | Pris des mesures pour soutenir la mobilisation des ressources nationales : oui | Part du financement extérieur pour la santé mis en commun et inscrit au budget : 36,41 % |
| Suivi des dépenses de santé catastrophiques et appauvrissantes avec des données de moins de trois ans : non | Mis en œuvre des stratégies pour réduire les principaux facteurs d'inefficacité : oui | Mis en œuvre des réformes pour répondre aux facteurs de protection financière identifiés (en particulier pour la SRMNEA-N) : non disponible | |
| Le pays a : Mis en œuvre ou actualisé une cartographie des ressources : non | Identifié les facteurs limitant la protection financière (en particulier pour les services de SRMNEA-N) : oui | | |

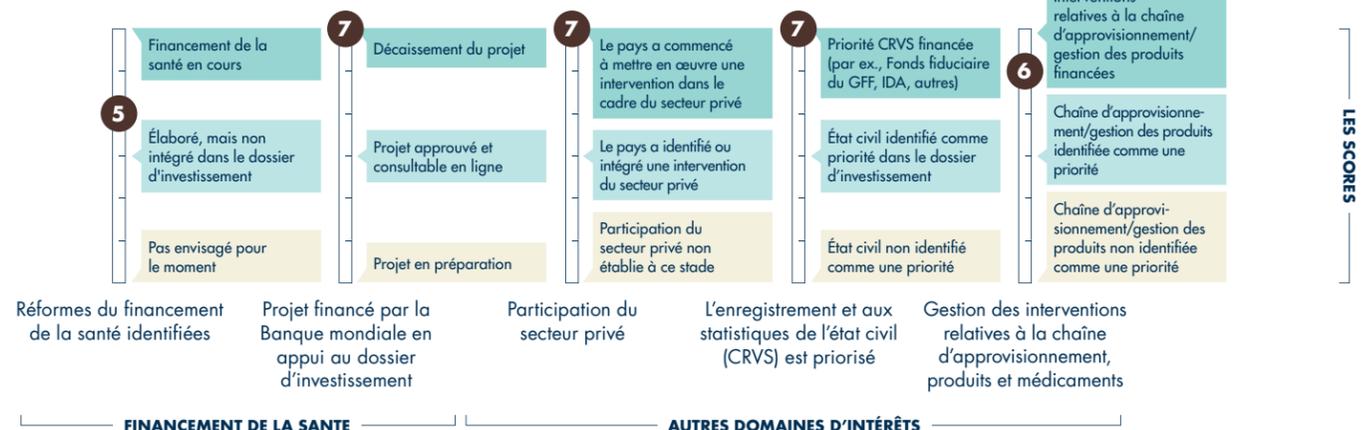
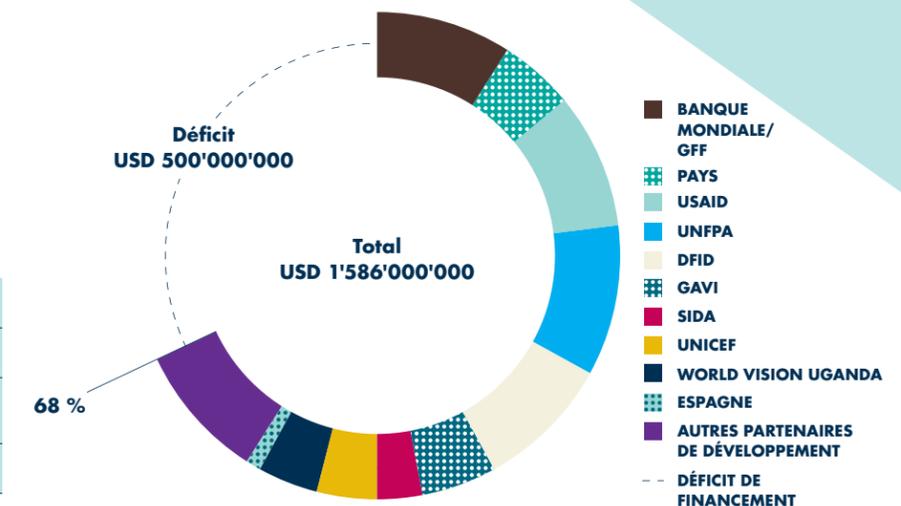
EFFICACITÉ

| | |
|---|--------------------------------------|
| Taux d'abandon du DTP3 : 17,2 % | Taux d'abandon des CPN : 38 % |
| Taux d'exécution du budget de la santé : 90 % dépenses salaires ; 100 % dépenses non salaires | |

Projet financé par la Banque mondiale (IDA/BIRD/GFF)

| | |
|----------------------------|------------------|
| PAYS | Ouganda |
| DATE DU CONSEIL | 04/08/2016 |
| MONTANT APPRUVÉ PAR LE GFF | USD 30 millions |
| MONTANT DE L'IDA | USD 110 millions |

Cartographie des ressources



*Inclus dans le dossier d'investissement ou dans un document séparé **Signifie que le financement a été affecté, décaissé et versé – paiement effectué ***CPN4 : quatre consultations prénatales ; TAR : traitement antirétroviral ; DTP3 : vaccination pour la Diphtérie, Tétanos et Pertussis ; SRO : solutions de réhydratation orale ; PTME : prévention de la transmission de la mère à l'enfant ; CPn : consultations postnatales

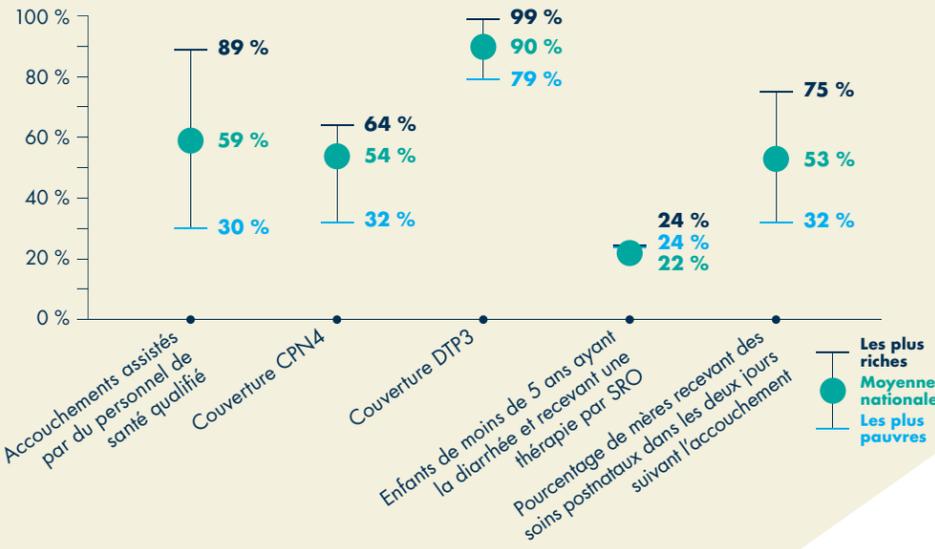
Données de la SRMNEA-N

INDICATEURS D'IMPACT DE BASE

| | | | |
|--|--|--|--|
| Taux de mortalité maternelle : 392 pour 100 000 naissances vivantes | Taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans : 51 pour 1 000 naissances vivantes | Pourcentage des naissances dans les 24 mois suivant l'accouchement précédent : 14,5 % | Émaciation modérée à grave chez les enfants de moins de 5 ans : 7 % |
| Taux de mortalité néonatale : 21 pour 1 000 naissances vivantes | Taux de natalité chez des adolescentes : 72 pour 1 000 femmes | Retards de croissance chez les enfants de moins de 5 ans : 17 % | |

INDICATEURS DE COUVERTURE***

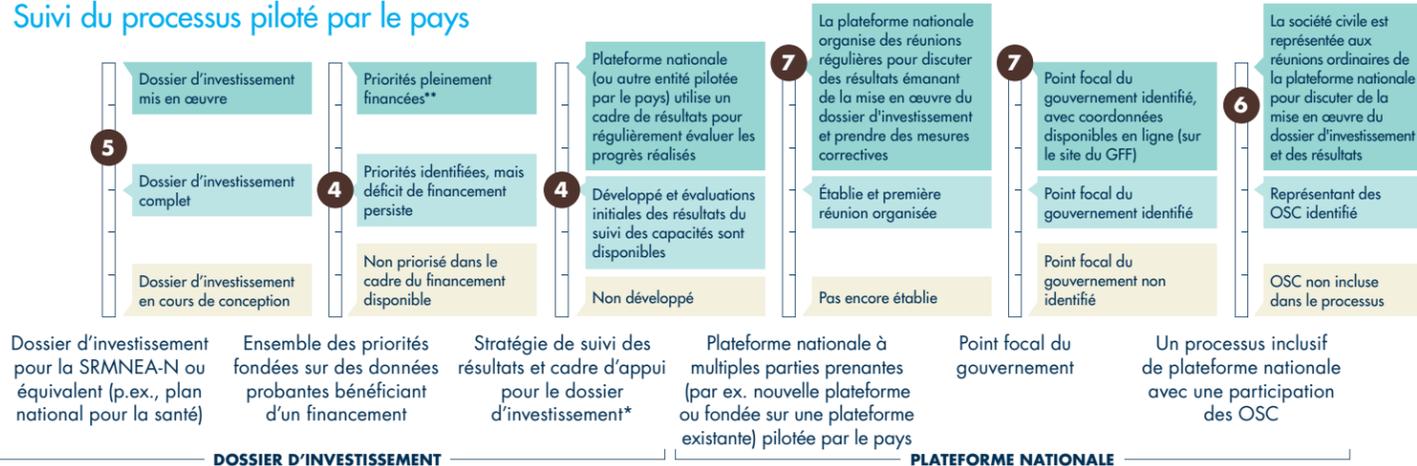
| | | | |
|--|---|--|--|
| Personnes vivant avec le VIH recevant un traitement antirétroviral (TAR) : 52 % | Femmes enceintes recevant un TAR dans le cadre de la PTME : 55 % | Enfants de moins de 5 ans avec des symptômes de pneumonie emmenés chez un prestataire de santé : 48 % | Taux de prévalence de la contraception moderne : 23 % |
|--|---|--|--|



Priorités du dossier d'investissement

- Offrir un paquet de services de SRMNEA-N à fort impact.
- Renforcer l'équité et l'accessibilité économique du paquet de services de SRMNEA-N, et cela, pour les populations pauvres en prenant des mesures pour :
 - Encourager des changements de comportement
 - Améliorer les interventions de communication
 - Améliorer les interventions de santé communautaire
 - Étendre programme de Couverture Maladie Universelle et les programmes de financement du côté de la demande pour cibler les pauvres.
- Améliorer la santé de l'adolescent grâce à des démarches multisectorielles (intensification des messages liés à la santé de l'adolescent et recrutement d'un défenseur des stratégies)
- Renforcer la composante relative à l'offre de services de santé pour améliorer la couverture des services de SRMNEA-N, et cela, en élargissant la portée du Informed Push Model et des initiatives axées sur les ressources humaines.
- Renforcer la gouvernance du système de santé en renforçant les capacités pour une bonne gestion des ressources extérieures par le ministère de la Santé en prenant les mesures suivantes :
 - Élaborer un plan de travail commun au niveau de la région
 - Financer un poste de coordinateur au ministère dans le cadre de l'initiative P4H
 - Assurer des financements novateurs et durables pour atteindre une couverture sanitaire universelle
 - Améliorer les systèmes d'enregistrement et de statistiques de l'état civil

Suivi du processus piloté par le pays



Indicateurs du financement de la santé

INDICATEUR D'IMPACT DE BASE DU FINANCEMENT DE LA SANTÉ

| | | | |
|---|---|--|--|
| Dépenses de santé par habitant financées par des sources nationales : 15 | Ratio des dépenses publiques de santé par rapport aux dépenses publiques totales : 4,2 % | Part des dépenses de santé actuelles affectée aux soins de santé primaire/ambulatoires : 42 % | Incidence des dépenses de santé catastrophiques et appauvrissantes : 3,33 % catastrophiques, 1,1 % appauvrissantes |
|---|---|--|--|

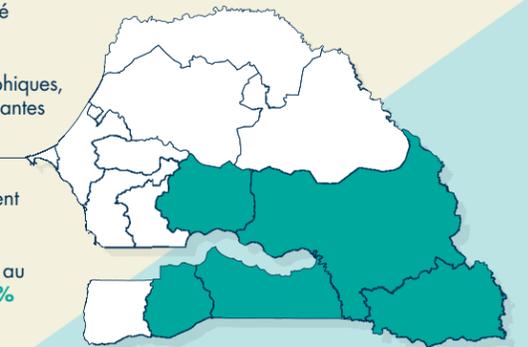
INDICATEURS DE PRODUIT

| | | | |
|--|--|---|---|
| Part de la santé dans le budget national : non disponible | Identifié des options pour renforcer la mobilisation des ressources nationales : oui | Pris des mesures pour soutenir la mobilisation des ressources nationales : oui | Part du financement extérieur pour la santé mis en commun et inscrit au budget : 92,88 % |
| Suivi des dépenses de santé catastrophiques et appauvrissantes avec des données de moins de trois ans : non | Mis en œuvre des stratégies pour réduire les principaux facteurs d'inefficience : oui | Mis en œuvre des réformes pour répondre aux facteurs de protection financière identifiés (en particulier pour la SRMNEA-N) : oui | |
| Le pays a : Mis en œuvre ou actualisé une cartographie des ressources : oui | Identifié les facteurs limitant la protection financière (en particulier pour les services de SRMNEA-N) : oui | | |

EFFICIENCE

| | |
|--|--------------------------------------|
| Taux d'abandon du DTP3 : 5,69 % | Taux d'abandon des CPN : 43 % |
| Taux d'exécution du budget de la santé : 80,5 % | |

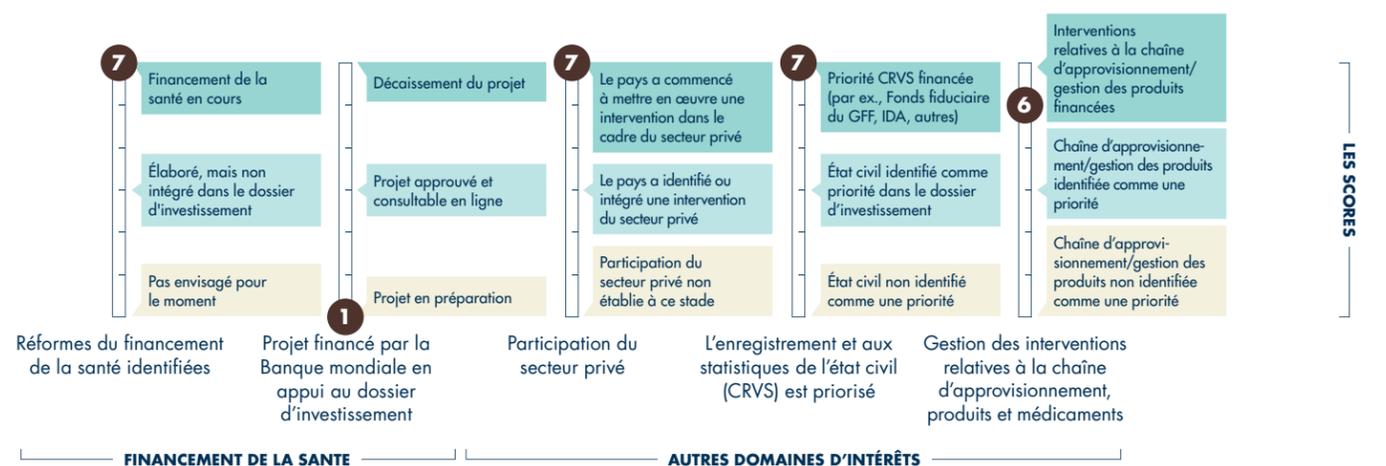
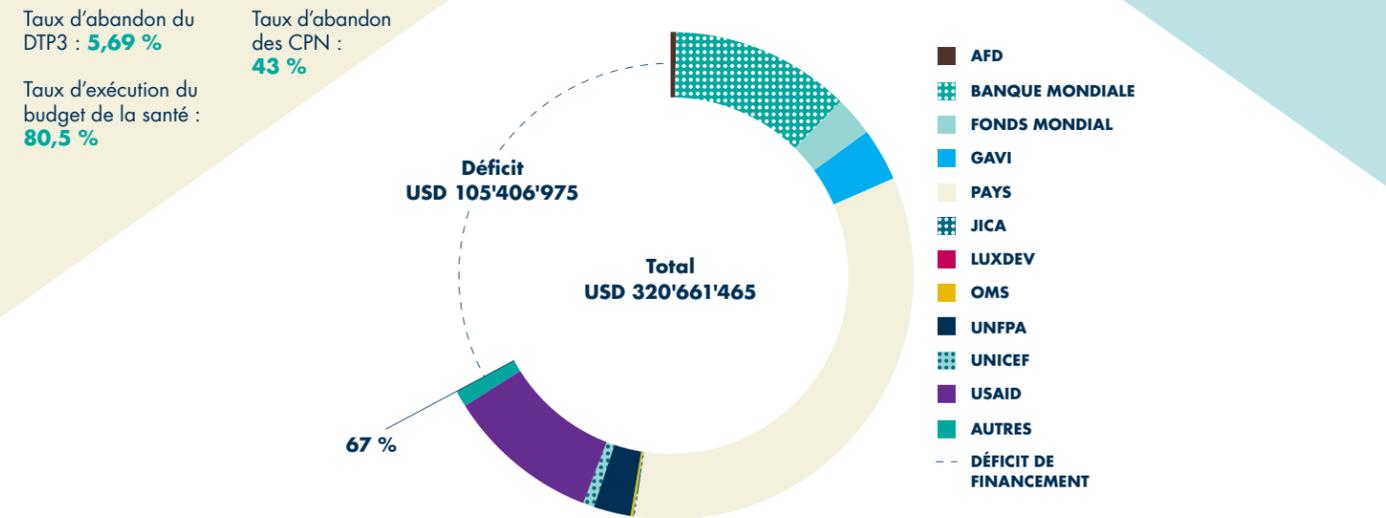
Zones géographiques ciblées



■ ZONES CIBLÉES*

* A l'avenir, en fonction des financements disponibles, il est probable que les districts pauvres de Dakar et de Dioubel soient inclus dans les régions prioritaires.

Cartographie des ressources



*Inclus dans le dossier d'investissement ou dans un document séparé **Signifie que le financement a été affecté, décaissé et versé - paiement effectué ***CPN4 : quatre consultations prénatales ; TAR : traitement antirétroviral ; DTP3 : vaccination pour la Diphtérie, Tétanos et Pertussis ; SRO : solutions de réhydratation orale ; PTME : prévention de la transmission de la mère à l'enfant ; CPoN : consultations postnatales

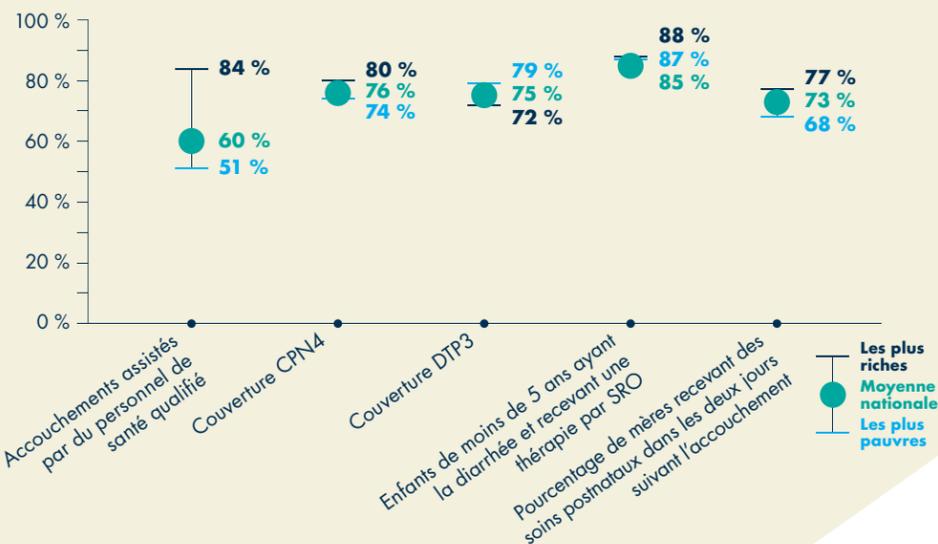
Données de la SRMNEA-N

INDICATEURS D'IMPACT DE BASE

| | | | |
|--|---|--|--|
| Taux de mortalité maternelle : 1 165 pour 100 000 naissances vivantes | Taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans : 156 pour 1 000 naissances vivantes | Pourcentage des naissances dans les 24 mois suivant l'accouchement précédent : 28,1 % | Émaciation modérée à grave chez les enfants de moins de 5 ans : 5 % |
| Taux de mortalité néonatale : 39 pour 1 000 naissances vivantes | Taux de natalité chez des adolescentes : 125 pour 1 000 femmes | Retards de croissance chez les enfants de moins de 5 ans : 29 % | |

INDICATEURS DE COUVERTURE***

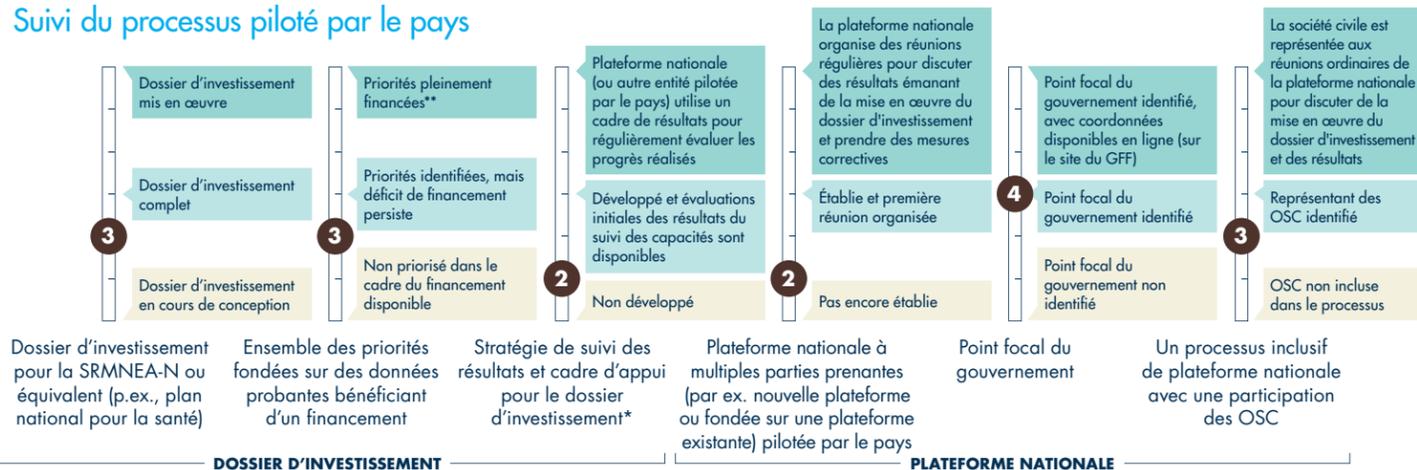
| | | | |
|--|---|--|--|
| Personnes vivant avec le VIH recevant un traitement antirétroviral (TAR) : 26 % | Femmes enceintes recevant un TAR dans le cadre de la PTME : 87 % | Enfants de moins de 5 ans avec des symptômes de pneumonie emmenés chez un prestataire de santé : 72 % | Taux de prévalence de la contraception moderne : 20,9 % |
|--|---|--|--|



Priorités du dossier d'investissement

- Renforcer les systèmes de santé pour une prestation efficace des services de SRMNEA-N (ressources humaines adéquates, qualifiées et motivées ; équipes de direction et gouvernance renforcées à tous les niveaux ; médicaments, fournitures et équipement essentiels de SRMNEA-N disponibles ; infrastructures renforcées ; système d'aiguillage médical d'urgence opérationnel ; et, sang non-contaminé disponibles dans tous les établissements avec des soins obstétriques et néonataux d'urgence).
- Améliorer la qualité des services de SRMNEA-N à tous les niveaux : appuyer l'amélioration de la qualité des services de SRMNEA-N à l'échelle nationale ; et soutenir des procédures d'amélioration continue de la qualité avec des approches et des pratiques visant, notamment, des soins de maternité respectueux des patientes et des activités de surveillance et de réponse aux décès maternels et périnataux.
- Renforcer les systèmes communautaires pour une prestation efficace des services de SRMNEA-N (résoudre les obstacles socioculturels, géographiques et financiers, établir une gestion intégrée des dossiers communautaires ; promouvoir des interventions communautaires de SRMNEA, y compris la redevabilité sociale. Aborder d'autres déterminants sectoriels).
- Renforcer les systèmes d'information sur la santé, ainsi que le suivi, l'évaluation et la recherche de méthodes efficaces de prestation de services de SRMNEA, et renforcer les systèmes d'enregistrement et de statistiques de l'état civil.

Suivi du processus piloté par le pays



*Inclus dans le dossier d'investissement ou dans un document séparé **Signifie que le financement a été affecté, décaissé et versé – paiement effectué ***CPN4 : quatre consultations prénatales ; TAR : traitement antirétroviral ; DTP3 : vaccination pour la Diphtérie, Tétanos et Pertussis ; SRO : solutions de réhydratation orale ; PTME : prévention de la transmission de la mère à l'enfant ; CPoN : consultations postnatales

Indicateurs du financement de la santé

INDICATEUR D'IMPACT DE BASE DU FINANCEMENT DE LA SANTÉ

| | | | |
|---|--|--|--|
| Dépenses de santé par habitant financées par des sources nationales : 9,56 | Ratio des dépenses publiques de santé par rapport aux dépenses publiques totales : 7,86 % | Part des dépenses de santé actuelles affectée aux soins de santé primaire/ambulateurs : 44,69 % | Incidence des dépenses de santé catastrophiques et appauvrissantes : 45 % catastrophiques, 9,2 % appauvrissantes |
|---|--|--|--|

INDICATEURS DE PRODUIT

| | | | |
|--|--|---|--|
| Part de la santé dans le budget national : non disponible | Identifié des options pour renforcer la mobilisation des ressources nationales : oui | Pris des mesures pour soutenir la mobilisation des ressources nationales : oui | Part du financement extérieur pour la santé mis en commun et inscrit au budget : 7,27 % |
| Suivi des dépenses de santé catastrophiques et appauvrissantes avec des données de moins de trois ans : non | Mis en œuvre des stratégies pour réduire les principaux facteurs d'inefficacité : non | Mis en œuvre des réformes pour répondre aux facteurs de protection financière identifiés (en particulier pour la SRMNEA-N) : non | |
| Le pays a : Mis en œuvre ou actualisé une cartographie des ressources : oui | Identifié les facteurs limitant la protection financière (en particulier pour les services de SRMNEA-N) : non | | |

EFFICACITÉ

| | |
|--|--------------------------------------|
| Taux d'abandon du DTP3 : 16,69 % | Taux d'abandon des CPN : 22 % |
| Taux d'exécution du budget de la santé : 64 % | |

Cartographie des ressources

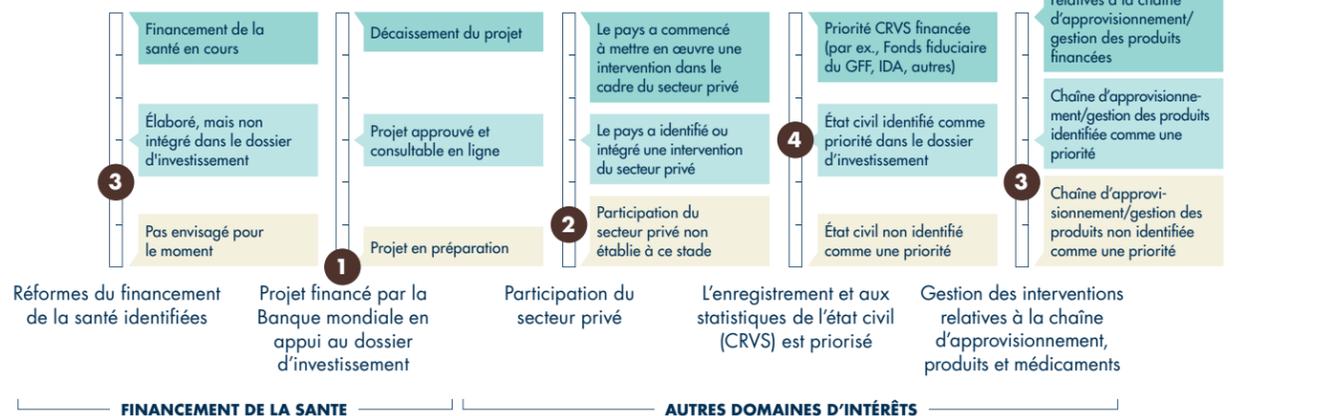
Tous les partenaires de la SRMNEA-N en Sierra Leone ont participé au processus d'élaboration de la stratégie de la SRMNEA-N. Le gouvernement a joué le rôle de chef de file et a défini les priorités nationales avec l'appui de la Banque mondiale, du Royaume-Uni (DFID), de l'OMS, de l'UNICEF, de l'UNFPA et d'USAID ainsi qu'avec le soutien de nombreuses organisations non gouvernementales dont CUUAMM et Partner in Health. Les besoins de financements évalués dans le cadre du « scénario de la stratégie » s'élèvent à 545 millions de dollars sur cinq ans. Un premier exercice de cartographie des ressources a été réalisé, mais les informations relatives aux engagements financiers des partenaires n'étaient pas toutes disponibles au moment de la rédaction du rapport. Néanmoins, les estimations indiquent l'existence d'un écart important entre les engagements totaux et les besoins de financements.

Zones géographiques ciblées



■ ZONES CIBLÉES*

*Prioritization in process



LES SCORES

République-Unie de Tanzanie

Données de la SRMNEA-N

INDICATEURS D'IMPACT DE BASE

Taux de mortalité maternelle : **556 pour 100 000 naissances vivantes**

Taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans : **67 pour 1 000 naissances vivantes**

Pourcentage des naissances dans les 24 mois suivant l'accouchement précédent : **18,8 %**

Émancipation modérée à grave chez les enfants de moins de 5 ans : **4,4 %**

Taux de mortalité néonatale : **25 pour 1 000 naissances vivantes**

Taux de natalité chez des adolescentes : **132 pour 1 000 femmes**

Retards de croissance chez les enfants de moins de 5 ans : **34 %**

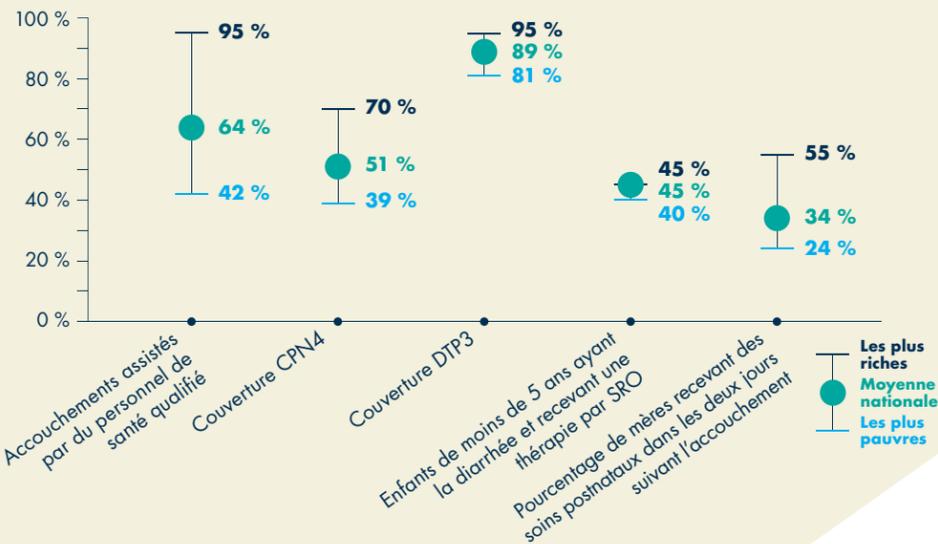
INDICATEURS DE COUVERTURE***

Personnes vivant avec le VIH recevant un traitement antirétroviral (TAR) : **62 %**

Femmes enceintes recevant un TAR dans le cadre de la PTME : **84 %**

Enfants de moins de 5 ans avec des symptômes de pneumonie emmenés chez un prestataire de santé : **55,4 %**

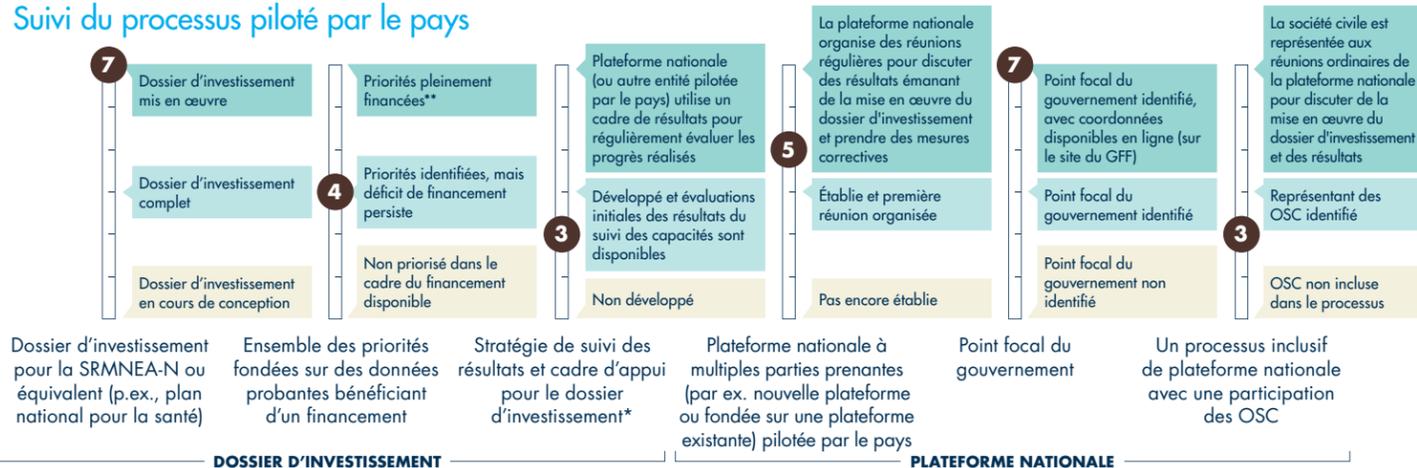
Taux de prévalence de la contraception moderne : **27 %**



Priorités du dossier d'investissement

- Renforcer la SRMNEA-N :
 - Renforcer les services de santé maternelle et néonatale
 - Renforcer et améliorer la visibilité des services de santé procréative de l'adolescent
 - Élargir et renforcer la couverture des services de santé procréative
- Élargir le programme de santé infantile :
 - Élargir la couverture du programme de vaccination et de formulation des vaccins
 - Élargir la portée du programme de soins aux enfants malades et l'évaluation de triage et le traitement d'urgence
 - Renforcer la mise en œuvre de la gestion intégrée des interventions axées sur les maladies de l'enfant
 - Renforcer les services d'alimentation des nouveau-nés, des nourrissons et des jeunes enfants
- Renforcer la réponse apportée aux questions transversales :
 - Renforcer les interventions de SRMNEA grâce à la mise en œuvre des plans opérationnels annuels du One Plan II
 - Améliorer la disponibilité des produits de SRMNEA et de nutrition
 - Renforcer la participation des communautés aux services de SRMNEA et de nutrition
 - Assurer des services complets de promotion de la santé et d'éducation sanitaire dans le cadre de tous les programmes de SRMNEA et de nutrition
 - Renforcer la gestion de la SRMNEA
 - Renforcer le système d'information et les activités de recherche opérationnelle (notamment les registres et les statistiques de l'état civil).

Suivi du processus piloté par le pays



Indicateurs du financement de la santé

Zones géographiques ciblées

INDICATEUR D'IMPACT DE BASE DU FINANCEMENT DE LA SANTÉ

Dépenses de santé par habitant financées par des sources nationales : **11,2**

Ratio des dépenses publiques de santé par rapport aux dépenses publiques totales : **7,43 %**

Part des dépenses de santé actuelles affectée aux soins de santé primaire/ambulatoires : **48,64 %**

Incidence des dépenses de santé catastrophiques et appauvrissantes : **10,3 % catastrophiques, 2,8 % appauvrissantes**

INDICATEURS DE PRODUIT

Part de la santé dans le budget national : **non disponible**

Suivi des dépenses de santé catastrophiques et appauvrissantes avec des données de moins de trois ans : **non**

Le pays a : Mis en œuvre ou actualisé une cartographie des ressources : **oui**

Identifié des options pour renforcer la mobilisation des ressources nationales : **oui**

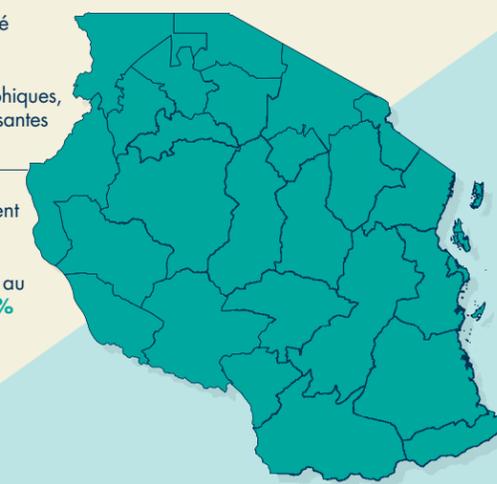
Mis en œuvre des stratégies pour réduire les principaux facteurs d'inefficacité : **oui**

Identifié les facteurs limitant la protection financière (en particulier pour les services de SRMNEA-N) : **oui**

Pris des mesures pour soutenir la mobilisation des ressources nationales : **non**

Mis en œuvre des réformes pour répondre aux facteurs de protection financière identifiés (en particulier pour la SRMNEA-N) : **oui**

Part du financement extérieur pour la santé mis en commun et inscrit au budget : **32,24 %**



EFFICIENCE

Taux d'abandon du DTP3 : **2,02 %**

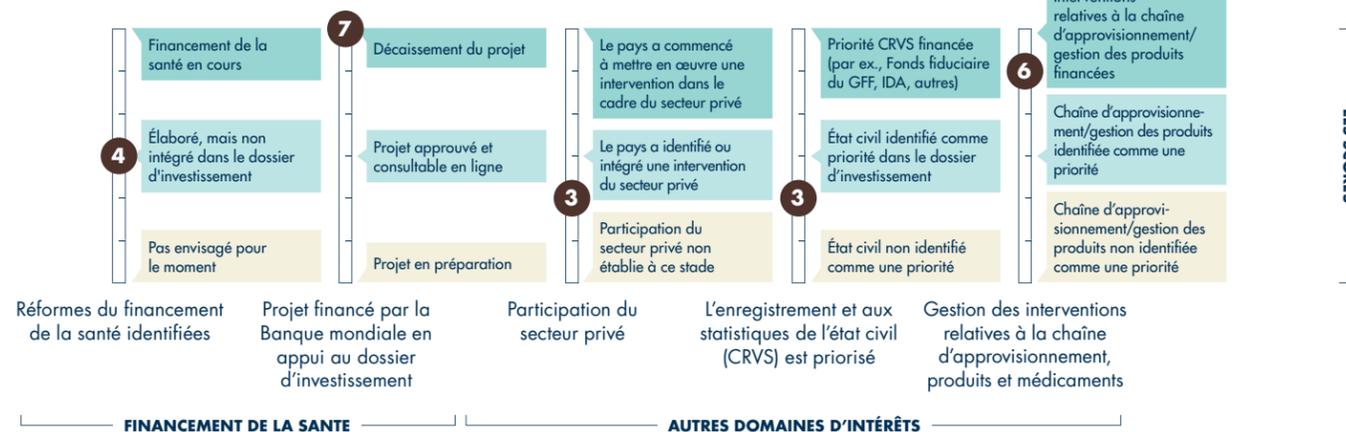
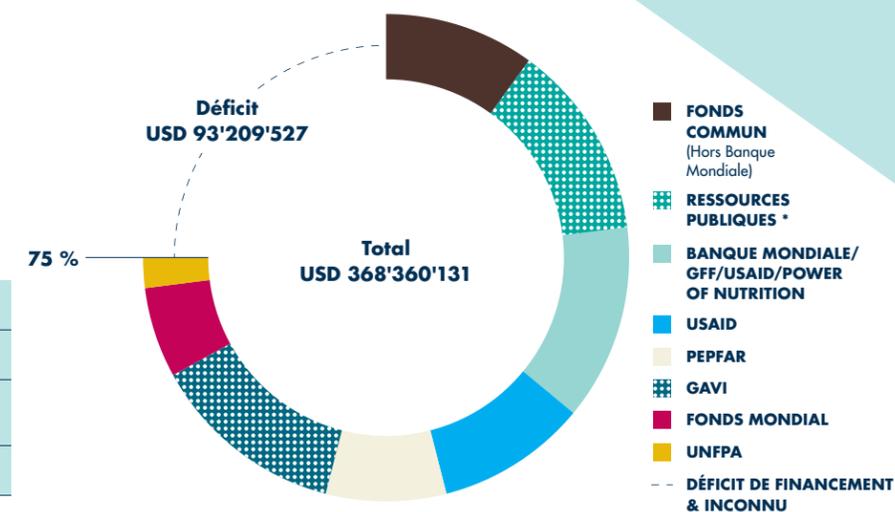
Taux d'abandon des CPN : **38 %**

Taux d'exécution du budget de la santé : **91,7 %**

Projet financé par la Banque mondiale (IDA/BIRD/GFF)

| | |
|----------------------------|------------------|
| PAYS | Tanzanie |
| DATE DU CONSEIL | 28/05/2015 |
| MONTANT APPRUVÉ PAR LE GFF | USD 40 millions |
| MONTANT DE L'IDA | USD 200 millions |

Cartographie des ressources



*Inclus dans le dossier d'investissement ou dans un document séparé **Signifie que le financement a été affecté, décaissé et versé - paiement effectué ***CPN4 : quatre consultations prénatales ; TAR : traitement antirétroviral ; DTP3 : vaccination pour la Diphtérie, Tétanos et Pertussis ; SRO : solutions de réhydratation orale ; PTME : prévention de la transmission de la mère à l'enfant ; CPoN : consultations postnatales

Données de la SRMNEA-N

INDICATEURS D'IMPACT DE BASE

Taux de mortalité maternelle : **54 pour 100 000 naissances vivantes**

Taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans : **21,6 pour 1 000 naissances vivantes**

Pourcentage des naissances dans les 24 mois suivant l'accouchement précédent : **13 %**

Émancipation modérée à grave chez les enfants de moins de 5 ans : **6,4 %**

Taux de mortalité néonatale : **11,5 pour 1 000 naissances vivantes**

Taux de natalité chez des adolescentes : **29 pour 1 000 femmes**

Retards de croissance chez les enfants de moins de 5 ans : **24,6 %**

INDICATEURS DE COUVERTURE***

Personnes vivant avec le VIH recevant un traitement antirétroviral (TAR) : **47 %**

Femmes enceintes recevant un TAR dans le cadre de la PTME : **66 %**

Enfants de moins de 5 ans avec des symptômes de pneumonie emmenés chez un prestataire de santé : **81,1 %**

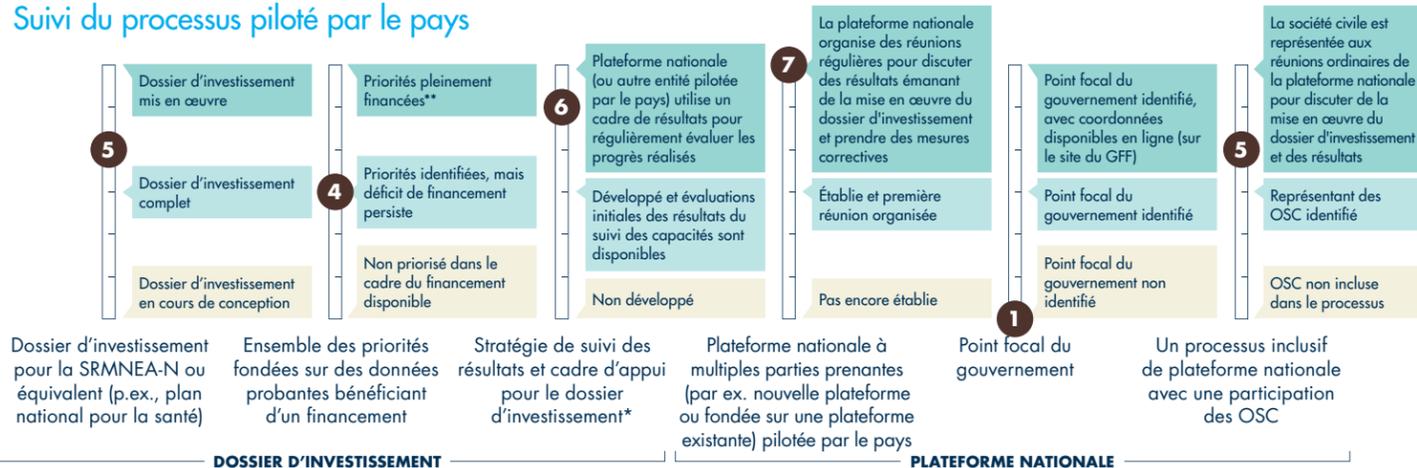
Taux de prévalence de la contraception moderne : **57 %**



Priorités du dossier d'investissement

- Renforcer les systèmes de santé de proximité (soins de santé primaires)
- Renforcer la prestation de services de santé de qualité pour améliorer la santé maternelle et infantile, notamment grâce à la fourniture d'un paquet de services essentiels couverts par l'assurance communautaire.
- Lutter contre la malnutrition et la traiter.
- Lutter contre les maladies non transmissibles et traiter ces dernières, notamment les cancers, les maladies cardiovasculaires, le diabète, les maladies pulmonaires chroniques obstétriques, l'asthme, et d'autres maladies non transmissibles.
- Favoriser un vieillissement en bonne santé
- Améliorer l'efficacité et la pérennité du financement de la santé et des modalités de prestation de service, notamment en prenant des mesures pour :
 - Diminuer le recours excessif aux services assurés en milieu hospitalier
 - Soutenir la réforme de l'assurance maladie
 - Renforcer la protection financière au titre des dépenses de santé directes
 - Créer un environnement favorable à la participation du secteur privé.
- Garantir aux minorités ethniques un accès équitable aux services de santé.

Suivi du processus piloté par le pays



*Inclus dans le dossier d'investissement ou dans un document séparé **Signifie que le financement a été affecté, décaissé et versé – paiement effectué ***CPN4 : quatre consultations prénatales ; TAR : traitement antirétroviral ; DTP3 : vaccination pour la Diphtérie, Tétanos et Pertussis ; SRO : solutions de réhydratation orale ; PTME : prévention de la transmission de la mère à l'enfant ; CPoN : consultations postnatales

Indicateurs du financement de la santé

Zones géographiques ciblées

INDICATEUR D'IMPACT DE BASE DU FINANCEMENT DE LA SANTÉ

Dépenses de santé par habitant financées par des sources nationales : **48,81**

Ratio des dépenses publiques de santé par rapport aux dépenses publiques totales : **7,89 %**

Part des dépenses de santé actuelles affectée aux soins de santé primaire/ambulatoires : **46,07 %**

Incidence des dépenses de santé catastrophiques et appauvrissantes : **9,8 % catastrophiques, 0,35 % appauvrissantes**

INDICATEURS DE PRODUIT

Part de la santé dans le budget national : **non disponible**

Identifié des options pour renforcer la mobilisation des ressources nationales : **oui**

Pris des mesures pour soutenir la mobilisation des ressources nationales : **oui**

Part du financement extérieur pour la santé mis en commun et inscrit au budget : **71,09 %**

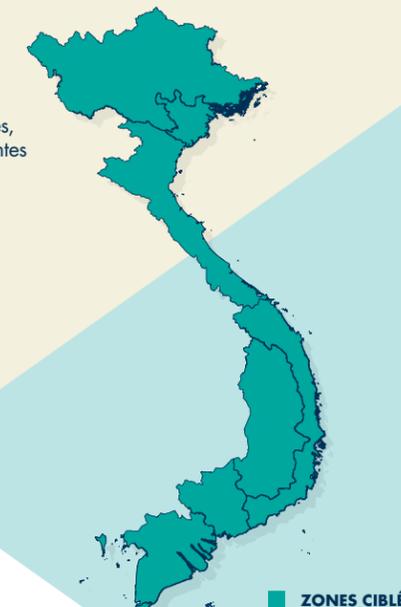
Suivi des dépenses de santé catastrophiques et appauvrissantes avec des données de moins de trois ans : **oui**

Mis en œuvre des stratégies pour réduire les principaux facteurs d'inefficacité : **oui**

Mis en œuvre des réformes pour répondre aux facteurs de protection financière identifiés (en particulier pour la SRMNEA-N) : **oui**

Le pays a : Mis en œuvre ou actualisé une cartographie des ressources : **oui**

Identifié les facteurs limitant la protection financière (en particulier pour les services de SRMNEA-N) : **oui**



EFFICACITÉ

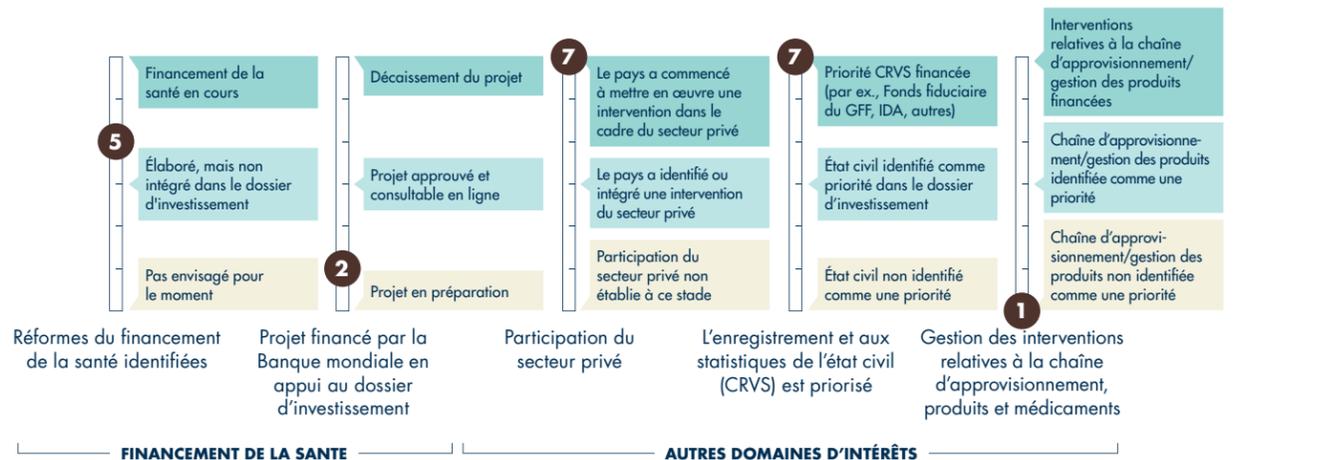
Taux d'abandon du DTP3 : **8 %**

Taux d'abandon des CPN : **23 %**

Taux d'exécution du budget de la santé : **non disponible**

Cartographie des ressources

La principale valeur ajoutée du GFF au Viet Nam en matière de mobilisation de ressources pour la santé s'est manifestée à travers le rachat à des conditions plus favorables du prêt accordé par la Banque mondiale (aux conditions de la BIRD) au titre du projet d'innovation et d'investissement pour la réforme de la prestation de services de proximité (P161283). Dans un contexte macroéconomique restrictif, caractérisé par un ratio dette/PIB élevé, le gouvernement hésite à recourir à des prêts, particulièrement ceux aux conditions moins concessionnelles de la BIRD, surtout lorsqu'il s'agit de financer des activités qui ne génèrent pas de revenus dans le secteur de la santé, comme les soins de santé primaires et la SRMNEA. Le prêt/projet appuyé par le GFF attire également des financements d'autres partenaires de développement, y compris du secteur privé, ce qui permet de tirer parti de leurs contributions individuelles pour davantage d'impact. Le projet a obtenu 80 millions de dollars de la BIRD, 5 millions de dollars sous forme de financements de contrepartie, 17 millions du GFF, 5 millions de dollars sous forme de subvention de l'Irlande (DFAT) par l'intermédiaire d'un fonds fiduciaire à multiples bailleurs, et une subvention de 3 millions de dollars du Fonds fiduciaire pour la gouvernance pharmaceutique (Pharmaceutical Governance Trust Fund). Bénéficiant également d'une contribution en nature d'environ 2 millions de dollars de Gavi., le projet est préparé en coordination avec un projet de la Banque asiatique de développement disposant d'objectifs similaires, mais couvrant d'autres provinces. Aujourd'hui, l'aide financière extérieure pour la santé ne représente plus qu'une minuscule proportion du budget global de la santé du Viet Nam, avec plusieurs bailleurs de fonds mettant progressivement fin à leurs programmes et le financement passant de plus en plus à des ressources nationales. Les partenaires de développement qui apportent actuellement un soutien technique au programme de la santé comprennent la Banque asiatique de développement, l'Union européenne, le Japon (JICA), la Corée ainsi que les États-Unis (USAID, CDC), l'OMS et d'autres institutions spécialisées de l'ONU (UNFPA, ONUSIDA, PNUED, UNICEF).





Compter et enregistrer chaque naissance et chaque décès : Enregistrement et statistiques de l'état civil

Les pays à faible revenu et à revenu intermédiaire de la tranche inférieure ont souvent des systèmes d'enregistrement et de statistiques de l'état civil (CRVS) peu performants, avec de faibles taux d'enregistrement des naissances, des décès et d'autres faits de l'état civil et un taux quasi inexistant d'enregistrement des causes de décès. Ces systèmes fonctionnent aussi souvent sur une base papier. Cela a pour effet de limiter l'accès aux documents nécessaires pour établir une identité juridique, un état civil et des relations familiales. Cela entrave également la protection des droits fondamentaux, civils et humains, en particulier ceux des femmes, des enfants et des adolescents. L'enregistrement incomplet et les processus effectués manuellement contraignent l'accès aux informations requises pour assurer un suivi opportun des progrès réalisés pour mettre fin aux décès évitables des mères, de nouveau-nés, d'enfants et d'adolescents, en particulier au niveau infranational.

Le GFF donne donc la priorité au renforcement des systèmes de CRVS en aidant les pays à formuler des dossiers d'investissement comportant de solides composantes en ce domaine et en cofinçant des systèmes de CRVS. Neuf pays bénéficiant de l'appui du GFF poursuivent ou s'apprêtent à mettre en œuvre des activités visant à renforcer leurs systèmes de CRVS, notamment en établissant des systèmes de CRVS électroniques ; en étendant la couverture des systèmes avec une forte perspective sanitaire; en trouvant des moyens novateurs d'accélérer l'enregistrement, y compris à travers le financement basé sur les résultats ; en revoyant le cadre législatif ; en poursuivant des activités de promotion et de sensibilisation ; et en assurant la participation coordonnée des parties prenantes aux niveaux national, régional et mondial.

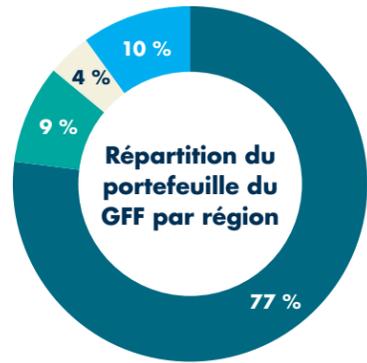
| Pays | Déclaration des naissances, moins de 5 ans ¹ | Déclaration des décès | Enregistrement cause du décès | Système électronique/papier | État civil dans dossier d'investissement/stratégie de santé | État civil dans projets/ services de conseil et analyses | Étape |
|--------------|---|-----------------------|-------------------------------|-----------------------------|---|--|--------------------------------|
| Bangladesh | ● | ● | ● | ▲ ¹¹ | n.d. | Non | n.d. |
| Cameroun | ● | ● | ● | ▲ ¹² | Oui | Oui | Mis en œuvre |
| RDC | ● | ● | ● | ▲ ¹² | Oui | Oui | Mis en œuvre |
| Éthiopie | ● | ● | ● | ▲ ¹² | Oui | Oui | Mis en œuvre |
| Guatemala | ● | ● ² | ● ¹⁰ | ▲ ¹² | n.d. | Non | n.d. |
| Guinée | ● | ● | ● | ▲ ¹² | Oui | Oui | En attente d'entrée en vigueur |
| Kenya | ● | ● ³ | ● | ▲ ¹² | Oui | Oui | Mis en œuvre |
| Liberia | ● | ● ⁴ | ● | ▲ ¹² | Oui | Oui | Mis en œuvre |
| Mozambique | ● | ● | ● | ▲ ¹² | Oui | Oui | En attente d'entrée en vigueur |
| Myanmar | ● | ● ⁵ | ● ⁵ | ▲ ¹² | Non | Non | n.d. |
| Nigéria | ● | ● ⁶ | ● | ▲ ¹² | Oui | Non | n.d. |
| Ouganda | ● | ● | ● | ▲ ¹² | Oui | Oui | Mis en œuvre |
| Sénégal | ● | ● ⁷ | ● | ▲ ¹² | Oui | Non | n.d. |
| Sierra Leone | ● | ● ⁸ | ● | ▲ ¹² | Oui | Non | n.d. |
| Tanzanie | ● | ● ⁹ | ● | ▲ ¹² | Oui | Non | n.d. |
| Viet Nam | ● | ● | ● | ▲ ¹³ | n.d. | Dès que disponible | Mis en œuvre |

● Pas de données ● <33 % ● 33-66 % ● 67 % + ▲ Papier ▲ Papier + électronique ▲ Électronique

1 Donnée les plus récentes des enquêtes démographiques et de santé et des enquêtes en grappe à indicateurs multiples.
 2 OMS, World Health Statistics 2018: Monitoring health data for the SDGs, Genève, OMS.
 3 UNSD (United Nations Statistics Division Demographic Statistics), 2016, Status of Civil Registration and Vital Statistics: African English speaking countries, CRVS Technical Report Series, Vol. 3
 4 Banque mondiale, 2015, Improving Civil Registration and Vital Statistics in Liberia: Investment Case (2016-2020), Washington
 5 Data for Health: <http://getinthepicture.org/resource/presentations-workshop-operation-civil-registration-vital-statistics-and-identity>
 6 National strategic action plan on civil registration and vital statistics (2015-2019), Abuja, Nigéria
 7 Diouf I & Ndiaye CT, 2015, Completeness and coverage of CRVS in Senegal: analyzing census data to identify barriers to death registration (IUSSP Meeting, Johannesburg. 28 novembre 2015)
 8 CRC4D: <https://www.crc4d.com/downloads/2014-04-establishing-21st-century-identity-management-sierra-leone.pdf>
 9 Hudson E, The National CRVS Improvement Program in Mainland Tanzania, exposé présenté lors du lancement de Tanzania Health Data Collaborative. Dar es-Salaam, Tanzanie, 2017
 10 Banque mondiale <https://data.worldbank.org/indicator>
 11 Government of the Republic of Bangladesh (Ministry of Health and Family Welfare) <http://getinthepicture.org/sites/default/files/resources/Comprehensive%20Assessment%20and%20Strategic%20Action%20Plan%20Report%20Bangladesh.pdf>
 12 UNICEF www.data.unicef.org/resources/crvs
 13 UNSD: <https://unstats.un.org/unsd/demographic-social/.../Vietnam.../Session10-Vietnam.pptx>

Résultats financiers du GFF

Au 30 juin 2018, les contributions au Fonds fiduciaire se chiffraient à un total équivalant à 807 millions de dollars dont 620 millions sont engagés pour 31 projets menés dans 26 pays. Ce montant est associé à un financement de 3,9 milliards de dollars de l'IDA/BIRD. Sur une base régionale, 77 pour cent du financement appuie la région de l'Afrique, 10 pour cent l'Asie du Sud, 9 pour cent l'Asie de l'Est et, 4 pour cent soutient l'Amérique latine et les Caraïbes (voir Figure). En date du 30 juin 2018, 73 pour cent des engagements pris étaient approuvés par le Conseil et, les 27 pour cent restants étaient en cours de préparation, avec une approbation par le Conseil prévue dès décembre 2018 pour l'année fiscale 2019 (voir Figure). La liste intégrale des projets approuvés par le Conseil est présentée dans le tableau ci-contre. La proportion des financements décaissés pour les projets en cours, y compris les projets financés par l'IDA et le Fonds fiduciaire du GFF, s'élève à 24 pour cent.



■ Afrique ■ Asie est pacifique ■ Amérique latine et Caraïbes ■ Asie du Sud

Liste des projets approuvés ou devant être approuvés par le Conseil avant la fin de l'exercice 18

| Pays | Montant approuvé par GFF | Montant IDA | BIRD |
|-------------------------------|--------------------------|----------------|--------------|
| Tanzanie | \$40 | \$200 | |
| RDC (FA - état civil) | \$10 | \$30 | |
| Cameroun | \$27 | \$100 | |
| Nigéria (SP) | \$20 | \$125 | |
| Nigéria (2e partie) | \$20 | \$0 | |
| Nigéria (nutrition) | \$7 | \$225 | |
| Kenya | \$40 | \$150 | |
| Uganda | \$30 | \$110 | |
| Liberia (FA) | \$16 | \$16 | |
| Guatemala | \$9 | | \$100 |
| RDC (FA) | \$40 | \$320 | |
| Éthiopie | \$60 | \$150 | |
| Bangladesh | \$15 | \$500 | |
| Bangladesh (éducation) | \$10 | \$510 | |
| Mozambique | \$25 | \$80 | |
| Rwanda (santé) | \$10 | \$25 | |
| Afghanistan | \$35 | \$140 | |
| Rwanda (PS-FA) | \$8 | \$80 | |
| Guinée | \$10 | \$50 | |
| Indonésie | \$20 | | \$400 |
| Total, projets GFF | \$452 | \$2,811 | \$500 |

Financements complémentaires du GFF au titre du dossier d'investissement piloté par le pays

(en plus des ressources publiques de chaque pays du GFF, des financements du fonds fiduciaire du GFF, et des financements de l'IDA ou de la BIRD)

| | |
|-------------------|---|
| Bangladesh | Pays-Bas, Suède |
| Cameroun | Banque islamique de développement, ECHO, Fondation Bill et Melinda Gates, UNFPA, Fonds mondial, Gavi, OMS, UNICEF, UNITAID, Allemagne (BMZ, KfW) et France (AFD) |
| RDC | UNFPA, Fonds mondial, Gavi, UNICEF, Canada et États-Unis (USAID) |
| Éthiopie | Union européenne, Fonds mondial, Gavi, OMS, UNICEF, États-Unis (PEPFAR, USAID), Royaume-Uni (DFID) et autres (mutuelles de santé, ménages, systèmes d'assurance médicale obligatoire) |
| Guinée | Union européenne, Fonds mondial, Gavi, OMS, ONUSIDA, Allemagne (GIZ), États-Unis (USAID), France (AFD) et Japon (JICA) |
| Kenya | Children's Investment Fund Foundation, Clinton Health Access Initiative, Fondation Bill et Melinda Gates, Allemagne (KfW, GIZ), Canada, Corée du Sud (KOICA), Danemark, États-Unis (CDC, USAID) Japon (JICA), Pays-Bas et Royaume-Uni |
| Liberia | UNFPA, Fonds mondial, Fondation Bill et Melinda Gates, Gavi, OMS, UNICEF, États-Unis (USAID), Japon et Suède |

| | |
|---------------------|--|
| Mozambique | Fonds fiduciaire financé par plusieurs bailleurs de fonds (Canada et Pays-Bas), PROSAUDE (Espagne, Irlande, Suisse, UNFPA, UNICEF) et fonds fiduciaire financé par un seul bailleur de fonds (USAID) ¹ |
| Nigéria | Dangote Foundation, Fondation Bill et Melinda Gates, Power of Nutrition |
| Sénégal | Fonds mondial, Gavi, JICA, UNICEF, États-Unis (USAID), France (AFD) et diverses institutions de l'ONU |
| Sierra Leone | Fonds mondial, Gavi, Partners in Health, UNICEF, USAID, Allemagne (KfW) Italie, Japon (JICA) et Royaume-Uni (DFID) |
| Tanzanie | UNFPA, Power of Nutrition, OMS, UNICEF, Canada, Danemark (DANIDA), États-Unis (PEPFAR, USAID), Irlande et Suisse |
| Ouganda | AMREF, Banque islamique de développement, Clinton Health Access Initiative, UNFPA, Fonds mondial, Gavi, JSI, Living Goods, Marie Stopes Uganda, PSI, OMS, Save the Children Uganda, UNICEF, UNOPS, UPMB, World Vision Uganda, Belgique (BTC), Corée (KOICA), Espagne, États-Unis (USAID), Royaume-Uni (DFID) et Suède (SIDA) |

¹ En outre, plusieurs partenaires au Mozambique, notamment le ministère du Développement international du Royaume-Uni et les États-Unis acheminent également des financements au travers d'ONG et des institutions des Nations Unies.

Membres du Groupe des investisseurs

Le Groupe des investisseurs regroupe des représentants des pays et organisations suivants :

| | |
|---|--|
| African Health Budget Network (pour le groupe de la société civile) | Kenya Liberia |
| Bureau du Secrétaire général des Nations Unies | MSD for Mothers (pour le groupe du secteur privé) |
| Canada | Norvège |
| Danemark | Organisation mondiale de la Santé |
| États-Unis | Partenariat pour la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant (PSMNE) |
| Éthiopie | |
| UNFPA | |
| Fondation Bill et Melinda Gates | Philips (pour le groupe du secteur privé) |
| Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme | Plan International (pour le groupe de la société civile) |
| Gavi, l'alliance pour le vaccin | Royaume-Uni |
| Groupe de la Banque mondiale | Sénégal |
| Japon | UNICEF |
| JHPIEGO (pour le groupe de la société civile) | Union africaine (pour le groupe de la jeunesse pour la société civile) |

Liste des acronymes

| | | | |
|-------|--|----------|---|
| BIRD | Banque internationale pour la reconstruction et le développement | PIB | Produit intérieur brut |
| DFID | ministère du Développement international du Royaume-Uni | PNUD | Programme des Nations Unies pour le développement |
| UNFPA | Fonds des Nations Unies pour la population | PSMNE | Partenariat pour la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant |
| GFF | Mécanisme de financement mondial | SRMNEA-N | Santé de la reproduction, de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent ainsi que de la nutrition |
| IDA | Association internationale de développement | ODD | Objectif de développement durable |
| IFC | Société financière internationale | UNICEF | Fonds des Nations Unies pour l'enfance |
| OMS | Organisation mondiale de la Santé | USAID | Agence des États-Unis pour le développement international |

Contributeurs au Fonds fiduciaire

Le Fonds fiduciaire du GFF reçoit des financements du Canada, du Danemark, du Japon, de la Norvège et du Royaume-Uni ; de la Fondation Bill & Melinda Gates ; et de MSD for Mothers.

Remerciements

Ce rapport a été rédigé par le Secrétariat du GFF en collaboration avec les pays du GFF qui y figurent, et cela, sous la supervision de Mariam Claeson, Directrice du GFF et de Monique Vledder, Directrice de programme. Le GFF tient à remercier tous ceux qui lui ont consacré leur temps, leurs compétences et leur énergie, en particulier : Anna Astvatsatryan, Kimberly Boer, Marion Cros, Jessica Flannery, Joy Gebre Medhin, Brendan Hayes, Jakub Jan Kakietek, Josine Karangwa, Katri Kemppainen-Bertram, Luc Laviolette, Melanie Mayhew, Augustina Nikolova, Olumide Olaolu Okunola, Caleb Rulow, Hadia Samaha, Aissa Socorro, Petra Vergeer et Sara Walker. Marc Defrancis a assuré l'appui éditorial.

La plupart des photographies viennent de © Dominic Chavez/Mécanisme de financement mondial



ANNEXE A

Sources de données

| INDICATEUR/SOURCE [ANNÉE] | BANGLADESH | CAMEROUN | RDC | ÉTHIOPIE | GUATEMALA | GUINÉE | KENYA | LIBERIA | MOZAMBIQUE | MYANMAR | NIGÉRIA | SÉNÉGAL | SIERRA LEONE | TANZANIE | OUGANDA | VIET NAM |
|---|---|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|---|--|--|---|--|
| PRINCIPAUX INDICATEURS D'IMPACT DU GFF | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Taux de mortalité maternelle | Enquête 2010 sur la mortalité et les soins de santé maternels au Bangladesh | WDI 2015 | EDS 2014 | EDS 2016 | ENSMI 2014/15 | EDS 2012 | EDS 2014 | EDS 2013 | EDS 2011 | EDS 2016 | EDS 2013 | EDS 2015 | EDS 2013 | TDHS-MIS 2015/16 | EDS 2016 | UN-MMEIG 2015 |
| Taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans | EDS 2014 | MICS 2014 | EDS 2014 | EDS 2016 | ENSMI 2014/15 | EDS 2012 | EDS 2014 | EDS 2013 | EDS 2011 | EDS 2016 | MICS 2017 | EDS 2016 | EDS 2013 | TDHS-MIS 2015/16 | EDS 2016 | UNIGME 2016 |
| Taux de mortalité néonatale | EDS 2014 | MICS 2014 | EDS 2014 | EDS 2016 | ENSMI 2014/15 | EDS 2012 | EDS 2014 | EDS 2013 | EDS 2011 | EDS 2016 | EDS 2013 | EDS 2016 | EDS 2013 | TDHS-MIS 2015/16 | EDS 2016 | UNIGME 2016 |
| Taux de natalité parmi les adolescentes | EDS 2014 | MICS 2014 | EDS 2014 | EDS 2016 | ENSMI 2014/15 | MICS 2016 | EDS 2014 | EDS 2013 | EDS 2015 | EDS 2016 | MICS 2017 | EDS 2016 | EDS 2013 | TDHS-MIS 2015/16 | EDS 2016 | WDI 2016 |
| Pourcentage de naissances dans les 24 mois suivant le dernier accouchement | EDS 2014 | EDS 2011 | EDS 2014 | EDS 2016 | ENSMI 2014/15 | EDS 2012 | EDS 2014 | EDS 2013 | AIS, 2015 | EDS 2016 | MIS 2015 | EDS 2016 | MIS 2016 | TDHS-MIS 2015/16 | EDS 2016 | MICS 2014 |
| Retards de croissance chez les enfants de moins de 5 ans | EDS 2014 | MICS 2014 | EDS 2014 | EDS 2016 | ENSMI 2014/15 | MICS 2016 | EDS 2014 | EDS 2013 | EDS 2011 | EDS 2016 | MICS 2017 | EDS 2016 | Enquête nationale sur la nutrition (UNICEF – MS 2014) | TDHS-MIS 2015/16 | EDS 2016 | Institut national de la nutrition 2015 |
| Emaciation modérée à grave chez les enfants de moins de 5 ans | EDS 2014 | MICS 2014 | EDS 2014 | EDS 2016 | ENSMI 2014/15 | MICS 2016 | EDS 2014 | EDS 2013 | EDS 2011 | EDS 2016 | MICS 2017 | EDS 2016 | Enquête nationale sur la nutrition (UNICEF – MS 2014) | TDHS-MIS 2015/16 | EDS 2016 | Institut national de la nutrition 2015 |
| INDICATEURS DE COUVERTURE | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Accouchements assistés par du personnel de santé qualifié | EDS 2014 | MICS 2014 | EDS 2014 | EDS 2016 | ENSMI 2014/15 | MICS 2016 | EDS 2014 | EDS 2013 | EDS 2011 | EDS 2016 | MICS 2017 | EDS 2016 | EDS 2013 | TDHS-MIS 2015/16 | EDS 2016 | MICS 2014 |
| Équité (riches/pauvres) | EDS 2014 | MICS 2014 | EDS 2014 | EDS 2016 | ENSMI 2014/15 | EDS 2012 | EDS 2014 | EDS 2013 | EDS 2011 | EDS 2016 | MICS 2017 | EDS 2016 | EDS 2013 | TDHS-MIS 2015/16 | EDS 2016 | MICS 2014 |
| Couverture 4CPN | EDS 2014 | MICS 2014 | EDS 2014 | EDS 2016 | ENSMI 2014/15 | MICS 2016 | EDS 2014 | EDS 2013 | AIS, 2015 | EDS 2016 | MICS 2017 | EDS 2016 | EDS 2013 | TDHS-MIS 2015/16 | EDS 2016 | MICS 2014 |
| Équité (riches/pauvres) | EDS 2014 | MICS 2014 | EDS 2014 | EDS 2016 | ENSMI 2014/15 | EDS 2012 | EDS 2014 | EDS 2013 | EDS 2011 | EDS 2016 | MICS 2017 | EDS 2016 | EDS 2013 | TDHS-MIS 2015/16 | EDS 2016 | MICS 2014 |
| Couverture DTP 3 | EDS 2014 | MICS 2014 | EDS 2014 | EDS 2016 | ENSMI 2014/15 | EDS 2012 | EDS 2014 | EDS 2013 | AIS, 2015 | EDS 2016 | EDS 2013 | EDS 2016 | MIS 2016 | TDHS-MIS 2015/16 | EDS 2016 | MICS 2014 |
| Équité (riches/pauvres) | EDS 2014 | MICS 2014 | EDS 2014 | EDS 2016 | ENSMI 2014/15 | EDS 2012 | EDS 2014 | EDS 2013 | EDS 2011 | EDS 2016 | MICS 2017 | EDS 2016 | Enquête nationale sur la nutrition (UNICEF – MS 2014) | TDHS-MIS 2015/16 | EDS 2016 | MICS 2014 |
| Enfants de moins de 5 ans ayant la diarrhée recevant une thérapie par SRO | EDS 2014 | MICS 2014 | EDS 2014 | EDS 2016 | ENSMI 2014/15 | MICS 2016 | EDS 2014 | EDS 2013 | AIS, 2015 | EDS 2016 | MICS 2017 | EDS 2016 | Enquête nationale sur la nutrition (UNICEF – MS 2014) | TDHS-MIS 2015/16 | EDS 2016 | MICS 2014 |
| Équité (riches/pauvres) | EDS 2014 | MICS 2014 | EDS 2014 | EDS 2016 | ENSMI 2014/15 | EDS 2012 | EDS 2014 | EDS 2013 | EDS 2011 | EDS 2016 | MICS 2017 | EDS 2016 | EDS 2013 | TDHS-MIS 2015/16 | EDS 2016 | MICS 2014 |
| Soins postnatals aux mères | EDS 2014 | MICS 2014 | EDS 2014 | EDS 2016 | ENSMI 2014/15 | MICS 2016 | EDS 2014 | EDS 2013 | Données non disponibles | EDS 2016 | MICS 2017 | EDS 2016 | EDS 2013 | TDHS-MIS 2015/16 | EDS 2016 | MICS 2014 |
| Équité (riches/pauvres) | EDS 2014 | MICS 2014 | EDS 2014 | EDS 2016 | ENSMI 2014/15 | EDS 2012 | EDS 2014 | EDS 2013 | Données non disponibles | EDS 2016 | MICS 2017 | EDS 2016 | EDS 2013 | TDHS-MIS 2015/16 | EDS 2016 | MICS 2014 |
| Taux de prévalence des moyens de contraception modernes (toutes les femmes, sauf au Bangladesh, au Cameroun et au Viet Nam où les données ne couvrent que les femmes mariées) | EDS 2014 | MICS 2014 | EDS 2014 | EDS 2016 | ENSMI 2014/15 | EDS 2012 | EDS 2014 | MIS 2016 | AIS, 2015 | EDS 2016 | EDS 2013 | EDS 2016 | EDS 2013 | TDHS-MIS 2015/16 | EDS 2016 | MICS 2014 |
| Enfants de moins de 5 ans présentant des symptômes de pneumonie emmenés à un prestataire de santé | EDS 2014 | MICS 2014 | EDS 2014 | EDS 2016 | ENSMI 2014/15 | MICS 2016 | EDS 2014 | EDS 2013 | AIS, 2015 | EDS 2016 | MICS 2017 | EDS 2016 | EDS 2013 | TDHS-MIS 2015/16 | EDS 2016 | MICS 2014 |
| Personnes vivant avec le VIH recevant un TAR | ONUSIDA 2017 | ONUSIDA 2017 | ONUSIDA 2017 | ONUSIDA 2017 | ONUSIDA 2017 | ONUSIDA 2017 | ONUSIDA 2017 | Rapport annuel MS 2016 | ONUSIDA 2017 | ONUSIDA 2017 | ONUSIDA 2017 | ONUSIDA 2017 | ONUSIDA 2017 | ONUSIDA 2017 | ONUSIDA 2017 | ONUSIDA 2017 |
| Femmes enceintes recevant un TAR dans le cadre de la PTME | ONUSIDA 2016 | ONUSIDA 2016 | ONUSIDA 2016 | ONUSIDA 2016 | ONUSIDA 2016 | ONUSIDA 2016 | ONUSIDA 2016 | Rapport annuel MS 2016 | ONUSIDA 2016 | ONUSIDA 2016 | ONUSIDA 2016 | ONUSIDA 2016 | ONUSIDA 2016 | ONUSIDA 2016 | ONUSIDA 2016 | ONUSIDA 2016 |
| Taux de rétention scolaire chez les filles | Bureau d'Information et de Statistiques pour l'Éducation ; Département d'Ingénierie du Gouvernement Lola (2017) | n.d. | n.d. | n.d. | n.d. | n.d. | n.d. | n.d. | n.d. | n.d. | n.d. | n.d. | n.d. | n.d. | n.d. | n.d. |
| INDICATEURS DU FINANCEMENT DE LA SANTÉ | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Part du budget national consacré à la santé | Ministère des Finances 2017-18 | DRFP, ministre de la Santé publique | Loi nationale sur la santé (encore à l'étude) | Rapport APR 2017 | n.d. | Loi de finances initiale 2017 | Analyse des budgets de la santé de le gouvernement et des comtés, Ex. 16/17 | Budget de le gouvernement, Ex. 17/18 | Bureau du budget – CE REO LOE en 2017 | n.d. | Bureau du budget 2017 | n.d. | n.d. | n.d. | Site web d'information sur le budget de l'Ouganda 2017-18 | n.d. |
| Part du financement extérieur pour la santé provenant de financements regroupés ou du budget | GHED 2017 | GHED 2017 | GHED 2017 | GHED 2017 | GHED 2017 | GHED 2017 | GHED 2017 | cartographie des ressources, Ex. 16/17 | GHED 2017 | GHED 2017 | GHED 2017 | GHED 2017 | GHED 2017 | GHED 2017 | GHED 2017 | GHED 2017 |
| Taux d'abandon de la TPC3 | EDS 2014 | OMS 2016 | EDS 2014 | EDS 2016 | ENSMI 2014/15 | EDS 2012 | EDS 2014 | EDS 2013 | AIS, 2015 | EDS 2016 | EDS 2013 | EDS 2015 | EDS 2013 | OMS 2016 | EDS 2016 | MICS 2014 |
| Taux d'abandon des CPN | EDS 2014 | MICS 2014 | EDS 2014 | EDS 2016 | ENSMI 2014/15 | MICS 2016 | EDS 2014 | Rapport annuel MS 2016 | EDS 2011 | EDS 2016 | MICS 2017 | EDS 2015 | EDS 2013 | EDS 2016 | EDS 2016 | MICS 2014 |
| Taux d'exécution du budget de la santé | GFF (2017) ; Financement de la santé : accomplir davantage avec les ressources disponibles | n.d. | Loi nationale sur la santé 2015 ; ministère de la Santé | GFF (2017) ; Financement de la santé : accomplir davantage avec les ressources disponibles | GFF (2017) ; Financement de la santé : accomplir davantage avec les ressources disponibles | GFF (2017) ; Financement de la santé : accomplir davantage avec les ressources disponibles | GFF (2017) ; Financement de la santé : accomplir davantage avec les ressources disponibles | GFF (2017) ; Financement de la santé : accomplir davantage avec les ressources disponibles | Budget MFD Ex. 2016/17 | n.d. | Gouvernement fédéral du Nigéria, GIFMIS | Ministère de la Santé et de l'Action sociale 2017 | GFF (2017) ; Financement de la santé : accomplir davantage avec les ressources disponibles | GFF (2017) ; Financement de la santé : accomplir davantage avec les ressources disponibles | GFF (2017) ; Financement de la santé : accomplir davantage avec les ressources disponibles | n.d. |
| Dépenses de santé par habitant financées par des sources intérieures | GHED 2017 | GHED 2017 | GHED 2017 | GHED 2017 | GHED 2017 | GHED 2017 | GHED 2017 | GHED 2017 | GHED 2017 | GHED 2017 | GHED 2017 | GHED 2017 | GHED 2017 | GHED 2017 | GHED 2017 | GHED 2017 |
| Ratio des dépenses publiques de santé aux dépenses publiques totales | GHED 2017 | GHED 2017 | Loi nationale sur la santé (encore à l'étude) | GHED 2018 | OMS 2017 | GHED 2017 | GHED 2017 | GHED 2017 | Opérations et investissements intérieurs, base de données BOOST pour 2009-15 ; dépenses de 016 provenant du rapport sur l'exécution du budget au troisième trimestre de 2016 | GHED 2017 | GHED 2017 | GHED 2017 | GHED 2017 | GHED 2017 | GHED 2017 | GHED 2017 |
| Part des dépenses de santé actuelles affectées aux soins de santé primaire/ambulatoires | n.d. | Données du PHCPI et loi nationale sur la santé 2011 | Loi nationale sur la santé 2015 (addition des soins ambulatoires et préventifs) | Loi nationale sur la santé 2016 | n.d. | Loi nationale sur la santé 2010 | PER 2014 | Loi nationale sur la santé 2013/14 | n.d. | n.d. | Analyse de la loi nationale sur la santé 2016/14 | Loi nationale sur la santé 2012 | GFF (2017) ; Financement de la santé : accomplir davantage avec les ressources disponibles | GFF (2017) ; Financement de la santé : accomplir davantage avec les ressources disponibles | Données du PHCPI et loi nationale sur la santé 2014 | Loi nationale sur la santé 2015 (ONUSIDA-HFG) |
| Incidence des dépenses de santé catastrophiques et appauvrissantes | Enquête sur le revenu et les dépenses des ménages au Bangladesh (HIES 2016) | Quatrième enquête auprès des ménages au Cameroun (ECAM 2014) | Enquête 1-2-3 en République démocratique du Congo (E123 2012) | LSM-enquête socio-économique en Éthiopie (ESM 2015) | Enquête nationale sur les conditions de vie 2014 (ENCOVI 2014) | Enquête légère pour l'évaluation de la pauvreté (ELEM - 2012) | Enquête intégrée sur le budget des ménages au Kenya (KIHBS 2004/05) | Enquête sur les revenus et les dépenses des ménages (2014) | Enquête sur les budgets des ménages (IOF 2014/15) | Enquête sur la pauvreté et les conditions de vie au Myanmar (MLPCS 2015) | Analyse de l'HIES 2009 | Rapport général UHC 2017 | Enquête intégrée auprès des ménages en Sierra Leone (SIHIS 2011) | National Panel Survey (NPS 2014/2015) | Enquête nationale auprès des ménages en Ouganda (2013) | Enquête sur les conditions de vie des ménages au Viet Nam (2014) |
| AUTRES SOURCES | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Cartographie des ressources | n.d. | Dossier d'investissement pour améliorer la santé de la reproduction, des mères des nouveau-nés, des enfants et des adolescents au Cameroun (2016) | Cadre d'investissement pour la santé de la reproduction, des mères des nouveau-nés, des enfants et des adolescents pour assurer une couverture sanitaire universelle en République démocratique du Congo (2017-21) | Plan de transformation du secteur de la santé en Éthiopie (2015/16-2019-20) | n.d. | n.d. | n.d. | Dossier d'investissement de la République du Liberia pour la santé de la reproduction, des mères des nouveau-nés, des enfants et des adolescents (2016-20) | dossier d'investissement de la République du Mozambique (2017-22) | n.d. | n.d. | Dossier d'investissement du Sénégal (201822) | n.d. | Plan stratégique national pur améliorer la santé de la reproduction, des mères des nouveau-nés, des enfants et des adolescents en Tanzanie (2016-20) – One Plan II | Dossier d'investissement pour la santé de la reproduction, des mères des nouveau-nés, des enfants et des adolescents – Plan amélioré pour l'Ouganda (2016/17-2019/20) | n.d. |
| Projet financé par la Banque mondiale (IDA/ BIRD/GFF) | Projets disponibles sur le portail de la Banque mondiale | Projets disponibles sur le portail de la Banque mondiale | Projets disponibles sur le portail de la Banque mondiale | Projets disponibles sur le portail de la Banque mondiale | Projets disponibles sur le portail de la Banque mondiale | Projets disponibles sur le portail de la Banque mondiale | Projets disponibles sur le portail de la Banque mondiale | Projets disponibles sur le portail de la Banque mondiale | Projets disponibles sur le portail de la Banque mondiale | Approbation du projet en attente | Projets disponibles sur le portail de la Banque mondiale | Approbation du projet en attente | Approbation du projet en attente | Projets disponibles sur le portail de la Banque mondiale | Projets disponibles sur le portail de la Banque mondiale | Approbation du projet en attente |

EDS = enquête démographique et de santé
 ENSMI = Encuesta de Nutricion y Salud Materno Infantil (Enquête nationale sur la santé maternelle et infantile)

GHED = base de données sur les dépenses de santé dans le monde (OMS)
 MICS = enquête en grappe à indicateurs multiples

TDHS-MIS = enquête démographique et de santé et enquête sur les indicateurs du paludisme en Tanzanie
 UN-IGME = Groupe inter-organisationnel pour l'estimation de la mortalité juvénile

UN-MMEIG = Groupe inter-organisationnel pour l'estimation de la mortalité maternelle
 WDI = indicateurs du développement dans le monde



ANNEXE B

Descriptions des indicateurs

| Catégorie | INDICATEUR | DESCRIPTION |
|--|--|--|
| PRINCIPAUX INDICATEURS D'IMPACT DU GFF | Taux de mortalité maternelle | Nombre de décès de femmes survenus au cours de la grossesse ou dans un délai de 42 jours après sa terminaison, quelle qu'en soit la durée ou la localisation, pour une cause quelconque déterminée ou aggravée par la grossesse ou les soins qu'elle a motivés, mais ni accidentelle, ni fortuite, pour 100 000 naissances vivantes, pendant une période de temps déterminée |
| | Taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans | Probabilité qu'un enfant né durant une année ou une période particulière décède avant d'atteindre l'âge de 5 ans, pour 1 000 naissances vivantes |
| | Taux de mortalité néonatale | Probabilité qu'un enfant né durant une année ou une période particulière décède durant le mois qui suit sa naissance, pour 1 000 naissances vivantes |
| | Taux de natalité parmi les adolescentes | Nombre d'enfants mis au monde par des femmes âgées de 15 à 19 ans pour 1 000 femmes au cours des trois années précédant l'enquête |
| | Pourcentage de naissances dans les 24 mois suivant le dernier accouchement | Pourcentage d'enfants nés d'une mère multipare au cours des cinq années préalables l'enquête entre 7 et 23 mois après l'enfant précédent. Les premiers-nés ne sont pas pris en compte |
| | Prévalence des retards de croissance chez les enfants de moins de 5 ans | Pourcentage d'enfants âgés de moins de 5 ans dont la taille s'écarte de plus de deux écarts types de la norme de l'OMS pour le rapport taille-âge |
| INDICATEURS DE COUVERTURE | Emaciation modérée à grave chez les enfants de moins de 5 ans | Pourcentage d'enfants âgés de moins de 5 ans dont le poids par rapport à la taille s'écarte de plus de deux écarts types de la norme médiane établie par l'OMS pour la croissance des enfants |
| | Accouchements assistés par du personnel de santé qualifié* | Pourcentage de naissances vivantes assistées par du personnel de santé qualifié durant les cinq années précédant l'enquête. Le personnel qualifié comprend les médecins, le personnel infirmier, les sages-femmes et le personnel infirmier et les sages-femmes auxiliaires |
| | Couverture 4 consultations prénatales* | Pourcentage de femmes âgées de 15 à 49 ans ayant donné naissance à un enfant vivant au cours des cinq années précédant l'enquête qui ont eu au moins quatre consultations prénatales avec un prestataire de santé |
| | Taux de prévalence des moyens de contraception modernes* | Pourcentage des femmes (toutes les femmes où seulement les femmes mariées) âgées de 15 à 49 ans qui utilisent actuellement au moins une méthode contraceptive moderne |
| | Couverture DTP3 | Pourcentage d'enfants âgés de 12 à 23 mois ayant reçu les trois doses du vaccin contre la diphtérie, le tétanos et la coqueluche (triple vaccin) avant l'enquête |
| | Enfants de moins de 5 ans ayant la diarrhée recevant une thérapie par SRO | Pourcentage d'enfants âgés de 0 à 59 mois ayant eu un épisode diarrhéique au cours des deux semaines précédant l'enquête, et recevant des sels de réhydratation par voie orale (paquets de sels ou liquides de réhydratation par voie orale ou liquides de réhydratation prêts à l'emploi) |
| | Soins postnatals aux mères * | Pourcentage de mères ayant reçu des soins postnatals au cours des deux jours suivant leur dernier accouchement durant les deux années précédant l'enquête |
| | Enfants de moins de 5 ans présentant des symptômes de pneumonie amenés à un prestataire de santé | Pourcentage d'enfants âgés de 0 à 59 mois présentant des symptômes de pneumonie au cours des deux semaines précédant l'enquête qui ont été amenés en consultation à un prestataire de santé |
| | Personnes vivant avec le VIH recevant un TAR | Pourcentage du nombre estimé d'adultes et d'enfants vivant avec le VIH à la fin de la période couverte par le rapport recevant actuellement une TAR |
| | Femmes enceintes recevant un TAR dans le cadre de la PTME | Pourcentage de femmes enceintes vivant avec le VIH ayant reçu une thérapie antirétrovirale pour réduire le risque de transmission du VIH de la mère à l'enfant |
| INDICATEURS DU FINANCEMENT DE LA SANTÉ | Taux de rétention des filles dans le secondaire 10e année d'études | Pourcentage des filles inscrites en 6e année d'étude qui ont atteint la 10e année sans avoir abandonné leurs études ou redoublé ; 12e année d'études : pourcentage de filles inscrites en 6e année d'études qui atteignent la 12e année sans avoir abandonné leurs études ou redoublé |
| | Part du budget national consacré à la santé | Pourcentage des ressources publiques intérieures inscrites au budget de le gouvernement affecté à la santé |
| | Le pays assure le suivi des dépenses de santé catastrophiques et appauvrissantes au moyen de données remontant à moins de trois ans — oui/non | Oui : le pays suit les dépenses de santé catastrophiques et appauvrissantes au moyen des données produites par les enquêtes auprès des ménages remontant à moins de trois ans. Non : le pays ne suit pas les dépenses de santé catastrophiques et appauvrissantes au moyen des données produites par les enquêtes auprès des ménages remontant à moins de trois ans. |
| | Le pays a entrepris d'établir ou de mettre à jour la carte des ressources — oui/non | Oui : le pays a établi ou entrepris d'établir une carte des ressources. Cet exercice couvre les données et les dépenses budgétaires antérieures et prospectives, est effectué sur une base annuelle, est planifié en fonction de l'exercice budgétaire du pays et est adapté au secteur de la santé nationale. Non : le pays n'a pas établi ni entrepris d'établir une carte des ressources. |
| | Le pays a déterminé les options pouvant être retenues pour renforcer la mobilisation de ressources nationales (c'est-à-dire à procéder à une analyse de l'espace budgétaire) — oui/non | Oui : le pays a établi des directives pour l'analyse de l'espace budgétaire et/ou convenu d'une date pour l'achèvement de cette analyse. L'analyse de l'espace budgétaire comprend la comptabilisation détaillée des sources de financement intérieures et étrangères de la santé (y compris l'allègement de la dette, les emprunts et/ou l'aide), la mobilisation de ressources nationales (révision des priorités budgétaires ou politiques budgétaires), les gains d'efficacité et la manière dont le pays peut accroître l'efficacité de ses dépenses. Non : le pays n'a pas établi de directives pour l'analyse de l'espace budgétaire ni/ou convenu d'une date pour l'achèvement de cette analyse. Le pays n'a pas procédé à l'analyse de l'espace budgétaire. |
| | Le pays a mis en œuvre des stratégies pour réduire les principaux facteurs d'inefficacité (chaîne d'approvisionnement/répartition des prestataires de santé de première ligne/exécution du budget, etc.) — oui/non | Oui : le pays a défini des stratégies pour lutter contre les facteurs d'inefficacité et s'emploie à les mettre en œuvre (par exemple en accroissant l'échelle des réformes existantes, en orientant de plus amples ressources vers les services de première ligne, en améliorant la chaîne d'approvisionnement, en procédant à des réformes de la GFP, en étudiant les raisons de la piètre exécution du budget, etc.) Non : le pays n'a pas mis en œuvre de stratégies pour lutter contre les principaux facteurs d'inefficacité |
| | Le pays a recensé les facteurs de l'insuffisance de la protection financière (en particulier en ce qui concerne les services de SRMNEA-N) — oui /non | Oui : le pays a recensé les facteurs expliquant le manque de protection financière dans le cadre d'enquêtes auprès des ménages et d'autres évaluations de ce type. Non : le pays n'a pas procédé à des enquêtes auprès des ménages ou à des évaluations similaires pour déterminer les facteurs expliquant le manque de protection financière. |
| | Le pays a pris des mesures pour soutenir la mobilisation de ressources nationales (pour donner la priorité à la santé dans le budget, accroître le montant total des recettes publiques, soutenir des sources de recettes particulières pour la santé) | Oui : le pays a pris des mesures pour soutenir la mobilisation de ressources nationales (études de faisabilité en vue de l'établissement des emplois prioritaires des ressources, promotion d'un dialogue fondé entre le MS et le MF, amélioration de la GFP pour la santé par le biais de la perception de taxes, généralement sur le tabac et l'alcool et/ou d'impôts d'affectation spéciale ; considération d'autres mécanismes de financement novateurs (taxes sur les transports aériens, sur la téléphonie mobile, etc.). Non : le pays n'a pris aucune mesure pour promouvoir la mobilisation de ressources nationales. |
| | Le pays a mis en œuvre des réformes pour promouvoir les facteurs de protection financière (en particulier pour la SRMNEA-N) | Oui : le pays a mis en œuvre des réformes telles que des mécanismes de financement de la santé au niveau de la demande (bons de santé maternelle), l'exemption des populations pauvres du paiement des consultations médicales, le renforcement des capacités des agents de santé de première ligne, l'amélioration de la chaîne d'approvisionnement des établissements publics en médicaments essentiels, etc. Non : le pays n'a pas entrepris de mettre en œuvre des réformes pour s'attaquer aux raisons du manque de protection financière |
| | Part des financements extérieurs au titre de la santé regroupés ou inscrits au budget | Pourcentage des financements extérieurs au titre de la santé passant par le budget de le gouvernement (numérateur : montant total des dépenses des bailleurs de fonds au titre de la santé passant par le budget de le gouvernement ; dénominateur : montant total des dépenses des bailleurs de fonds au titre de la santé) |
| | Taux d'abandon de la vaccination par le DTP entre la première et la troisième dose | Écart en pourcentage entre les couvertures de la première dose du vaccin DTP (rapport entre le nombre de nourrissons survivants qui ont reçu une dose du triple vaccin contre la diphtérie, la coqueluche et le tétanos et le nombre de nourrissons survivants) et de la troisième dose du vaccin DTP (rapport entre le nombre de nourrissons survivants qui ont reçu les trois doses du triple vaccin et le nombre total de nourrissons survivants) |
| | Taux d'abandon des consultations visites prénatales entre la première et la quatrième visite | Écart en pourcentage entre les couvertures de la première et de la quatrième consultation prénatale avec un prestataire de santé (rapport entre le nombre de femmes âgées de 15 à 49 ans ayant eu au moins quatre consultations durant leur dernière grossesse au cours des X années précédant l'enquête et le nombre total de femmes âgées de 15 à 49 ans donnant naissance à un enfant vivant au cours des X années précédant l'enquête) |
| | Taux d'exécution du budget de la santé | Pourcentage décaissé du budget de le gouvernement consacré à la santé (numérateur : montant total du budget de le gouvernement au titre de la santé qui a été décaissé ; dénominateur : montant total du budget de le gouvernement affecté à la santé) |
| | Dépenses de santé par habitant financées par des sources intérieures | Dépenses de santé de le gouvernement par habitant (numérateur : dépenses publique totales au titre de la santé ; dénominateur : population totale) |
| | Ratio des dépenses publiques de santé aux dépenses publiques totales | Proportion des dépenses publiques totales représentées par les dépenses publiques intérieures consacrées à la santé (numérateur : dépenses publiques intérieures totales au titre de la santé ; dénominateur : dépenses publiques totales financées par des ressources nationales) |
| | Pourcentage des dépenses courantes au titre de la santé consacrées aux soins primaires/ambulatoires | Pourcentage des dépenses courantes au titre de la santé consacrée aux soins de santé primaires/ambulatoires (numérateur : montant total des dépenses courantes au titre de la santé consacrées aux soins de santé primaires/ambulatoires ; dénominateur : montant total des dépenses courantes au titre de la santé) |
| | Incidence des dépenses de santé catastrophiques | Proportion de ménages dont les dépenses au titre de la santé représentent plus de 40 % des dépenses totales du ménage (numérateur : nombre total de ménages assumant des dépenses de santé ≥40 % des dépenses totales du ménage, dénominateur : nombre total de ménages) |
| | Incidence des dépenses de santé appauvrissantes | Proportion de ménages tombant en dessous du seuil de pauvreté en raison des dépenses de santé qu'ils doivent payer (numérateur : nombre total de ménages assumant des dépenses de santé appauvrissantes ; dénominateur : nombre total de ménages) |

*La définition de ces indicateurs peut sensiblement varier en fonction de la source de données utilisée et/ou du pays considéré.





Le catalyseur de
financements pour une
santé et une nutrition
pilotées par les pays



SOUTENU PAR LE
GROUPE DE LA BANQUE MONDIALE

www.globalfinancingfacility.org/fr

 @theGFF