Mécanisme de financement mondial

pour les femmes, les enfants et les adolescents

Document de référence : bilan de la stratégie pour l'IG



MÉCANISME DE FINANCEMENT MONDIAL

SOUTENU PAR LE GROUPE DE LA BANQUE MONDIALE

Usage officiel
Official Use Only

Table des matières

1. Progrès des pays dans l'amélioration de la santé des femmes, des enfants et des adolescents

2. Clôture des indicateurs clés de performance (KPI) de la période stratégique précédente

3. Premiers retours sur la prestation de services au cours de la première année de mise en œuvre de la nouvelle stratégie

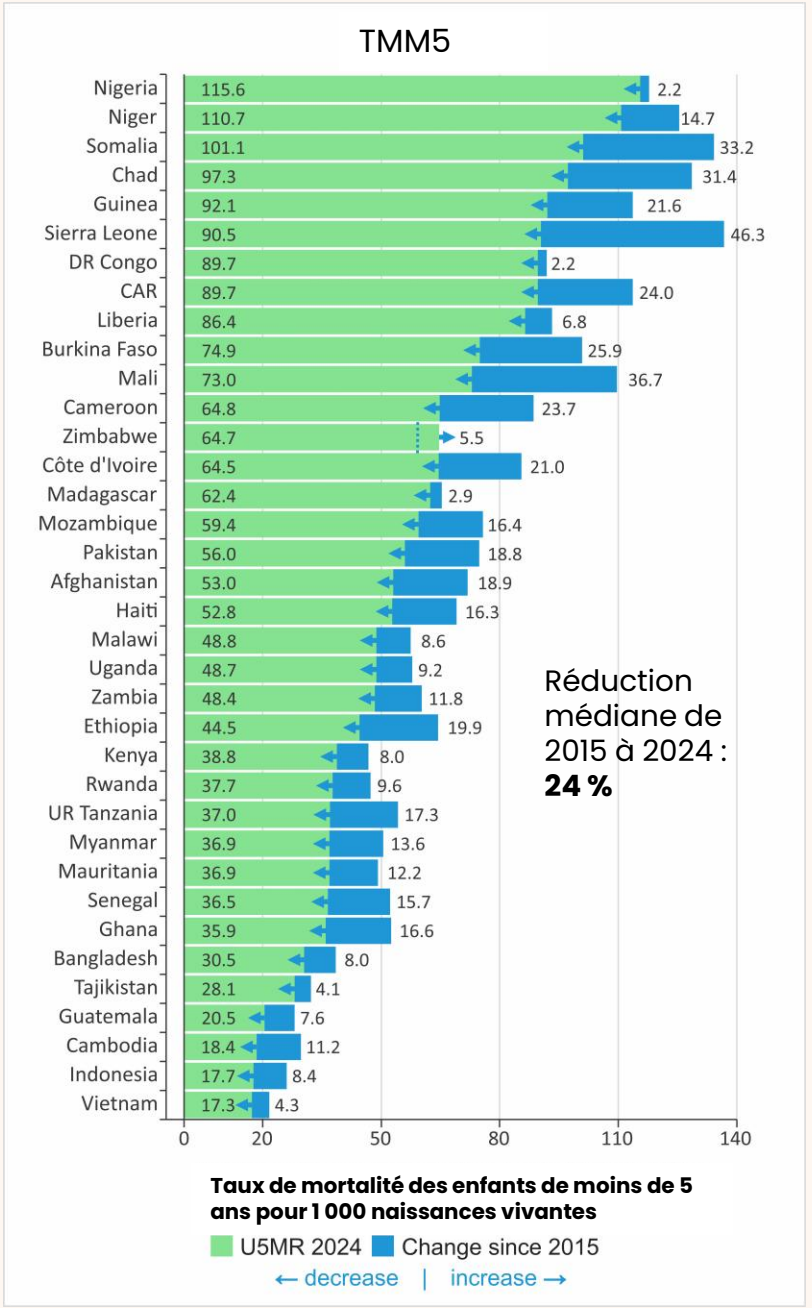
Usage officiel
Official Only

Progrès des pays dans l'amélioration de la santé des femmes, des enfants et des adolescents

Usage officiel
uniquement
Official Use Only

Les pays partenaires du GFF continuent de réduire la mortalité des moins de cinq ans (TMM5) mais les gains sont inégaux et nous assistons à un premier recul

- Tous les pays, sauf un, ont progressé depuis 2015
- Le pourcentage médian de réduction est de **24 %**, soit près du double de la réduction mondiale de 12,8 %. On observe une grande disparité entre les pays, allant d'une augmentation de la mortalité de 9,3 % (Zimbabwe, qui ne reçoit de financement ni de l'IDA ni de la BIRD) à une réduction de 39 % (Cambodge)
- Quatre pays (Vietnam, Indonésie, Cambodge, Guatemala) ont atteint l'objectif de l'ODD 3.2 d'un taux maximal de 25 décès pour 1 000 naissances vivantes
- Cependant, 19 pays ont un TMM5 au moins deux fois ou supérieur à cette cible ODD, parmi lesquels 9 affichent un TMM5 trois fois plus élevé
- **7 des 10 pays présentant les plus forts TMM5** sont classés comme pays en situation de fragilité et affectés par des conflits (FCS) selon la liste 2026 de la Banque mondiale. Cependant, dans les pays soutenus par le GFF, le rythme de réduction de la mortalité a été plus rapide dans les pays FCS que dans les pays non-FCS (réduction médiane de 24 % contre 21 % entre 2015 et 2024)

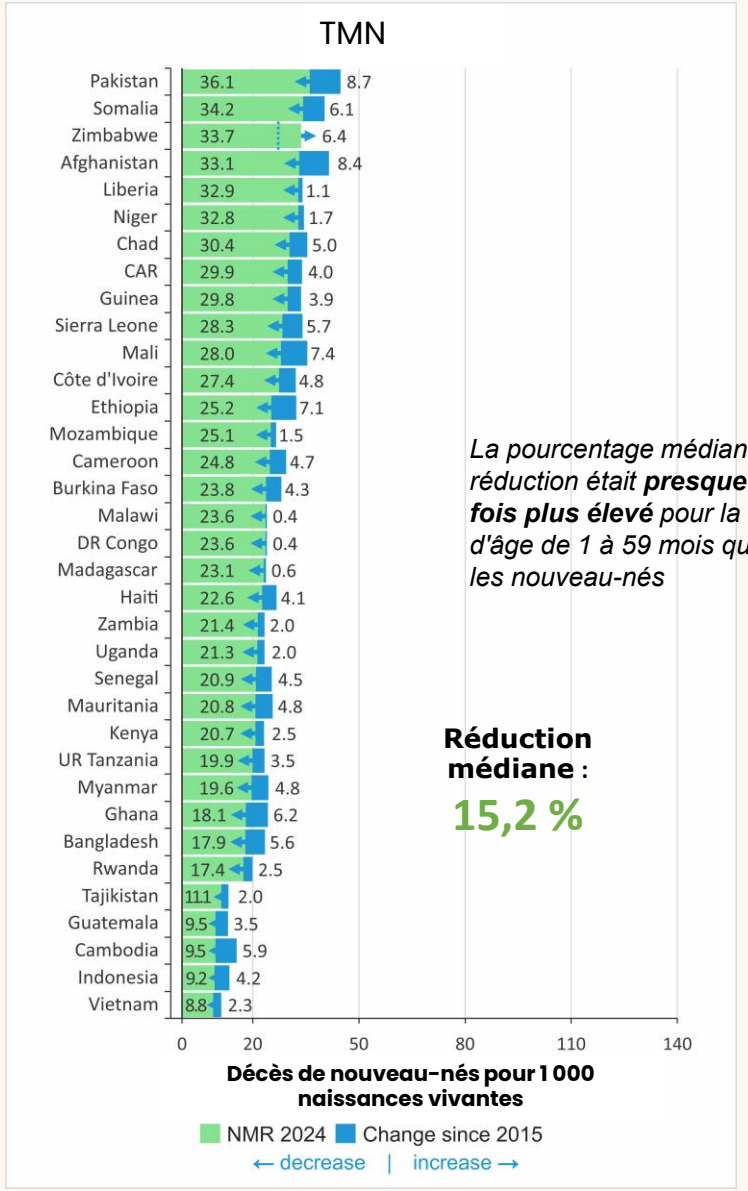


Source des données : UNIGME, 2026
Analyse du Centre international pour l'équité en santé, Université fédérale de Pelotas, Brésil

Usage officiel
Official Use Only

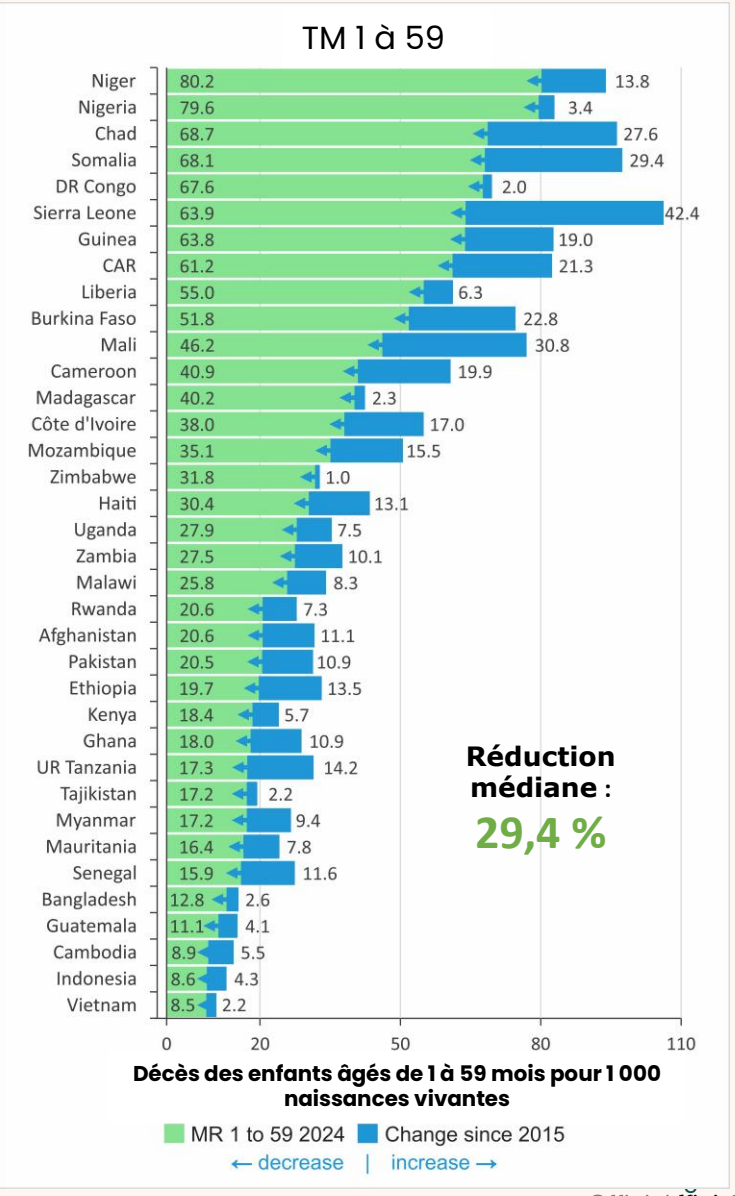
Les taux de mortalité ont diminué chez les nouveau-nés et les enfants plus âgés mais la baisse doit s'accélérer dans les deux cas

- **Tous les pays, à l'exception de deux** d'entre eux (Nigéria et Zimbabwe) ont connu une baisse du taux de mortalité néonatale (TMN). **Tous** les pays ont enregistré des réductions de la mortalité entre 1 et 59 mois
- **Cinq** pays ont atteint l'objectif de l'ODD 3.2.2 d'un taux maximal de 12 décès néonatals pour 1 000 naissances vivantes, et **cinq** ont atteint l'objectif de l'AMS, à savoir un taux maximal de 13 décès pour 1 000 naissances vivantes chez les enfants âgés de 1 à 59 mois
- **16 pays (soit 44 %)** ont un TMN deux fois plus élevé ou supérieur à la cible de l'ODD
- **19 pays (53 %)** ont un taux de mortalité des 1 à 59 mois deux fois plus élevé ou supérieur à l'objectif de l'AMS
- **7 des 10 pays présentant les plus forts** TMN et de mortalité des enfants de 1 à 59 mois sont classés FCS (liste pour 2026) ; le rythme de réduction de la mortalité était plus rapide dans les pays FCS concernant la mortalité de 1 à 59 mois (30 % contre 27 %), mais identique entre les pays FCS et les pays non-FCS pour le TMN (15 % contre 15 %)



*La pourcentage médian de réduction était **presque deux fois plus élevé** pour la tranche d'âge de 1 à 59 mois que pour les nouveau-nés*

Réduction médiane :
15,2 %



Réduction médiane :
29,4 %

Source des données : UNIGME, 2026
Analyse du Centre international pour l'équité en santé, Université fédérale de Pelotas, Brésil

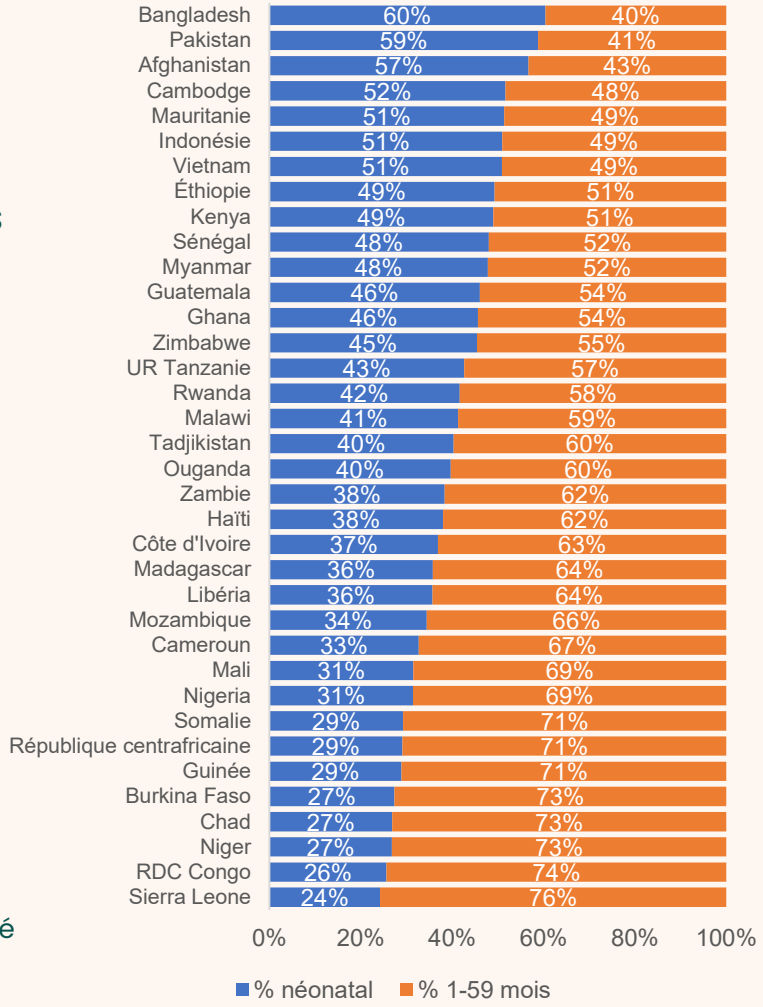
Usage officiel
Official Use Only

Dans la plupart des pays du GFF, la proportion de décès infantiles est plus élevée chez les enfants âgés de 1 à 59 mois mais la mortalité tend progressivement à se concentrer davantage dans la période néonatale

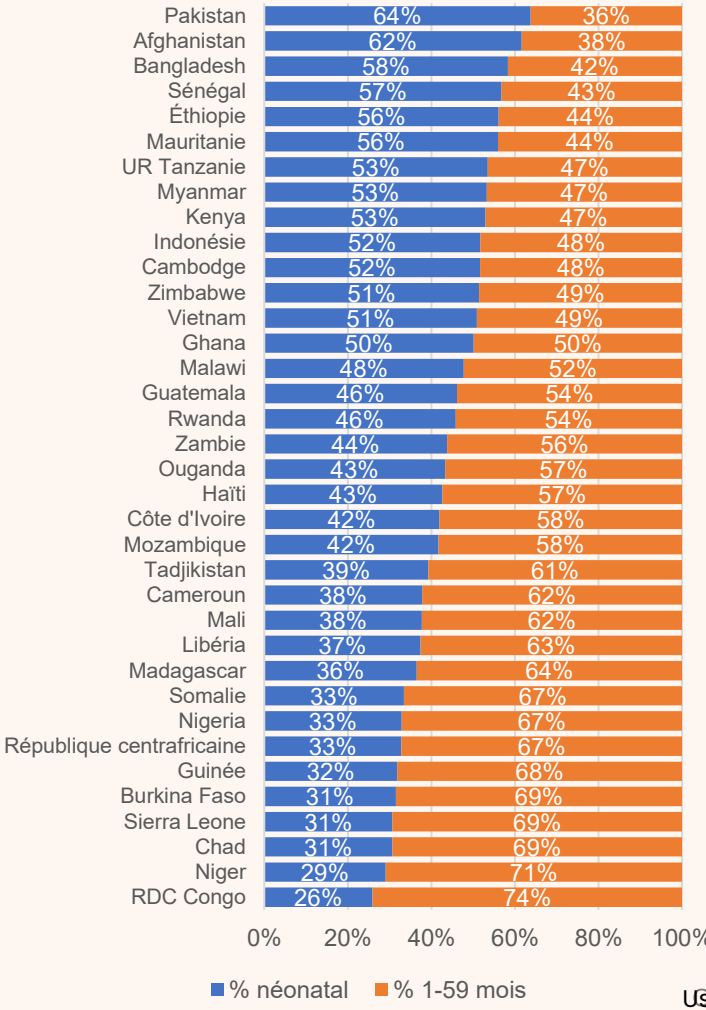
- Le pourcentage de mortalité infantile pour les deux tranches d'âge varie selon les pays du GFF, **22 (61 %)** d'entre eux présentant une plus grande proportion de décès chez les enfants de 1 à 59 mois, **2** dans lesquels il est identique, et **12 (33 %)** présentant une proportion plus élevée dans le groupe d'âge néonatal en 2024.
- Ces chiffres sont en évolution par rapport à 2015, lorsque **29 pays (81 %)** affichaient une plus grande proportion de décès d'enfants dans la tranche d'âge de 1 à 59 mois et **7 (19 %)** une plus grande proportion de décès survenant durant la période néonatale.
- Ce schéma est cohérent avec le rythme de progression plus lent du TMN durant cette période comparé au taux de mortalité de 1 à 59 mois.

Source des données : UNIGME, 2026
Analyse du Centre international pour l'équité en santé, Université fédérale de Pelotas, Brésil

Proportion de décès des moins de cinq ans dans les groupes néonatals et âgés de 1 à 59 mois, 2015



Proportion de décès des moins de cinq ans dans les groupes néonatals et âgés de 1 à 59 mois, 2024

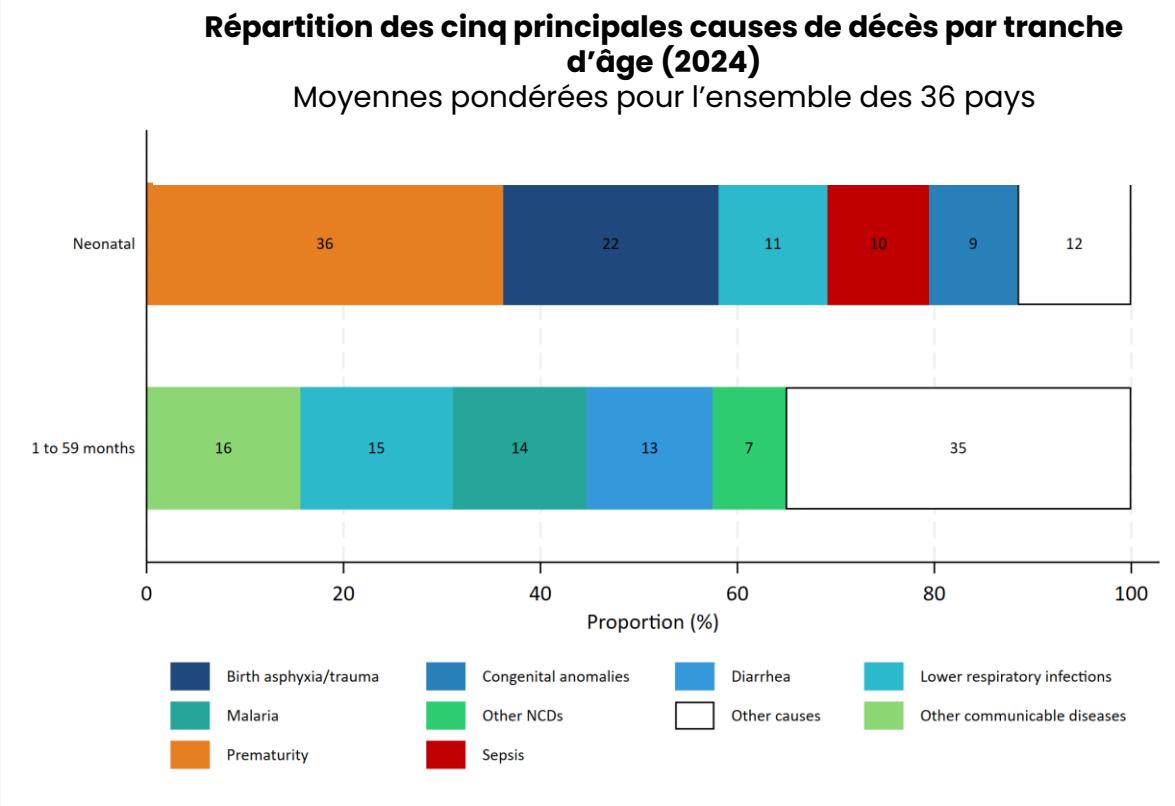


Usage officiel
Official Use Only

La répartition des causes de décès diffère entre les groupes d'âge néonatal et ceux de 1 à 59 mois, et doit être prise en charge par des solutions ciblées, fondées sur des données probantes

- **Quatre des cinq** principales causes de décès (58 %) chez les enfants âgés de 1 à 59 mois sont les maladies infectieuses (par ex., diarrhée, paludisme, pneumonie) pour lesquelles il existe des interventions présentant un bon rapport coût-efficacité et qui doivent être mises à l'échelle (comme la PCIMNE, ou prise en charge intégrée des maladies du nouveau-né et de l'enfant, ou encore l'alimentation des nourrissons et des jeunes enfants)

- À mesure que les pays progressent dans la réduction du TMM5 et que la mortalité se concentre sur la période néonatale, un investissement accru est nécessaire dans **les soins intrapartum et aux nouveau-nés petits ou malades**. L'investissement dans la compréhension des causes sous-jacentes de **la prématurité, principale cause de décès néonatals**, est également essentiel aux progrès

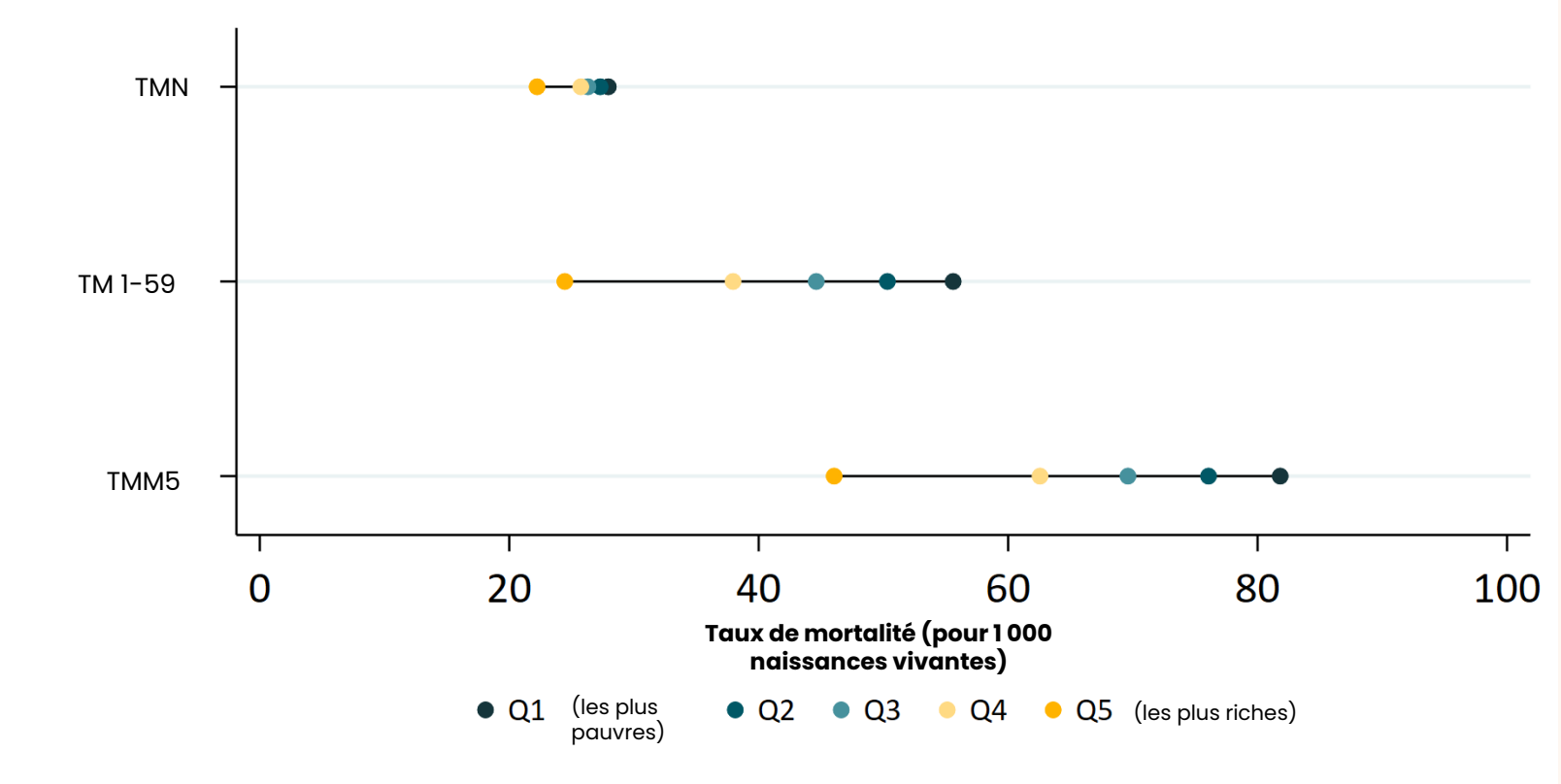


Source des données : UNIGME et CA-CODE, 2026
Analyse du Centre international pour l'équité en santé, Université fédérale de Pelotas, Brésil

Usage officiel
Official Use Only

Lors du choix des solutions, il est essentiel de cibler en priorité les populations dont les besoins sont les plus pressants, étant donné que d'importants écarts d'équité persistent

- Dans les pays du GFF, les **plus pauvres connaissent les niveaux de mortalité infantile les plus élevés** comparés à tous les autres groupes de revenus
- L'écart le plus marqué concerne les enfants âgés de 1 à 59 mois. Les niveaux moyens de mortalité sont **127 % plus élevés** chez les plus pauvres que chez les plus riches
- L'écart entre les groupes de revenus est plus faible pour le TMN car les principales causes de décès néonatals surviennent durant la période intrapartum, qui nécessite davantage de soins en établissement



Source des données : base de données ICEH
Analyse de l'ICEH, Université fédérale de Pelotas, Brésil

Usage officiel
Official Use Only

Des millions de décès néonatals et infantiles pourraient être évités si les taux nationaux des pays du GFF rejoignaient ceux du quintile le plus riche

- Des taux de mortalité plus faibles chez les familles les plus riches, tant pour les nouveau-nés que pour les enfants âgés de 1 à 59 mois, montrent que des progrès sont possibles dans l'ensemble des pays du GFF

- L'investissement dans des services complets de santé et de nutrition peut constituer le levier nécessaire pour mettre fin à la mortalité évitable des nouveau-nés et des enfants, quel que soit le niveau de revenu du ménage

Résultats agrégés pour les 36 pays du GFF	
Décès néonatals évités / an	**239 679**
Décès des 1 à 59 mois évités / an	**1 108 596**
NOMBRE TOTAL DE DÉCÈS ÉVITÉS	**1 348 275**
RÉDUCTION DE LA MORTALITÉ	**36,4 %**

Source des données : base de données ICEH. Analyse par ICEH, Université fédérale de Pelotas, Brésil

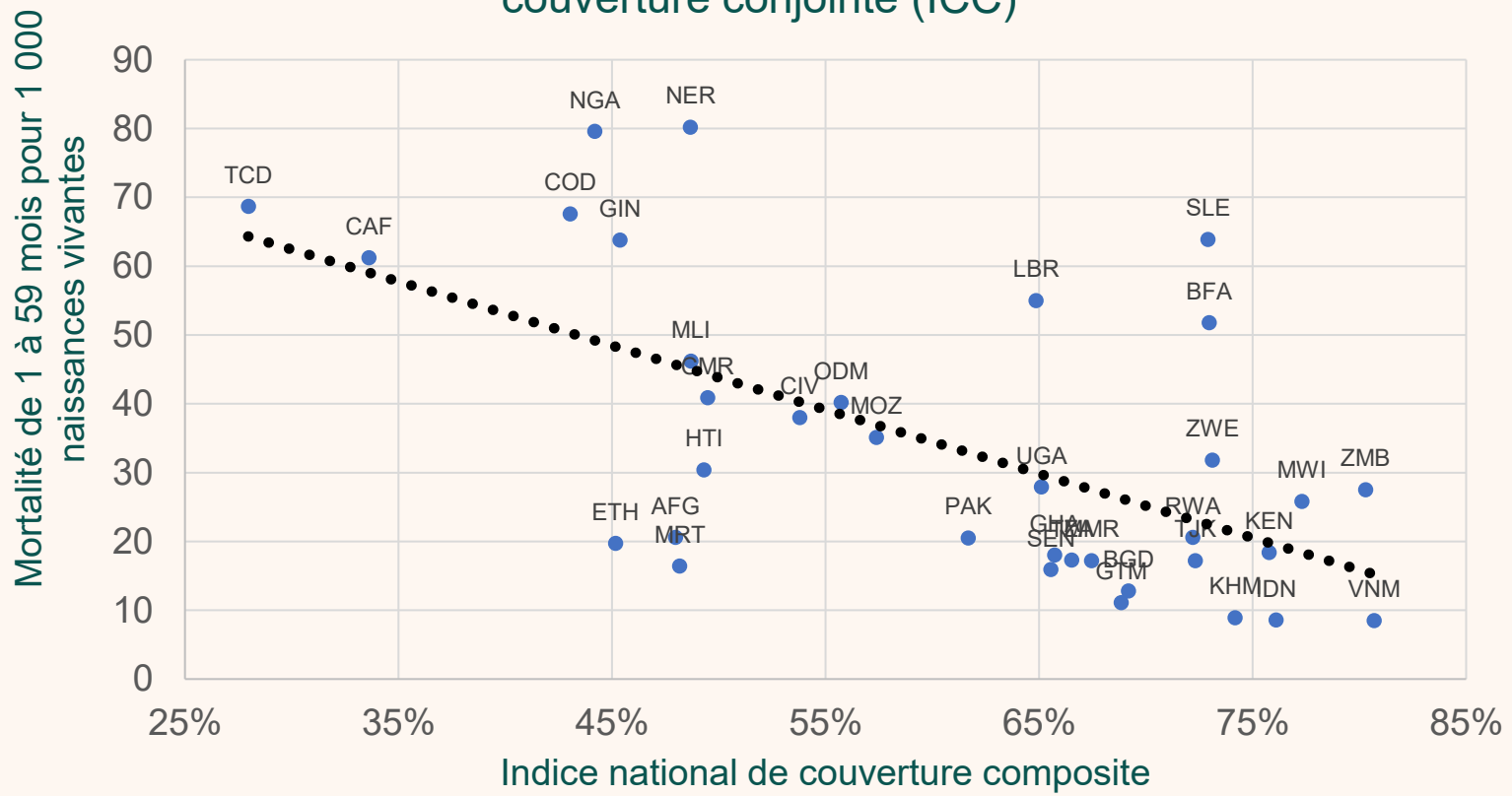
Cela montre ce qu'il est possible de réaliser si l'on peut atteindre les enfants les plus dans le besoin grâce à des solutions connues et efficaces qui font déjà leurs preuves parmi les plus favorisés.

Usage officiel
Official Use Only

Une forte couverture des services maternels et infantiles fondés sur des preuves est liée à une mortalité plus faible, cependant, certains pays faisant figure d'exception soulignent la nécessité de garantir la qualité des services

- La forte corrélation observée entre le **bien-être et la santé des mères** et la survie à long terme de leurs enfants souligne **l'importance de la santé maternelle**
- Cette relation soutient également la nécessité pour les enfants de recevoir un ensemble complet de **services préventifs, promoteurs et thérapeutiques** afin qu'ils puissent survivre et s'épanouir
- L'accès aux services ne suffit pas. L'investissement est nécessaire pour que les établissements de santé et les agents de santé communautaires soient en mesure de fournir des soins de haute qualité

Relation entre le taux de mortalité de 1 à 59 mois et l'indice de couverture conjointe (ICC)



L'Indice de couverture conjointe (CCI) est une moyenne nationale pondérée de la couverture avec 8 interventions essentielles apportées à la femme et à l'enfant, allant de 0 % à 100 %. Les interventions incluent la planification familiale, les soins prénatals et d'accouchement, les vaccinations et la prise en charge des maladies infantiles. Les données ne sont pas disponibles pour la Somalie.

Source des données : base de données ICEH des enquêtes MICS, DHS et autres enquêtes nationales
Estimations de la mortalité infantile de l'UNIGME
Analyse de l'ICEH, Université fédérale de Pelotas, Brésil

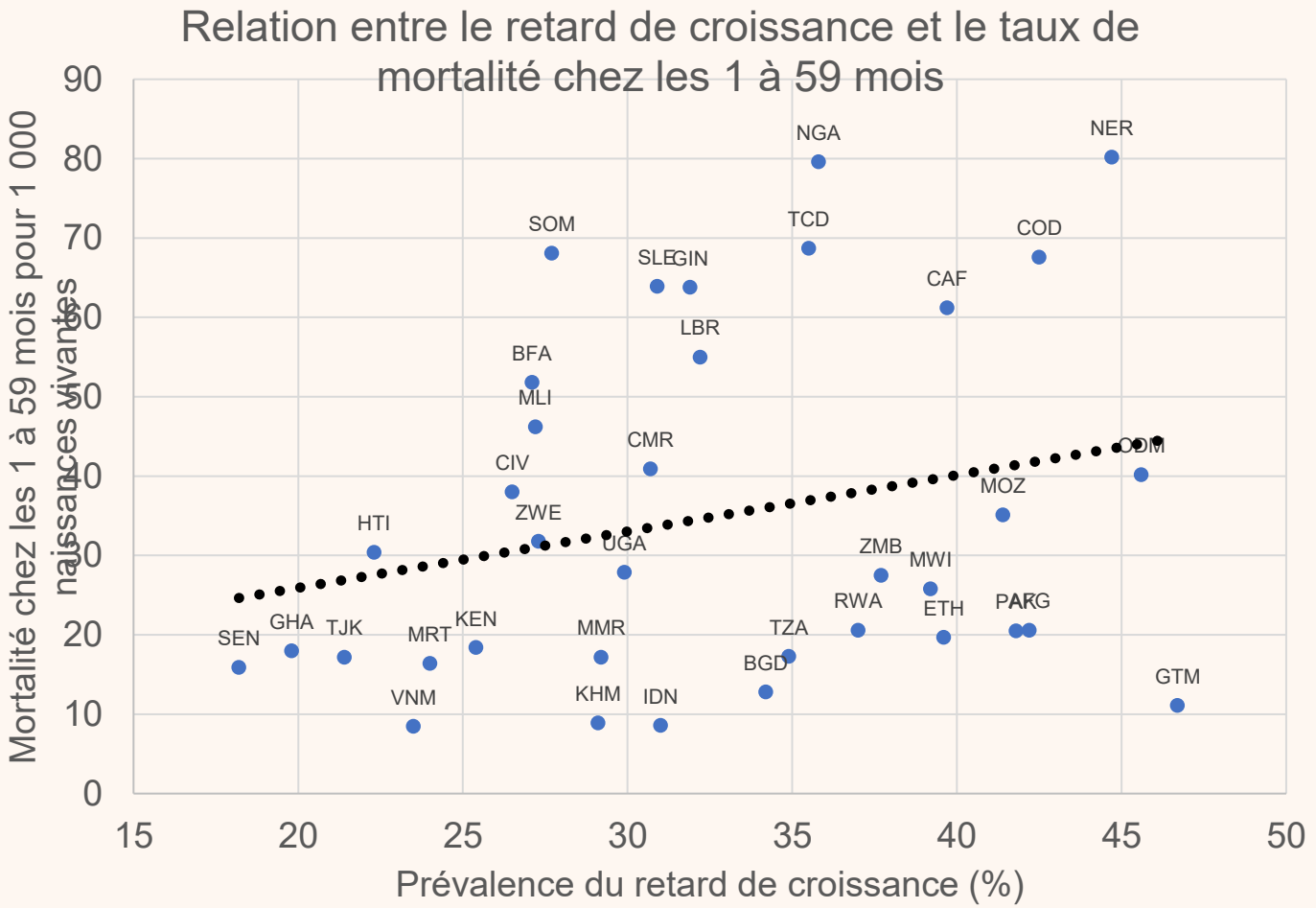
Usage officiel
Official Use Only

Le retard de croissance et la mortalité chez les enfants de 1 à 59 mois sont liés, soulignant la nécessité d'approches intégrées en termes de santé et de nutrition infantiles

- Dans les pays du GFF, le retard de croissance est fortement lié à la mortalité infantile, ainsi qu'à des déficits cognitifs et à une moindre accumulation de capital humain tout au long de la vie

- L'amélioration de la survie et de l'état nutritionnel de l'enfant passe par la mise en place d'un **ensemble de services de santé et de nutrition intégrés** par l'intermédiaire des structures de santé et des dispositifs communautaires (par ex., des consultations de suivi chez l'enfant, et la disponibilité des services 24h/24, 7j/7 pour les enfants malades et souffrant de malnutrition)

- **Les aidants** aussi doivent être accompagnés afin d'être en mesure de prodiguer des soins bienveillants à domicile

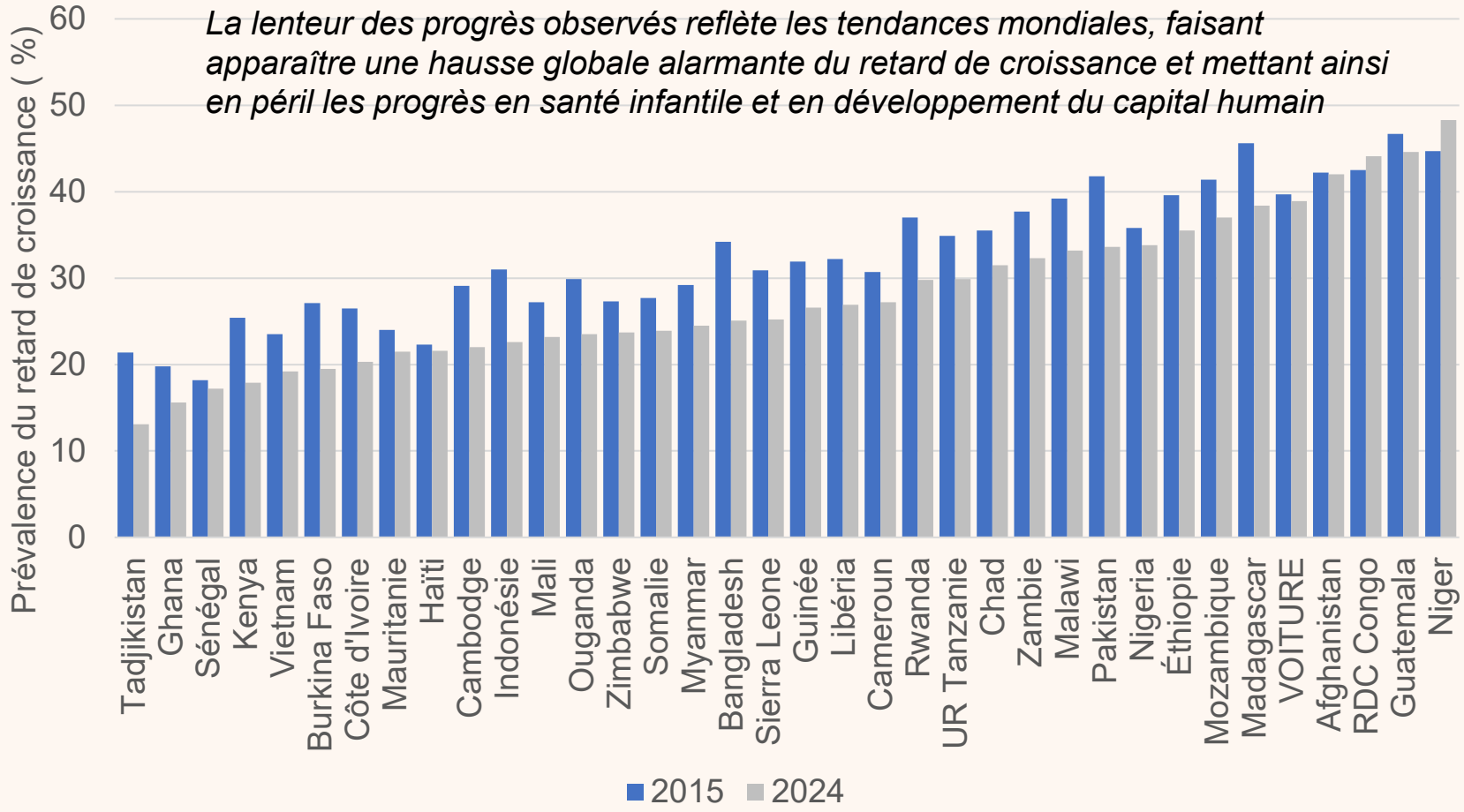


Source des données : estimations de mortalité UNIGME, rapport 2026 et UNICEF, OMS, Banque mondiale : Estimations, niveaux et tendances conjointes de malnutrition infantile, édition 2025
Analyse de l'ICEH Université fédérale de Pelotas, Brésil

Usage officiel
Official Use Only

Les progrès dans la réduction du retard de croissance sont lents et fragiles, certains pays connaissant même des reculs

- La grande majorité des pays du GFF affichent un retard de croissance, mais **deux pays enregistrent une hausse**
- Les valeurs médianes **se sont améliorées de 5 points** de pourcentage, passant de 32 % en 2015 à 27 % en 2024
- Selon la classification de l'OMS, **17 pays du GFF présentaient une** prévalence élevée du retard de croissance en 2024 (entre 20 et 30 %), et **13 avaient des niveaux très** élevés (plus de 30 %). Près de la moitié des enfants sont atteints de retard de croissance au Niger
- Sur ces 13 pays, **8 ont été classés comme FCS** sur la liste de l'exercice 2026
- Les progrès dans le retard de croissance nécessiteront **des efforts multisectoriels** dans les domaines de la santé, des politiques sociales, de la nutrition et de l'agriculture

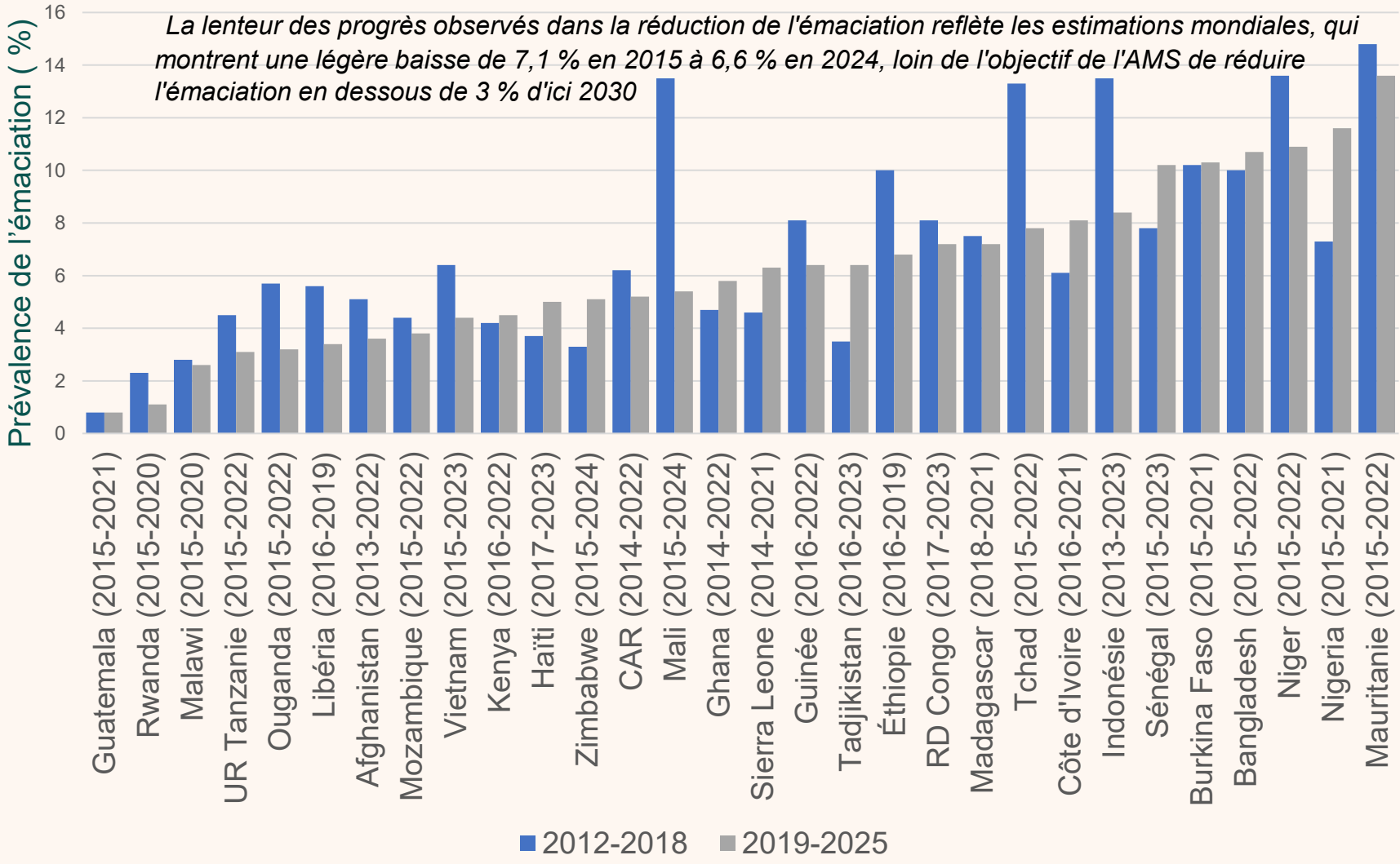


Source des données : UNICEF, OMS, Banque mondiale : Estimations, niveaux et tendances conjoints de la malnutrition infantile, édition 2025
Analyse de l'ICEH, Université fédérale de Pelotas, Brésil

Usage officiel
Official Use Only

L'émaciation augmente dans plusieurs pays, révélant des risques de sous-nutrition aiguë chez l'enfant dans un contexte de polycrises

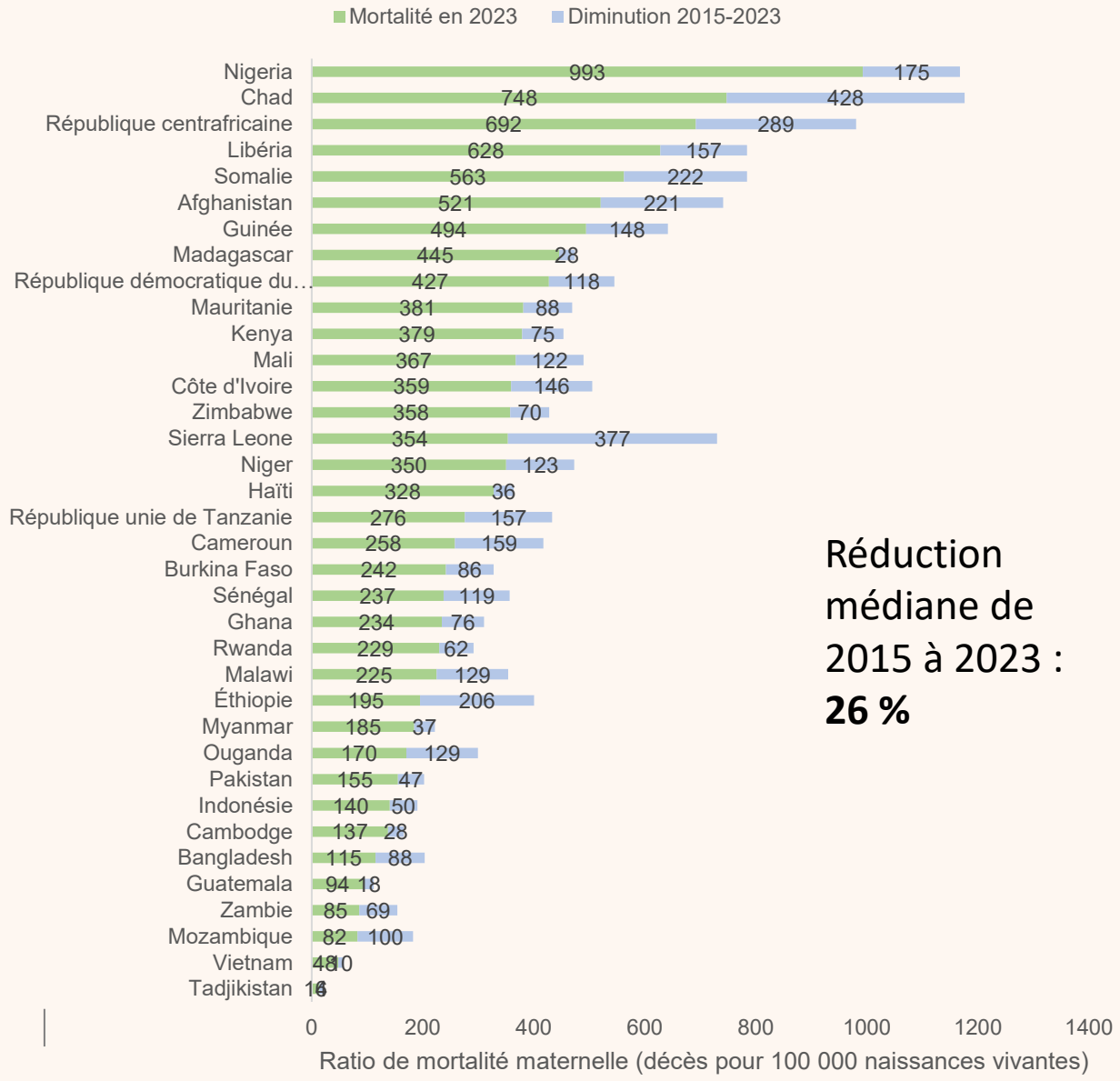
- L'émaciation est une condition potentiellement mortelle nécessitant des soins urgents.
- Les pays du GFF ont peu progressé dans la réduction de l'émaciation.
- Le niveau médian était de 6,5 % lors de la période précédente, puis a légèrement baissé pour atteindre 6,3 % sur la période la plus récente.
- **10 pays du GFF** ont atteint l'objectif de l'Assemblée mondiale de la santé de réduire la prévalence de l'émaciation à moins de 5 %.
- Cependant, **6 pays du GFF** présentaient une prévalence de l'émaciation supérieure à 10 % (considérée comme forte par l'OMS), dont **3 étaient classés FCS** selon la liste pour l'exercice 2026



Source des données : Base de données conjointe des estimations de la malnutrition des données d'enquêtes auprès des ménages ; analyse par l'ICEH, Université fédérale de Pelotas, Brésil

Usage officiel
Official Use Only

La mortalité maternelle a diminué dans tous les pays du GFF mais il faut accélérer les progrès



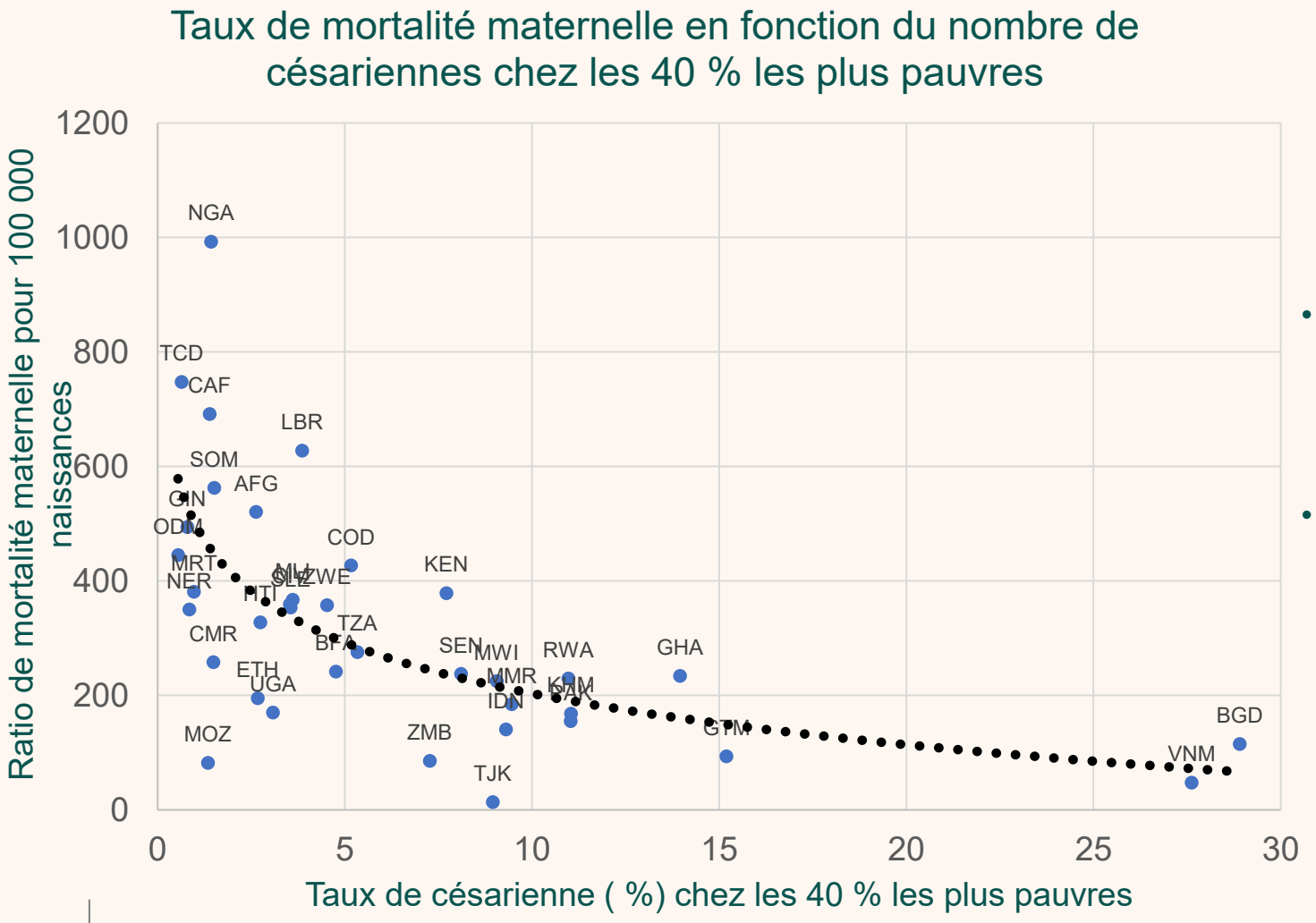
Réduction médiane de 2015 à 2023 : **26 %**

- Comme en témoignent les résultats de l'année dernière, **tous les pays partenaires du GFF ont connu des réductions du taux de mortalité maternelle (TMM)** entre 2015 et 2023. Le Bangladesh, l'Éthiopie, le Mozambique, la Sierra Leone, l'Ouganda et la Zambie ont tous enregistré **des réductions de 40 %** ou plus entre 2015 et 2023. La publication des estimations de l'ONU étant biennale, aucune publication n'est prévue cette année.
- La réduction médiane du TMM était de 26 %, **soit près du double du recul mondial** de 14 %. Les estimations des Nations unies sont publiées tous les deux ans et cette année est une année intermédiaire.
- **7 des 10** pays affichant les taux de mortalité les plus élevés sont classés FCV (affectés par des conflits ou confrontés à la violence). Cependant, les pays FCV ont connu, **en moyenne, une baisse plus** marquée de la mortalité maternelle que les pays non-FCV (réduction médiane de 28 %, contre 24,5 %).
- L'anémie est un facteur de risque majeur pour la mortalité maternelle. La **prévalence médiane de l'anémie** chez les femmes enceintes dans les pays du GFF est de **44 %, avec une fourchette allant de 21 %** (Guatemala) **à 62 %** (Mali).

Analyse par Countdown to 2030
Source des données : Tendances de la mortalité maternelle de 2000 à 2023 : estimations de l'OMS, d'UNICEF, d'UNFPA, du Groupe de la Banque mondiale et de l'UNDESA/Division de la population. Genève : OMS ; 2025

Usage officiel
Official Use Only

L'accélération des progrès dans la réduction de la mortalité maternelle dépend d'un accès amélioré et équitable à des soins de haute qualité



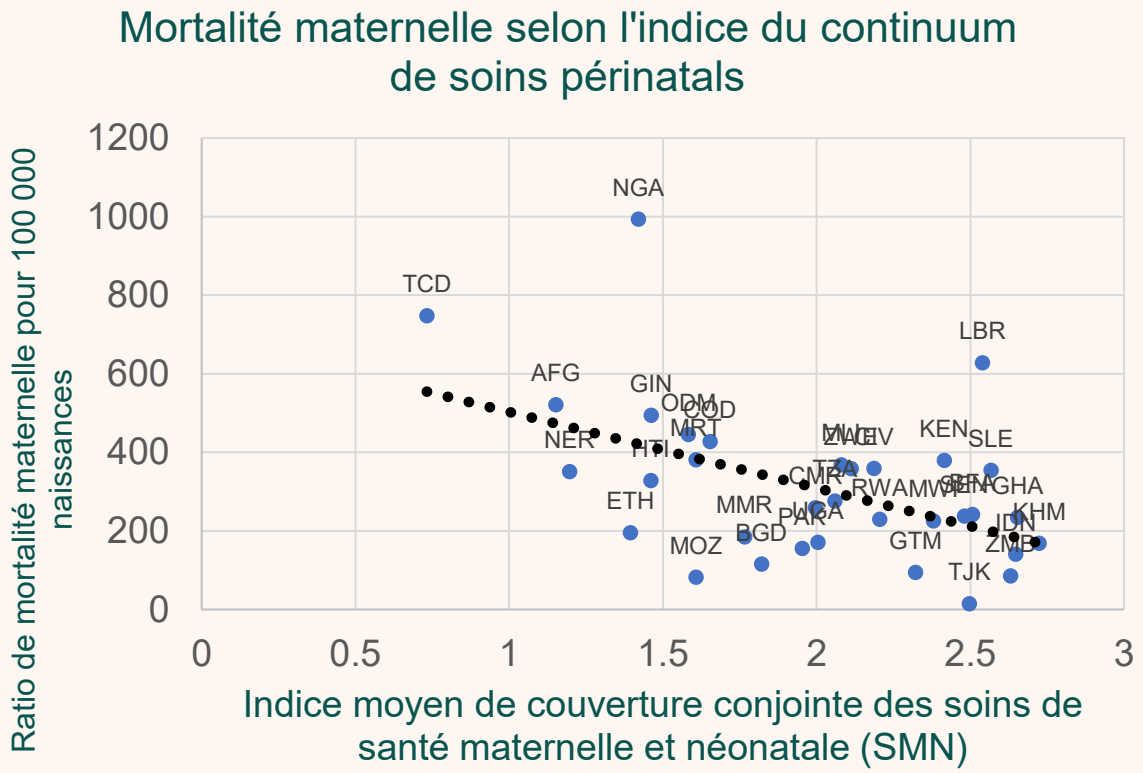
Analyses de l'ICEH, Université fédérale de Pelotas, Brésil

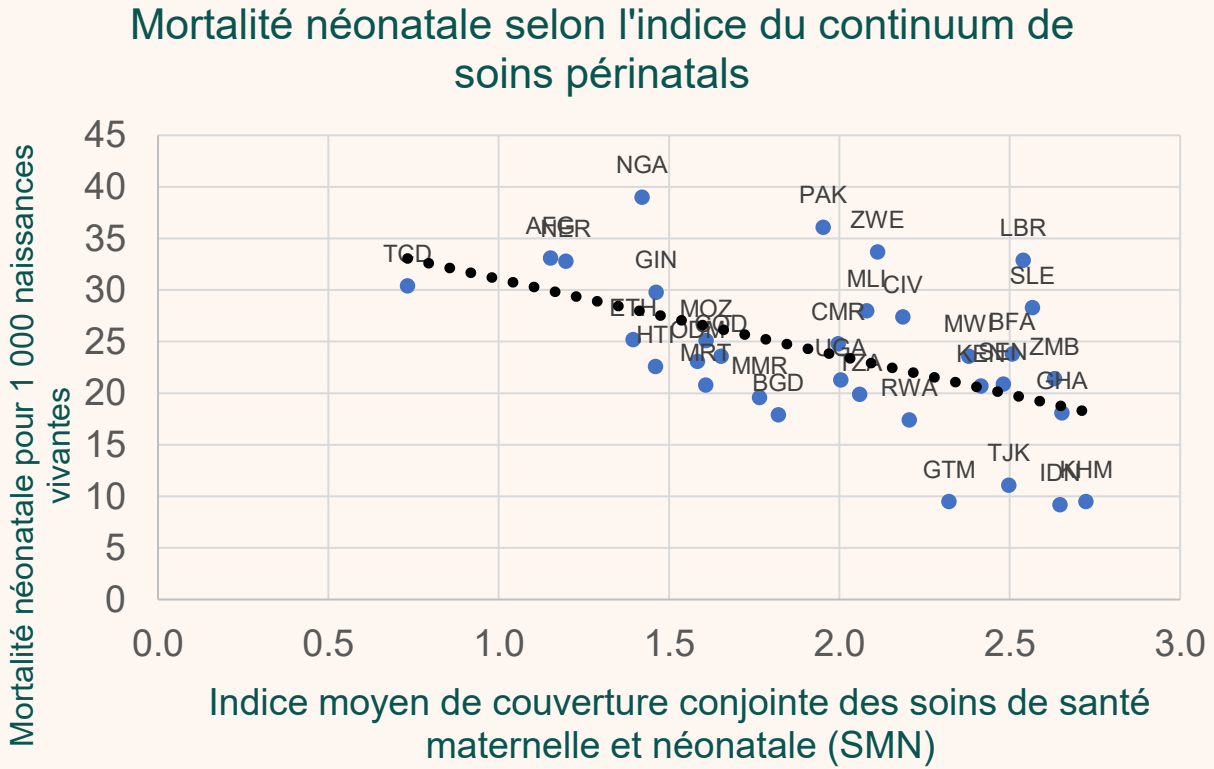
- À l'échelle mondiale, les deux principales causes de mortalité maternelle sont les hémorragies obstétricales et les troubles hypertensifs. Ces causes directes et plusieurs autres comme la septicémie peuvent être évitées grâce à des soins prénatals et postnatals de haute qualité, ainsi que des accouchements assistés par du personnel qualifié.
- Cependant**, d'importantes inégalités** persistent dans les pays du GFF concernant l'accès aux soins obstétricaux d'urgence et aux services essentiels de santé maternelle.
- Dans les pays du GFF où le taux de césariennes chez les plus pauvres **descend en dessous de 5 %, les niveaux de mortalité maternelle tendent à être** élevés (plus de 300 décès pour 100 000 naissances vivantes), tandis que la mortalité maternelle **chute à des niveaux modérés à bas dans les pays où la couverture atteint les 10 à 15 % recommandés.**

Source des données : Tendances de la mortalité maternelle de 2000 à 2023 : estimations de l'OMS, d'UNICEF, d'UNFPA, du Groupe de la Banque mondiale et de l'UNDESA/Division de la population. Genève : OMS ; 2025; Base de données ICEH

Usage officiel
Official Use Only

Les niveaux de mortalité maternelle et néonatale dans les pays du GFF diminuent à mesure que l'accès aux soins prénatals et postnatals ainsi qu'aux accouchements en établissement de santé augmente





Source des données : base de données ICEH ; dernières estimations de mortalité infantile UNIGME, estimations de mortalité maternelle de l'UNMMEIG
Analyses de l'ICEH, Université fédérale de Pelotas, Brésil

L'indice du continuum de soins périnatals reflète la couverture de 3 interventions destinées à la mère et l'enfant : quatre consultations prénatales ou plus (CPN4+), un accouchement en établissement et des soins postnatals. Chaque dyade mère-enfant se voit attribuer une valeur de 0 à 3 selon les interventions reçues, à partir duquel l'indice moyen national est établi.

Données non disponibles pour la RCA, la Somalie et le Vietnam.

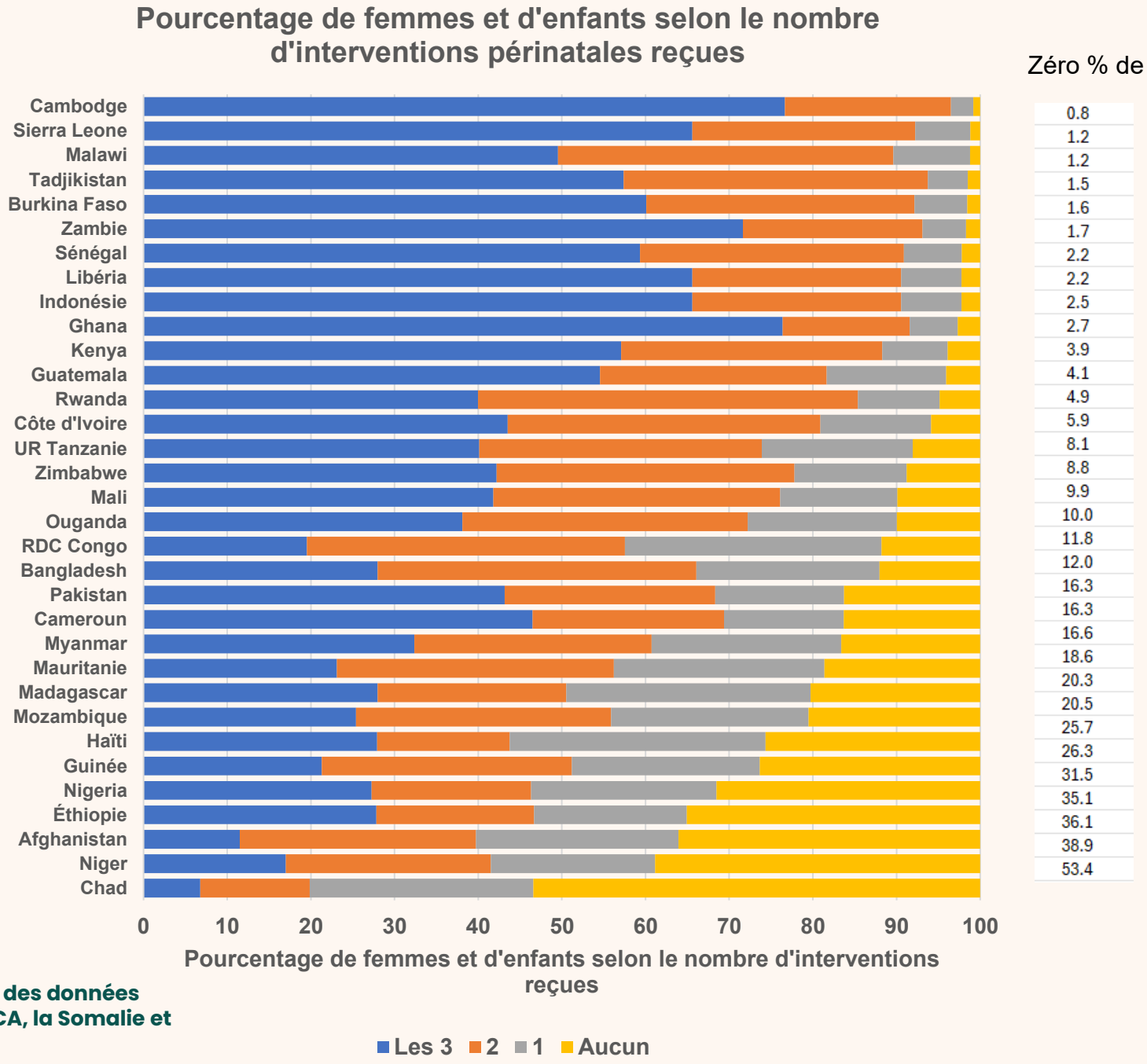
Usage officiel
Official Use Only

De nombreuses mères et leurs nouveau-nés restent privés de soins vitaux

- À l'instar de la dose zéro, l'indicateur de santé maternelle néonatale (SMN) zéro est un indicateur fort d'inégalités et où des efforts ciblés sont nécessaires pour fournir des services essentiels aux femmes et aux nouveau-nés bénéficiant des services essentiels

- Le pourcentage médian de dyades mère-bébé sans SMN (n'ayant pas reçu CPN4+, ni d'accouchement en établissement, ni de soins postnatals) dans les **pays du GFF est de 10 %.** Cela varie d'un minimum de 0,8 % au Cambodge à un maximum de 53 % au Tchad.

- Il n'existe pas de disparités constantes dans la prévalence nulle de la SMN selon l'âge maternel.



Analyses de l'ICEH, Université fédérale de Pelotas, Brésil ; source des données ICEH : base de données ICEH. Données non disponibles pour la RCA, la Somalie et le Vietnam.

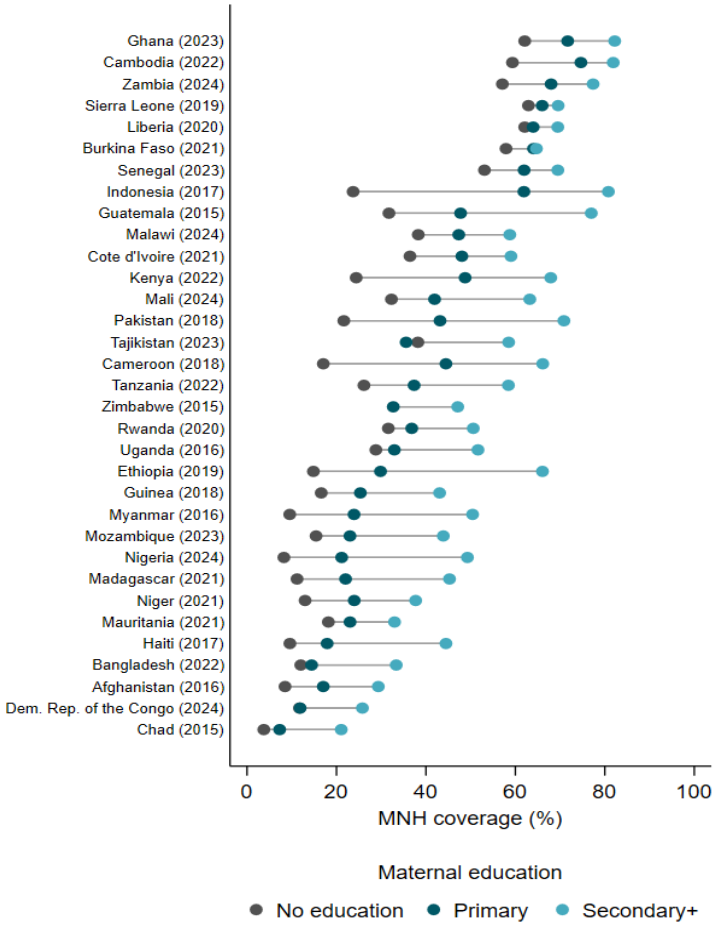
Usage officiel
Official Use Only

L'amélioration de l'accès passe par la levée des obstacles liés au genre, comme en témoigne la forte association entre le niveau d'instruction des mères et la couverture des interventions dont l'efficacité est établie

- Dans tous les pays du GFF, les femmes ayant suivi des études secondaires bénéficient d'une couverture plus élevée des services essentiels maternels et néonatals que celles ayant un niveau primaire ou aucune instruction.

- Les femmes n'ayant pas bénéficié d'instruction prennent beaucoup de retard. Dans tous les pays, les femmes sans éducation ont la couverture la plus faible des services de santé maternelle et néonatale.

- L'écart médian de la couverture santé maternelle et néonatale dans les 36 pays du GFF entre les femmes ayant un diplôme d'études secondaires et celles sans éducation est **de 23 points de pourcentage.** Cette fourchette est de 7 points de pourcentage en Sierra Leone, au Burkina Faso et au Libéria, et de 57 points en Indonésie



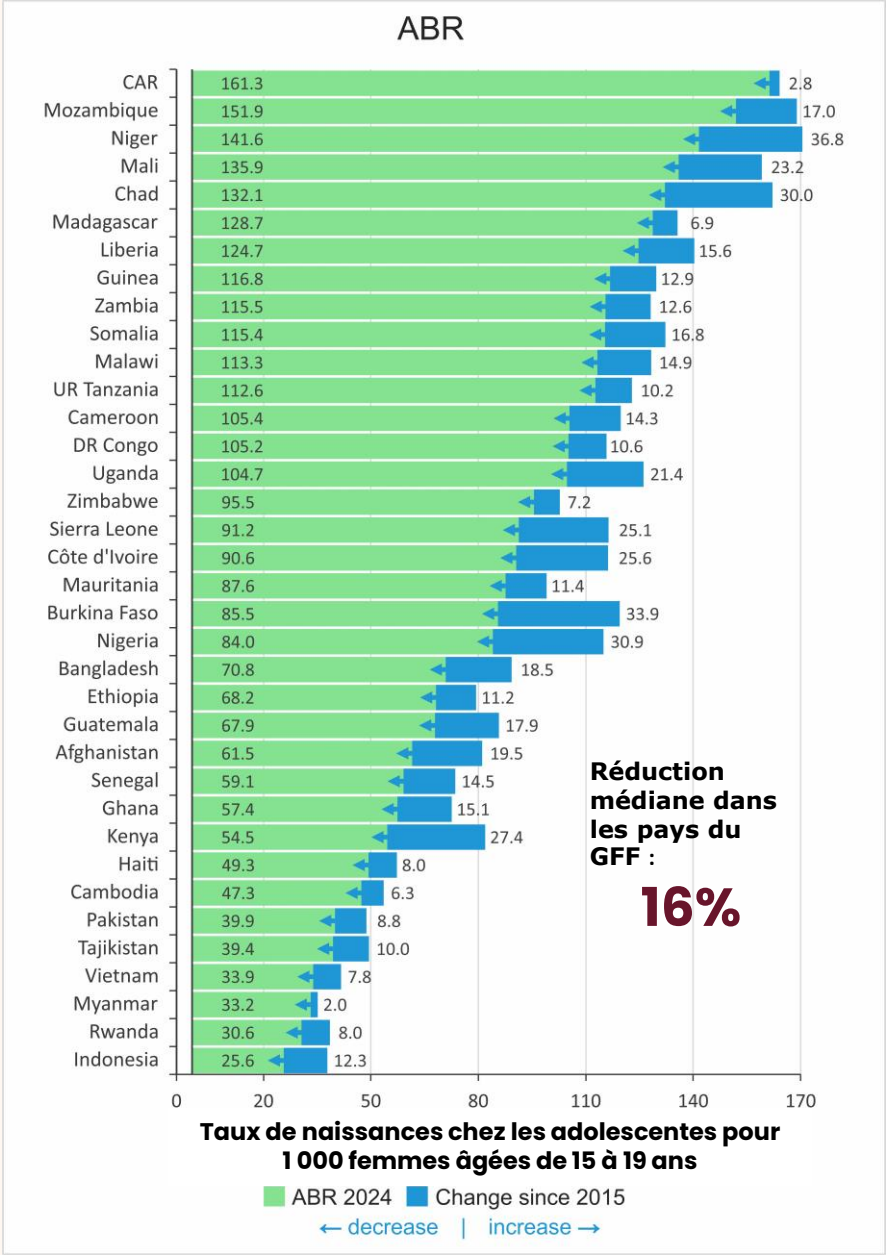
Données non disponibles pour la RCA, la Somalie et le Vietnam.

Analyses de l'ICEH, Université fédérale de Pelotas, Brésil ; source des données : base de données ICEH

Usage officiel
Official Use Only

Le taux de naissance chez les adolescentes (TNA) a diminué dans tous les pays du GFF, mais les progrès doivent s'accélérer

- La réduction des niveaux élevés de fécondité chez les adolescentes améliorera leur santé et leurs perspectives d'avenir, ainsi que la santé et le développement de leurs enfants
- Tous les pays GFF ont réduit leur TNA, **allant de 1,7 % à 33,5 %.** La réduction médiane dans les pays partenaires du GFF est de 16 %, contre une réduction mondiale de 17 %
- **15 pays** avaient encore un TNA supérieur à 100 naissances pour 1 000 femmes âgées de 15 à 19 ans, **dont 6** sont FCS (liste pour 2026)
- La baisse entre 2015 et 2024 a été **plus lente** dans les pays FCS (réduction médiane de 14 %) que dans les pays non-FCS (19 %)
- En 2024, le TNA médian dans les pays du GFF était de 89,1 naissances pour 1 000 adolescentes âgées de 15 à 19 ans, soit **2,3 fois supérieur** au TNA mondial de 38
- Le rapport de l'IG sur la santé des adolescents analyse cet indicateur clé de la santé des adolescents, ainsi que d'autres, de manière plus approfondie



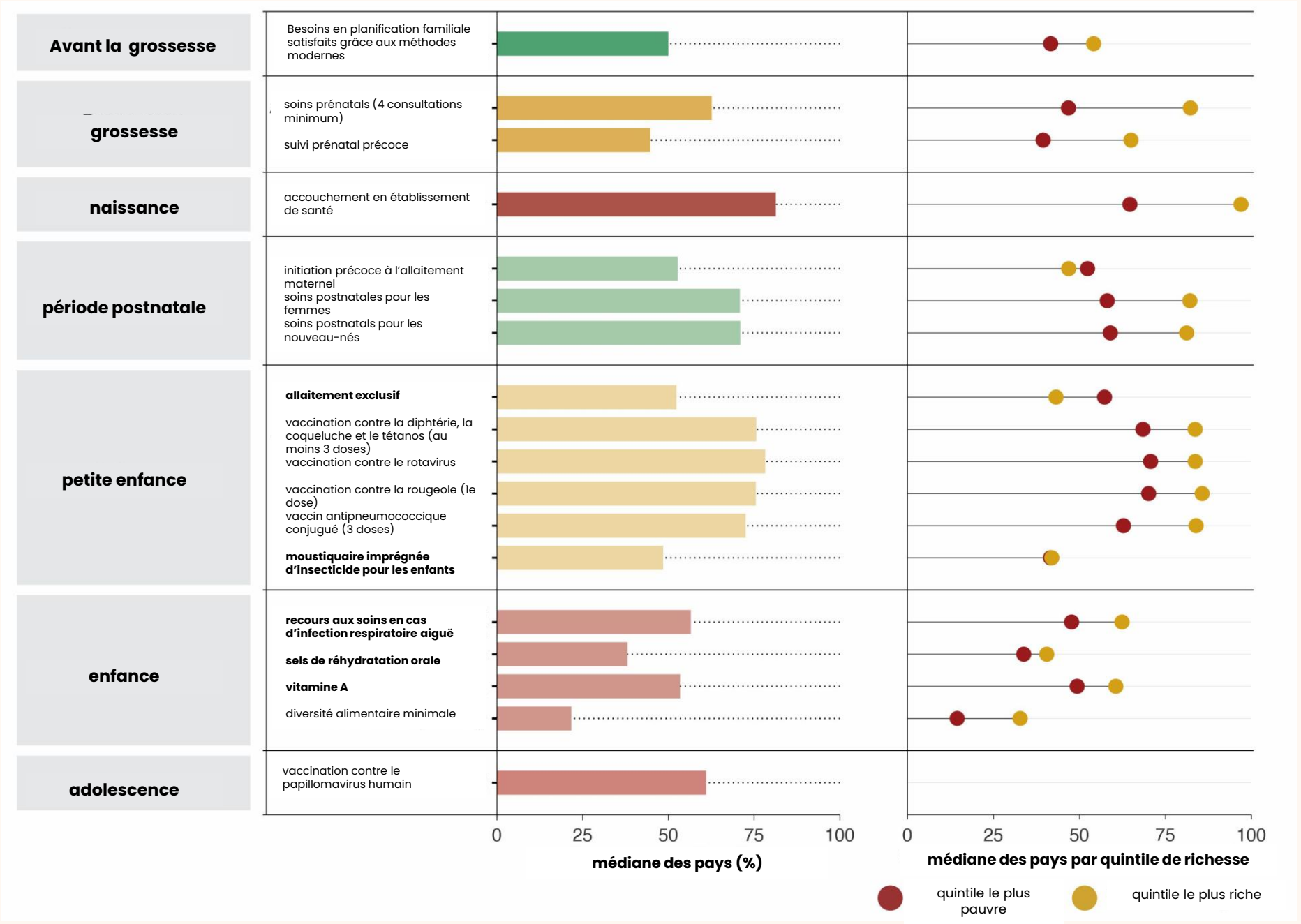
Source des données : World Population Prospects 2024, Nations Unies (ONU), éditeur UN population
Analyse de l'ICEH, Université fédérale de Pelotas, Brésil

Usage officiel
Official Use Only

Progrès dans la prestation de services dans les pays du GFF : la couverture au sein du continuum de SRMNEA-N varie, avec des inégalités persistantes

- La couverture médiane nationale la plus élevée concerne les accouchement de santé et la vaccination infantile, montrant qu'une mise à l'échelle est possible dans les pays du GFF
- Pour toutes les interventions, exception faite des moustiquaires imprégnées d'insecticide (MII) et de l'initiation précoce à l'allaitement maternel, la couverture est nettement plus élevée chez les plus riches

Tous les pays disposant de données d'enquête disponibles depuis 2015 (année médiane 2021).



Données non disponibles pour la Somalie. Analyses de l' ICEH, Université fédérale de Pelotas, Brésil ; source des données ICEH : base de données

Usage officiel
Official Use Only

POURTANT… les pays partenaires du GFF continuent d'accélérer la prestation des services clés, atteignant des millions de femmes, d'enfants et d'adolescents

Indicateur	Total de bénéficiaires atteints	Bénéficiaires supplémentaires atteints
Nombre d'utilisateurs de contraceptifs modernes (PF)	**154,2 millions** de bénéficiaires en 2026	**▲ 4,7 millions** supplémentaires en 2026
Nombre d'enfants ayant reçu 3 doses du vaccin DPT3	**351,9 millions** de bénéficiaires cumulés, de la référence à 2025	**▲ 44,0 millions** vaccinés en 2025
Nombre de grossesses non désirées évitées grâce à la satisfaction de la demande en contraceptifs	**377,3 millions** de bénéficiaires cumulés jusqu'en 2025	**▲ 54,5 millions** de grossesses non désirées évitées en 2026
Nombre de femmes bénéficiant de CPN4+	**188,1 millions** de bénéficiaires cumulées, jusqu'en 2025	**▲ 28,1 millions** reçues en 2025
Nombre de femmes bénéficiant de soins à l'accouchement sécurisés	**233,4 millions** de bénéficiaires cumulées, jusqu'en 2025	**▲ 38,4 millions** reçus en 2025

Messages clés

4,7 millions d'utilisateurs supplémentaires de la planification familiale (PF), le plus grand gain annuel de la période stratégique, pour un total de 154,2 millions d'utilisateurs.

44,0 millions d'enfants ayant reçu 3 doses du vaccin DPT3, 351,9 millions depuis la phase initiale.

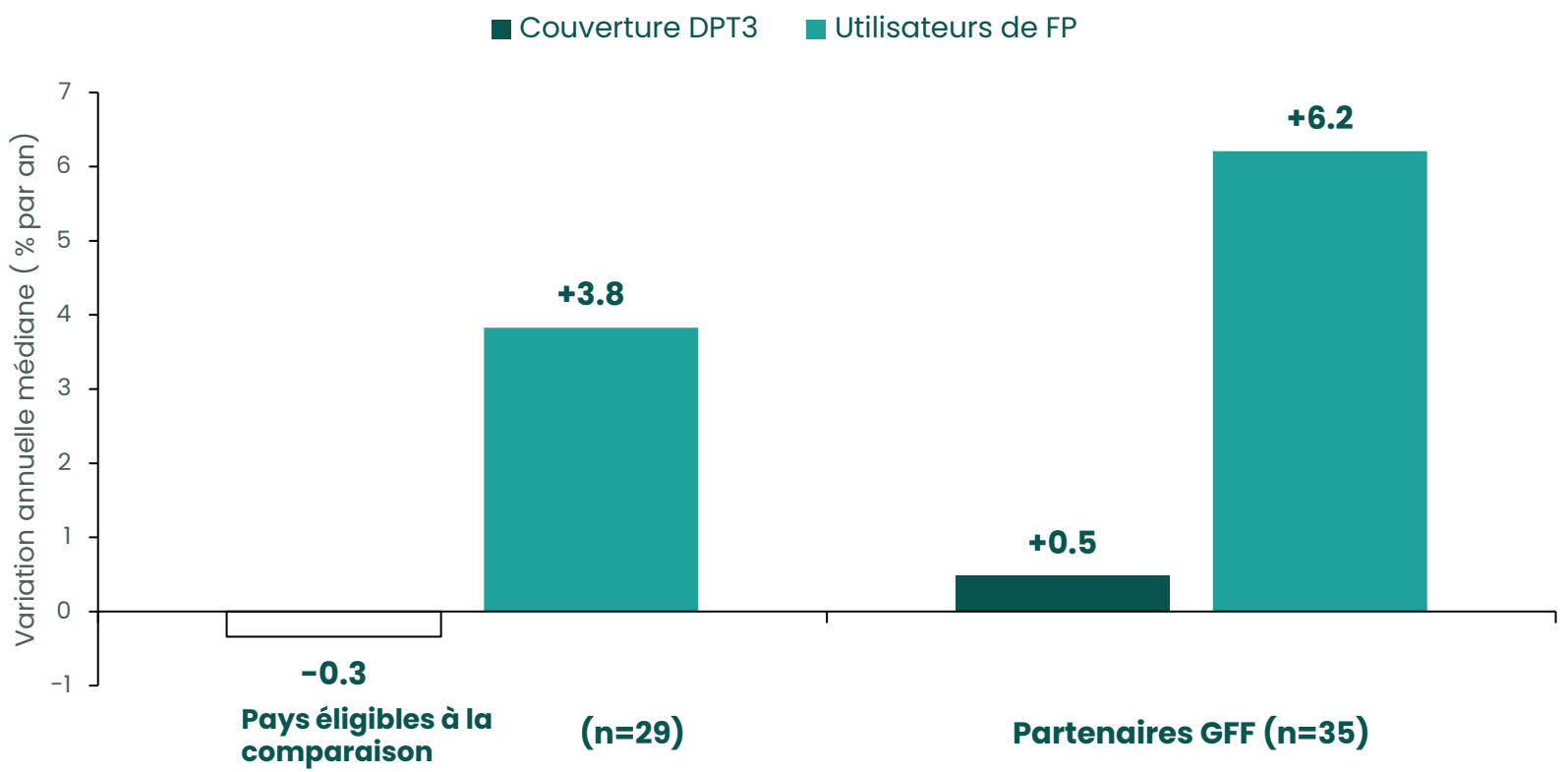
54,5 millions de grossesses non désirées évitées en répondant à la demande contraceptive.

38,4 millions de femmes ont bénéficié de soins à l'accouchement sécurisés et 28,1 millions de CPN4+, contre respectivement 31 millions et 28 millions en 2024 (233,4 millions et 188,1 millions au total).

- **N.B. :** Les chiffres de FP sont préliminaires (FP2030 FPET du 31 juillet 2026 ; 14 pays en attente des dernières campagnes par pays). La référence est l'année précédant le début de la mise en œuvre dans chaque pays. Les grossesses non désirées excluent le Myanmar. CPN et accouchements sécurisés : le Vietnam était inclus les années précédentes ; Le Myanmar et le Vietnam sont exclus de l'analyse 2026. Les données PF correspondent au milieu de l'année 2026. Les données sur la vaccination, les CPN et les soins à l'accouchement sécurisés se réfèrent à 2025.

Usage officiel
Official Use Only

De leur côté, les pays partenaires du GFF continuent d'étendre la prestation de services à un rythme plus soutenu que les autres pays présentant des niveaux de mortalité similaires



Messages clés

Le nombre d'utilisateurs de contraceptifs modernes dans les pays partenaires du GFF augmente de 6,2 % par an, soit 1,6 fois le taux observé dans des pays comparables (3,8 %).

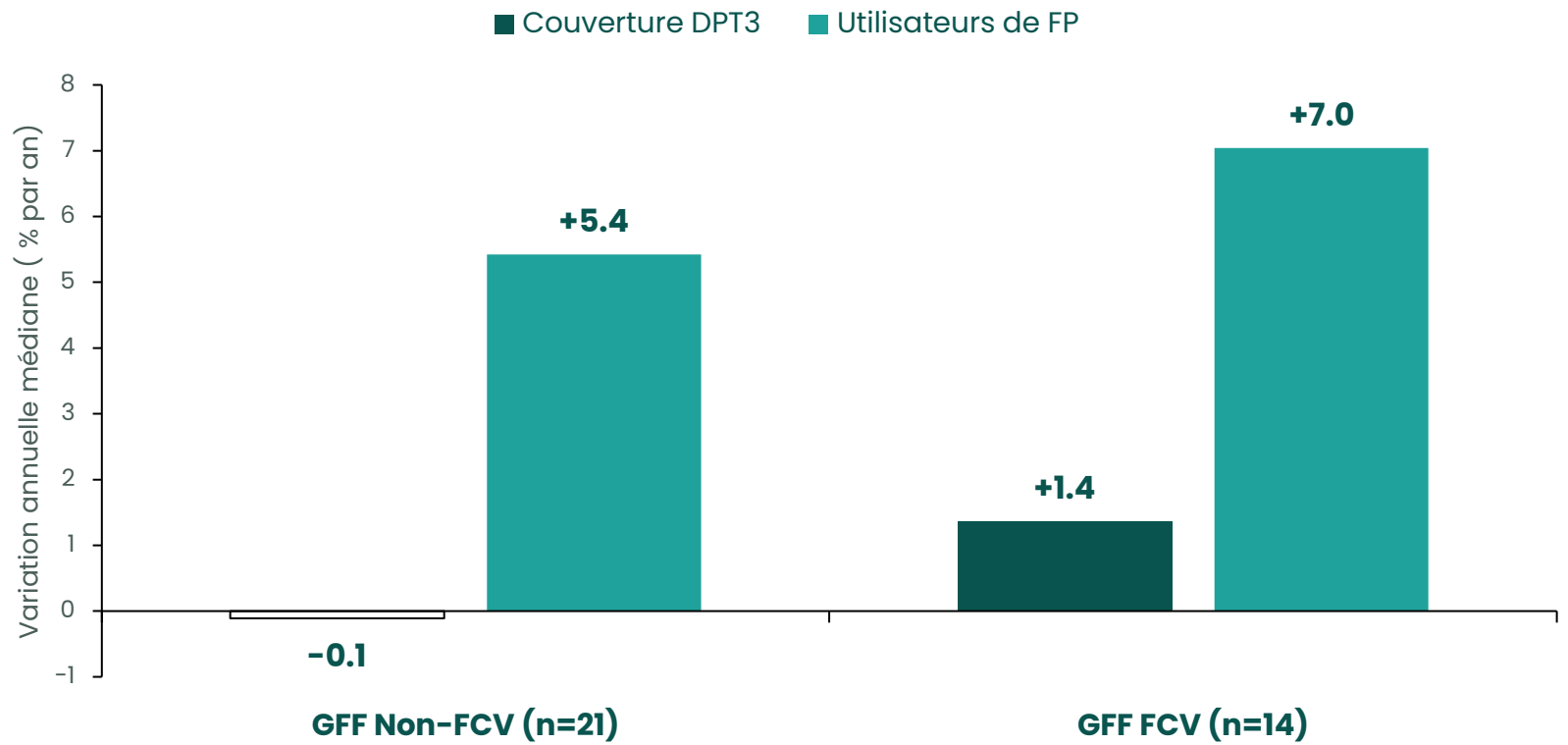
La couverture DPT3 augmente lentement dans les pays partenaires du GFF, alors qu'elle **diminue dans les pays éligibles** qui n'ont pas été soutenus.

- *N.B. : Les niveaux de couverture de DTP3 étaient plus élevés au départ comparés à la PF, ce qui contribue en partie à la lenteur des progrès .*
- *Variation relative annuelle médiane par rapport à la référence de chaque pays (GFF : année avant la mise en œuvre, plancher à 2015 ; pays de comparaison : fixe 2016/17).*

Sources : FP2030 FPET préliminaire (31 juillet 2026) ; RÉVISION WUENIC DE L'OMS/UNICEF 2025.

Usage officiel
Official Use Only

Les pays FCV du GFF développent la prestation de services plus rapidement que les pays non-FCV du GFF



Messages clés

Les pays partenaires fragiles et affectés par des conflits enregistrent les plus fortes progressions du portefeuille, avec une augmentation de la couverture DPT3 de 1,4 % et de l'utilisation de contraceptifs de 7,0 % par an.

Dans les pays fragiles en dehors du partenariat, la couverture DPT3 reste inférieure à ses niveaux de 2016

La fragilité n'est pas un obstacle au progrès lorsque le financement et les plateformes nationales sont en place.

- *Les niveaux de couverture de base sont plus élevés pour certains pays non-FCV que pour les pays FCV, ce qui contribue dans certains cas à un taux de variation plus lent par rapport aux pays FCV.*
- *FCV selon la liste FCS de la Banque mondiale pour l'exercice 2026 (la République du Congo et le Yémen ont été reclassés dans la catégorie des pays FCV) : 14 FCV et 21 partenaires non-FCV. Même lecture que la diapositive précédente ; mêmes sources que la diapositive précédente.*

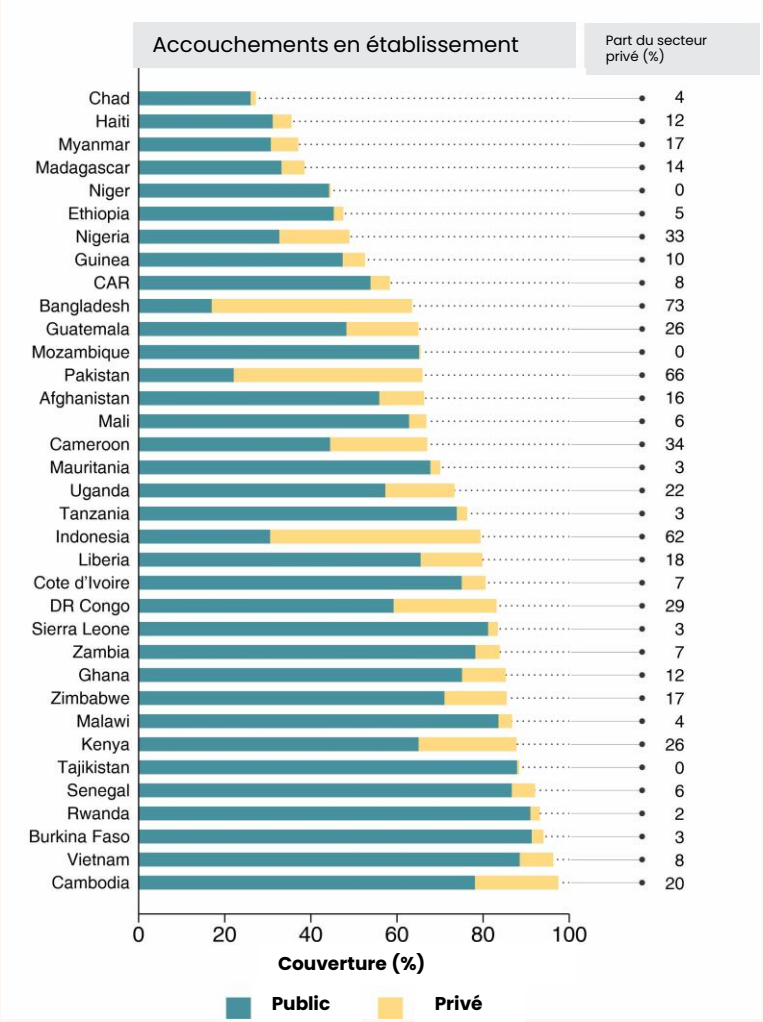
Usage officiel
Official Use Only

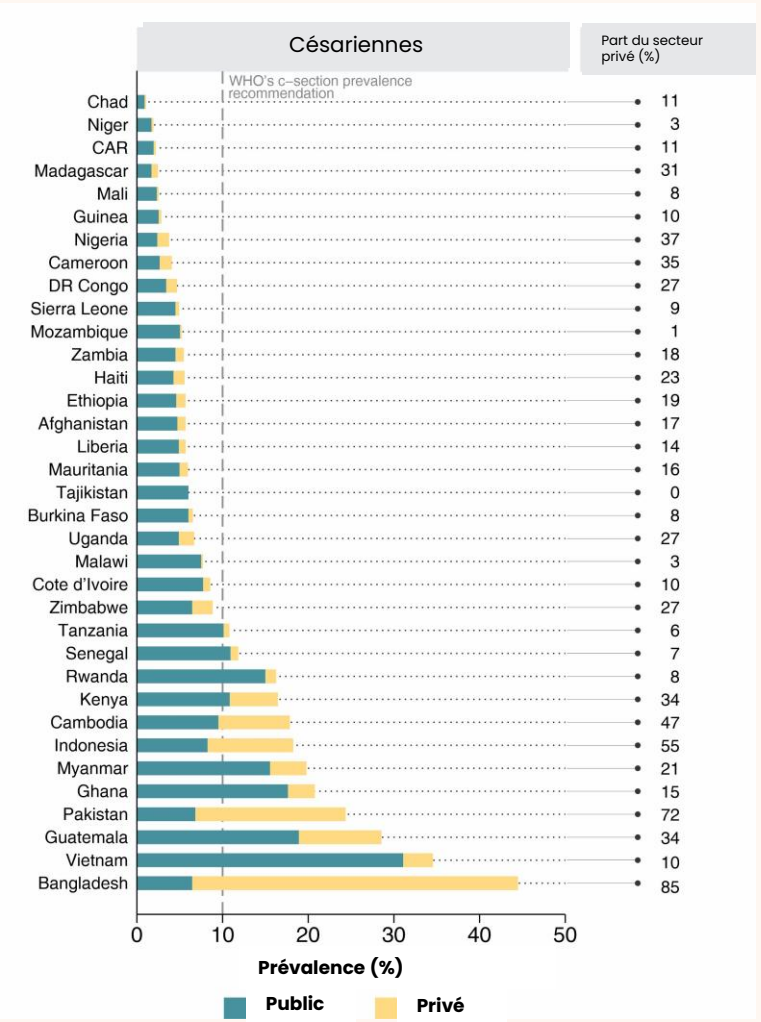
Le rôle du secteur privé dans la prestation de services varie selon les pays du GFF mais il demeure important dans nombre d'entre eux

- La part médiane du secteur privé dans la pratique de césariennes est **de 16 %, allant de 0 % au Tadjikistan à 85 % au Bangladesh**. Dans 11 pays du GFF, la part du secteur privé dépasse un quart.

- La part médiane du secteur privé dans les accouchements en établissement est similaire, à **14 %, avec des taux allant de 0 % au Tadjikistan, au Mozambique et au Niger à un sommet de 72 %** au Bangladesh. Dans six pays, la proportion dépasse un quart.

- Si le secteur privé permet d'élargir l'accès aux services, il nécessite cependant une étroite collaboration avec le gouvernement.



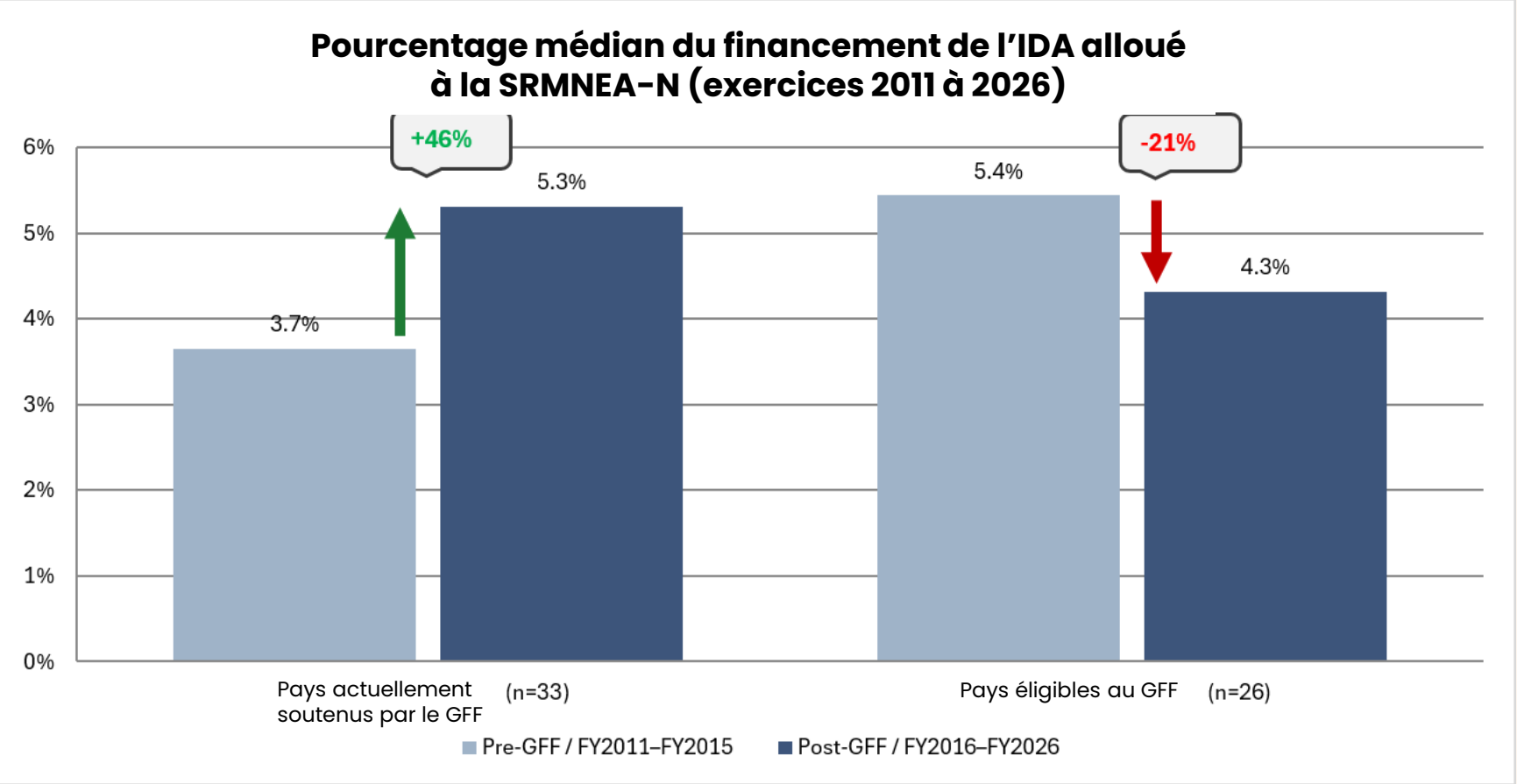


Données non disponibles pour la Somalie. Analyses de l' ICEH, Université fédérale de Pelotas, Brésil ; source des données : base de données ICEH

Usage officiel
Official Use Only

Les pays soutenus par le GFF ont considérablement accru l'allocation de l'IDA destinée à la SRMNEA-N, tandis que les pays éligibles ont réduit leur investissement dans ce domaine

- Depuis leur engagement avec le GFF, les pays partenaires ont **accru de 46 % le recours au financement de l'IDA pour la SRMNEA-N,** par rapport au niveau observé avant le partenariat
- À l'inverse, les pays éligibles au GFF ne bénéficiant pas encore de son appui **ont réduit de 21 % leur utilisation du financement de l'IDA.**
- Les pays partenaires du GFF ont **engagé 10,2 milliards de dollars USD de l'IDA en faveur de la SRMNEA-N** depuis leur adhésion au GFF.



N.B. : Cette analyse repose sur la classification des pays soutenus par le GFF et des pays éligibles mais non encore soutenus, au titre de la stratégie 2021-2025. Par conséquent, le nouveau projet du Bénin cofinancé par le GFF est inclus dans le groupe « éligible au GFF » plutôt que dans le groupe « actuellement soutenu par le GFF ». L'année prochaine, les catégories seront mises à jour pour refléter les évolutions de l'éligibilité des pays et du soutien à la nouvelle période stratégique.

Usage officiel
Official Use Only

Clôture des KPI de la période stratégique précédente

Usage officiel
uniquement
Official Use Only

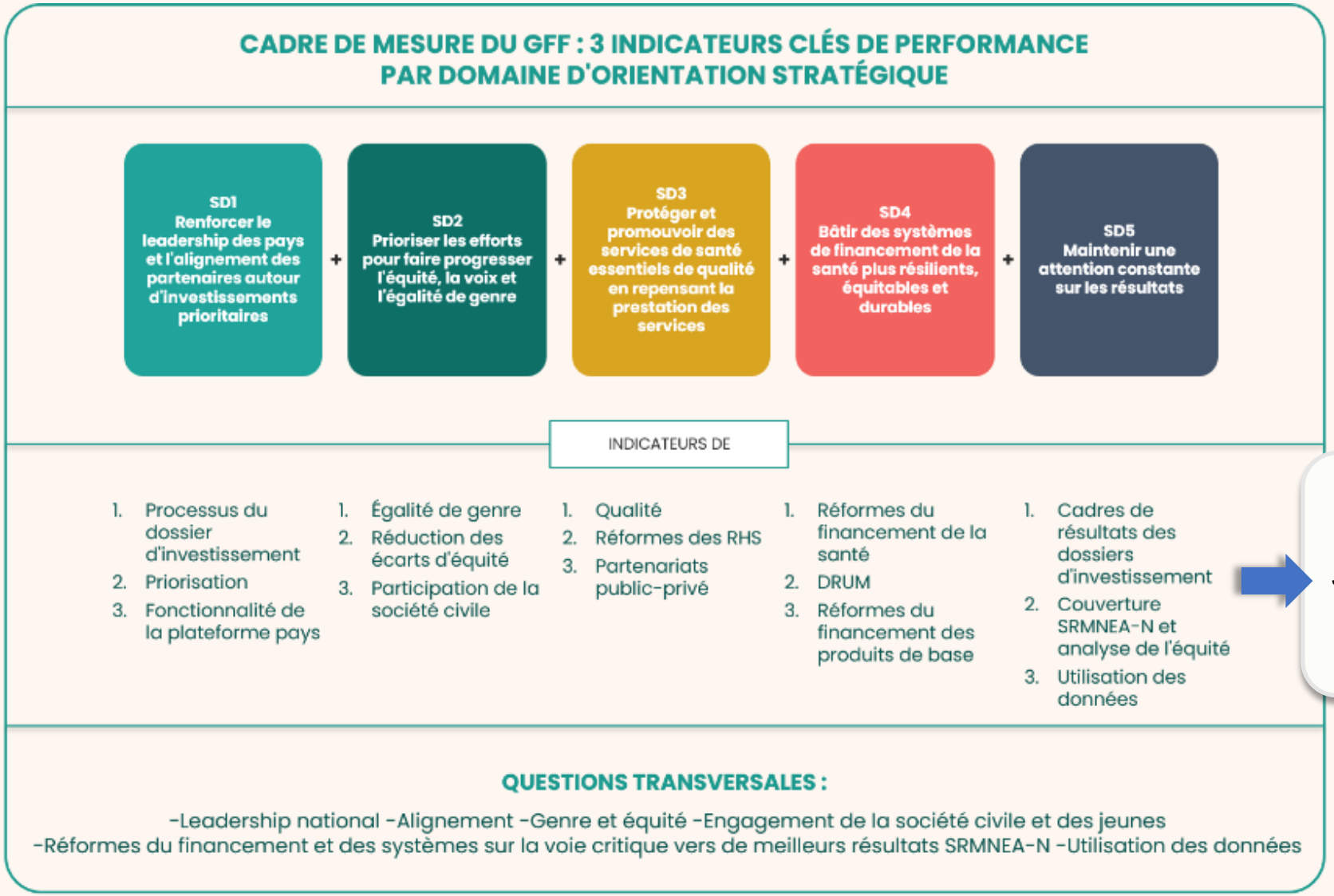
Mesure de la contribution du GFF aux résultats des pays : les ICP de la stratégie 2021–2025

Comparé à l'analyse des années précédentes, **qu'est-ce qui reste inchangé cette année** ?

- Définition des KPI et méthodologie identiques
- La période de référence couvre les exercices budgétaires de la Banque mondiale plutôt que les années civiles ; ainsi, 2026 fait référence à l'exercice 2026, soit de juillet 2025 à juin 2026
- Le Myanmar est exclu en raison d'un manque d'engagement actif pendant la majeure partie de la période de rapport

Qu'est-ce qui est différent cette année ?

- Le dernier point de données pour l'exercice 2026 est ajouté, offrant une première occasion d'examiner les séries chronologiques sur trois ans pour conclure la stratégie précédente
- Le Vietnam a disparu de l'analyse depuis que son partenariat a pris fin et qu'aucune donnée n'est disponible pour l'exercice 2026. Afin d'assurer une comparaison équitable, un même groupe de 34 pays est utilisé pour chacune des trois années présentées (c'est-à-dire les 36 moins le Vietnam et le Myanmar)



Usage officiel
Official Use Only

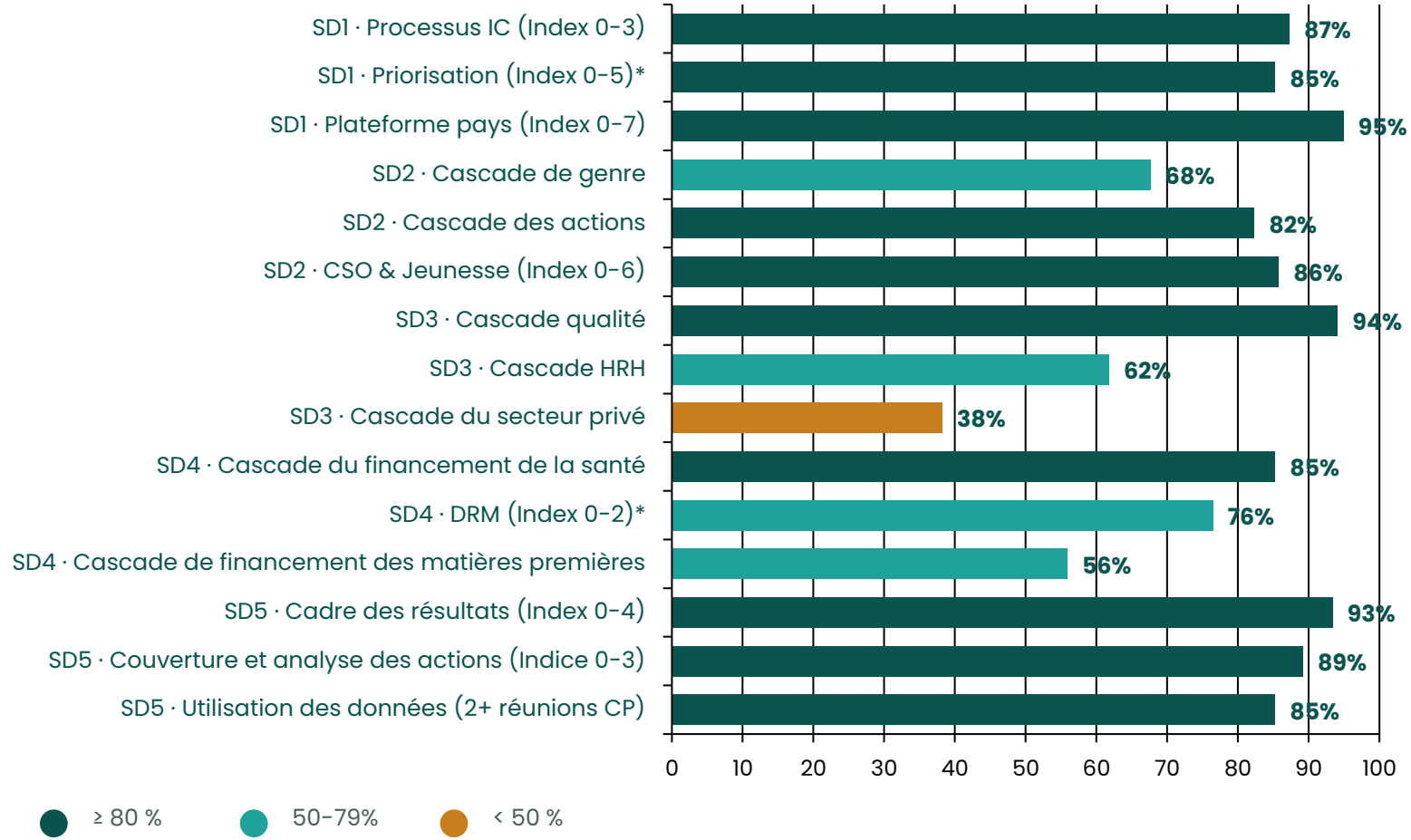
La synthèse générale du tableau de bord des KPI présente la situation à la fin de la période stratégique

Messages clés

Les 15 indicateurs clés de performance (KPI) ont tous clôturé la période stratégique en hausse par rapport à l'exercice 2024, et 10 obtiennent 80 % ou plus.

La stratégie a contribué à renforcer les systèmes des pays et leurs processus : l'amélioration des plateformes pays, de la qualité des soins, du financement de la santé, de la mesure des résultats et de l'utilisation des données fournit des bases solides aux pays à l'aube de la nouvelle période stratégique « Cap sur 2030 ».

Les domaines affichant les scores les plus faibles correspondent à des domaines d'intervention plus récents du GFF, et auxquels la nouvelle stratégie accorde une importance accrue : le secteur privé, les personnels de santé, le financement sensible au genre et des produits de santé.



Précision : * une fois par cycle stratégique, réalisations poursuivies (priorisation : critères 1 à 4 ; critère 5 annuel). Tous les autres KPI présentent la valeur annuelle pour l'exercice 2026 ; les pays ayant un DI en cours ou de moins d'un an conservent les réponses du cycle précédent lorsque la réponse actuelle est négative. Cascades = part des pays obtenant des résultats mesurables ; indices = score moyen exprimé en proportion du score maximum. n = 34.

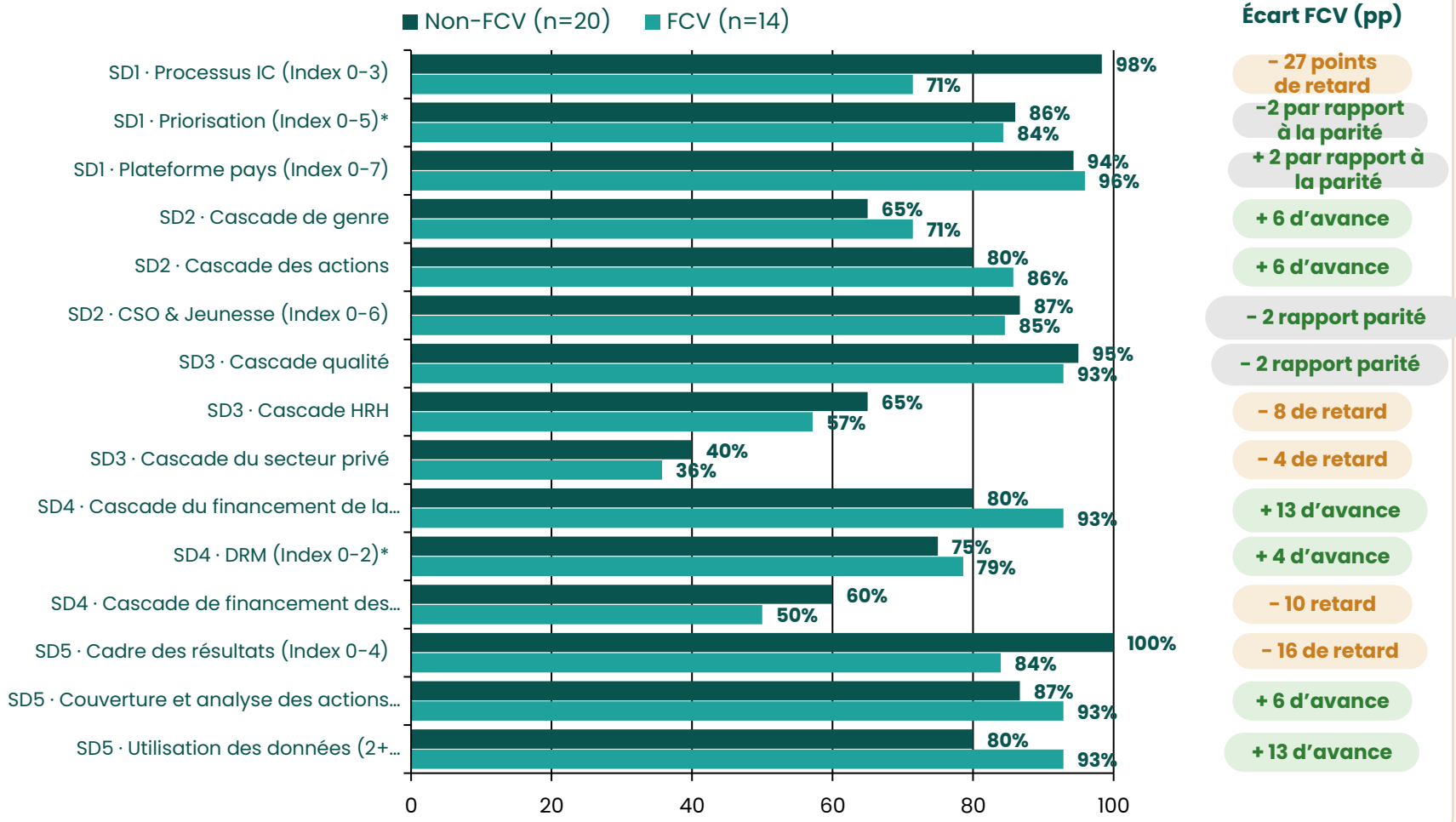
Usage officiel
Official Use Only

Répartition des valeurs des KPI selon le contexte FCV

Messages clés

Les pays partenaires FCV obtiennent des résultats équivalents ou supérieurs aux pays non-FCV sur 10 des 15 ICP, notamment sur la qualité des soins (93 % contre 95 %), le financement de la santé (93 % contre 80 %), l'utilisation des données (93 % contre 80 %), le genre (71 % contre 65 %) et DRUM (79 % contre 75 %).

Des lacunes subsistent dans **le processus de DI** (71 % contre 98 %), **le financement des produits de santé** (50 % contre 60 %), **les cadres de résultats** (84 % contre 100 %), **les personnels de santé** (57 % contre 65 %) et **le secteur privé** (36 % contre 40 %), où l'espace fiscal et la capacité institutionnelle constituent souvent des contraintes.



N.B. : 14 pays FCV et 20 pays non-FCV (liste FCS de la Banque mondiale pour l'exercice 2026). Valeurs de l'exercice 2026 ; * une fois par cycle stratégique (cumulatif), tous les autres ICP étant annuels, cf. les diapositives des ICP. Parité = à moins de 2 points de pourcentage de la parité.

Usage officiel
Official Use Only

La comparaison des valeurs finales des KPI avec les années précédentes révèle des progrès sur la période stratégique

	KPI	ex. 2024	ex. 2025	ex. 2026
SD1	KPI 1 : processus du dossier d'investissement (DI)	76 %	84 %	**87 %**
SD1	KPI 2 : priorisation (indice)	79 %	83 %	**85 %**
SD1	KPI 3 : fonctionnement de la plateforme pays	89 %	92 %	**95 %**
SD2	KPI 4 : cascade du genre	21 %	38 %	**68 %**
SD2	KPI 5 : cascade de l'équité	50 %	65 %	**82 %**
SD2	KPI 6 : organisations de la société civile (OSC) et des jeunes	75 %	83 %	**86 %**
SD3	KPI 7 : cascade qualité	76 %	79 %	**94 %**
SD3	KPI 8 : cascade des ressources humaines en santé (RHS)	41 %	47 %	**62 %**
SD3	KPI 9 : secteur privé	24 %	26 %	**38 %**
SD4	KPI 10 : réformes du financement de la santé	76 %	82 %	**85 %**
SD4	KPI 11 : mobilisation et utilisation des ressources nationales (DRUM)	71 %	72 %	**76 %**
SD4	KPI 12 : financement des produits de santé	41 %	44 %	**56 %**
SD5	KPI 13 : cadre de résultats	82 %	93 %	**93 %**
SD5	KPI 14 : couverture & analyse de l'équité	81 %	86 %	**89 %**
SD5	KPI 15 : utilisation des données lors de 2 réunions ou plus des plateformes pays (CP)	62 %	85 %	**85 %**

Les 15 KPI sont tous plus élevés pour l'exercice 2026 que pour l'ex. 2024. Aucun KPI n'a chuté entre les exercices 2025 et 2026 ; les cadres de résultats et l'utilisation des données sont restés stables, tout comme le critère de priorisation des plans opérationnels annuels (74 %). N = 34 pour chaque cycle ; les critères de priorisation 1 à 4 du KPI 2 et KPI 11 DRM sont comptabilisés une fois par cycle stratégique. Le Myanmar et le Vietnam sont exclus de l'analyse afin de garantir la comparabilité directe des valeurs d'une année à l'autre.

Usage officiel
uniquement
Internal Only

SD1 : renforcer le leadership des pays

Usage officiel

KPI 1

Processus du dossier d'investissement (DI)

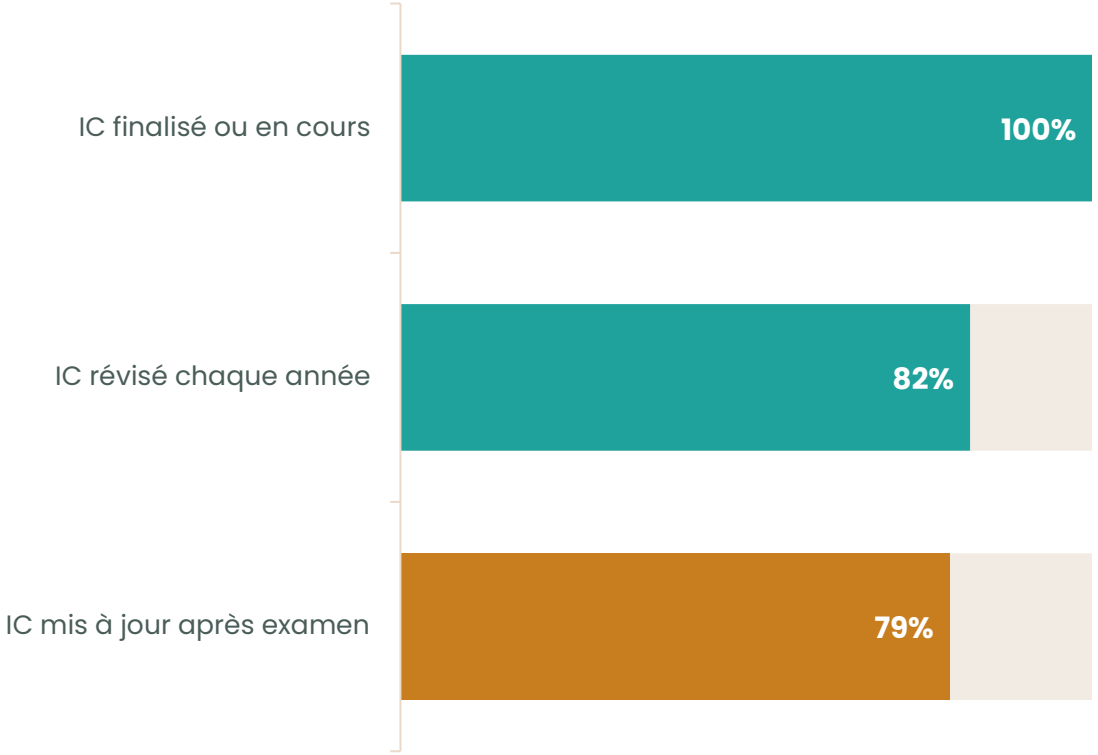
Indice, score sur 3 · Indicateur annuel

87 %

Valeur pour l'exercice 2026

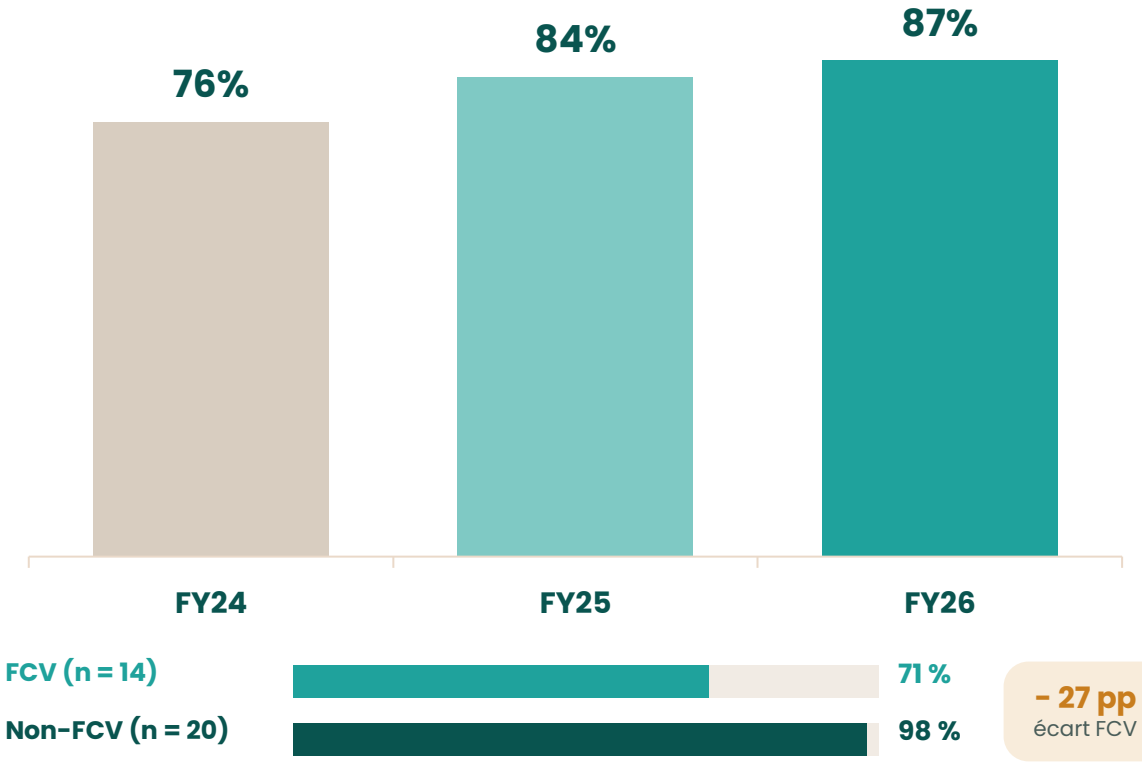
Critères remplis, exercice 2026

% des 34 pays partenaires



VALEUR ANNUELLE pour chaque cycle de suivi

▲ + 11 pp par rapport à l'exercice 2024



Les scores du processus d'élaboration des DI ont augmenté, passant de 76 % à 87 % sur les trois cycles de suivi. Les 34 pays ont tous un DI finalisé ou en cours ; l'évaluation annuelle (82 %) et la mise à jour (79 %) constituent les lacunes restantes. Les pays FCV sont en retard (71 % contre 98 %).

Les pays ayant un IC en cours ou de moins d'un an conservent leur réponse du tour précédent là où la réponse actuelle est négative. n = 34 à chaque tour.

Usage officiel uniquement
Official Use Only

KPI 2 Priorisation de la SRMNEA-N dans la planification et la budgétisation

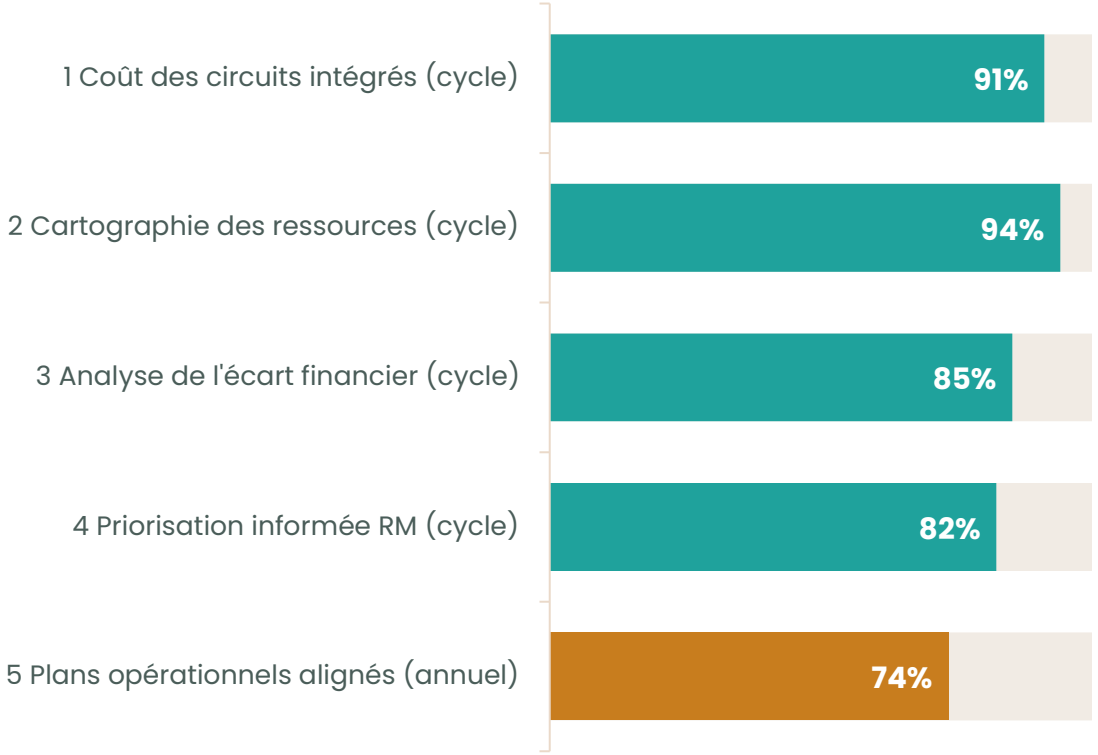
Indice, score sur 5 · critères 1 à 4 une fois par cycle stratégique, critère 5 annuel

85 %

Indice de l'exercice 2026

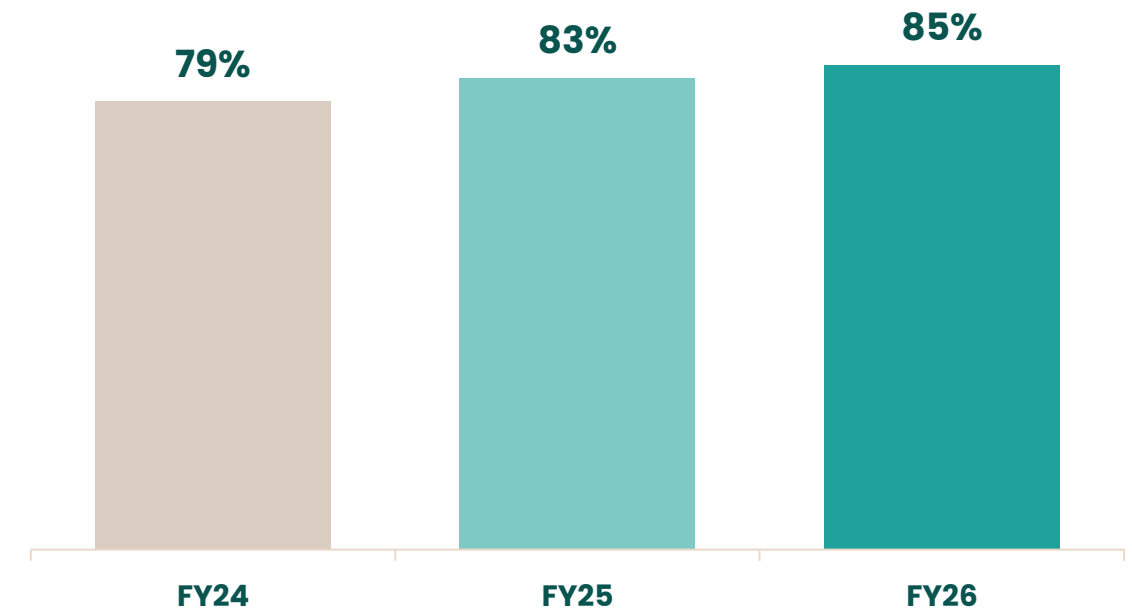
Critères remplis, exercice 2026

% des 34 pays partenaires



Critères 1 à 4 COMBINÉS (cumulatifs), critère 5 annuel

▲ **+ 6 pp** par rapport à l'exercice 2024





- 2 pp
rapport parité

La priorisation s'est renforcée sur la période stratégique, passant de 79 % à 85 %. Les critères 1 à 4 sont crédités une fois atteints et varient de 82 % à 94 %. Les plans opérationnels alignés sur l'enveloppe des ressources, le seul critère annuel, sont passés de 68 % pour l'exercice 2024 à 74 % pour l'exercice 2025 et se sont maintenus en 2026. RM = Cartographie des ressources.

Les critères 1 à 4 sont crédités dès qu'ils sont remplis lors de quelque cycle que ce soit. Critère 5 évalué annuellement, avec DI en cours / nouvel ajustement du DI. n = 34 à chaque cycle.

Usage officiel uniquement
Official Use Only

KPI 3

Efficacité de la plateforme pays

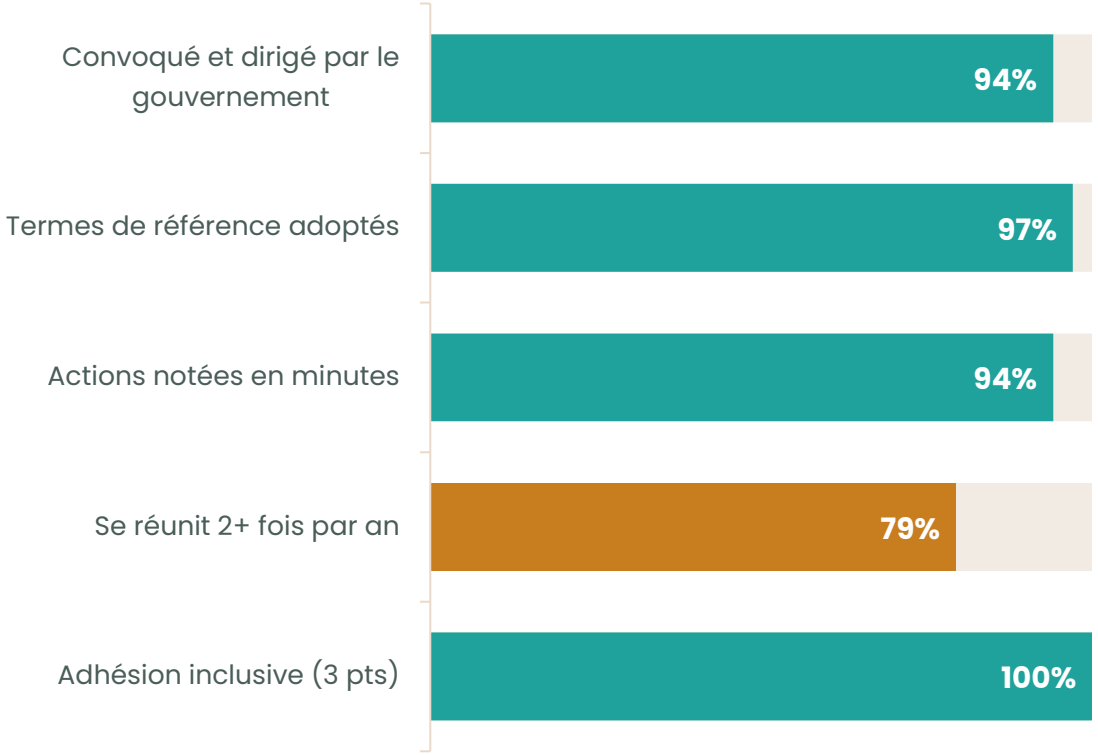
Indice, score sur 7 (adhésion inclusive = 3 points) · Indicateur annuel

95 %

Valeur pour l'exercice 2026

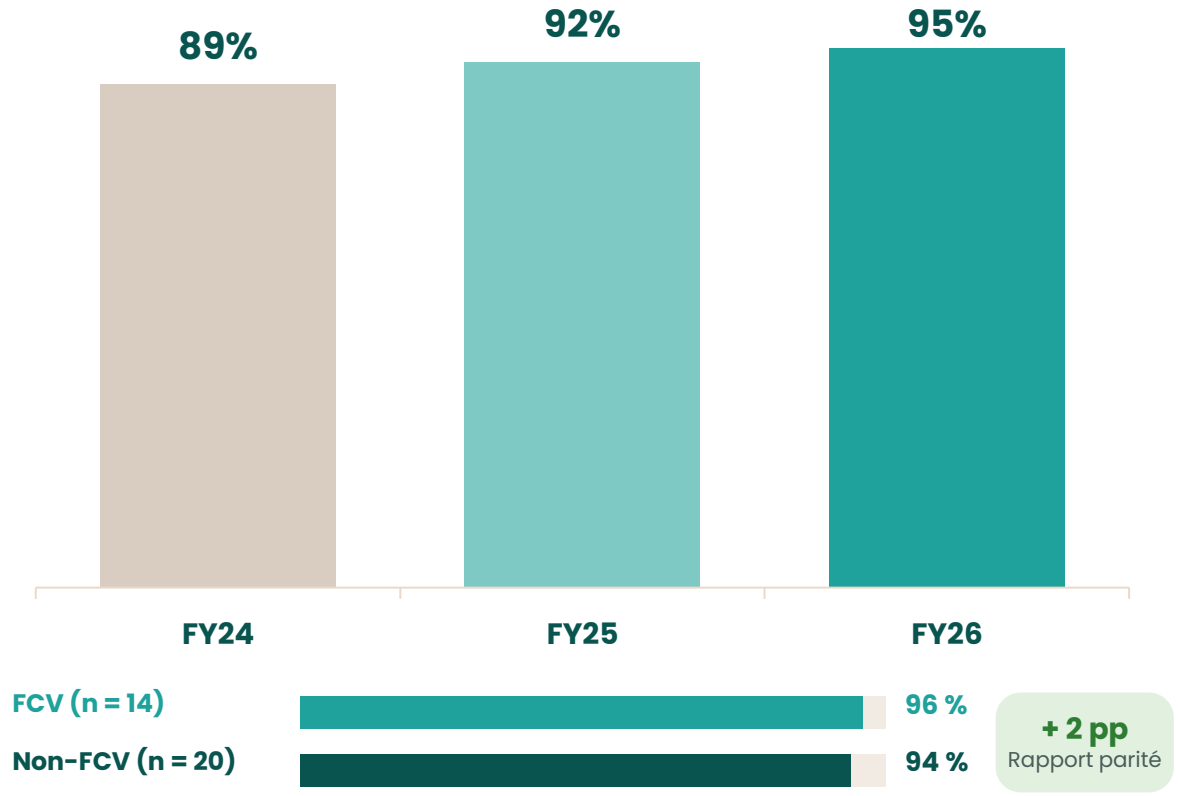
Critères remplis, exercice 2026

% des 34 pays partenaires



VALEUR ANNUELLE pour chaque cycle de suivi

▲ **+ 6 pp** par rapport à l'exercice 2024



Le fonctionnement des plateformes pays s'est amélioré à chaque cycle, passant de 89 % à 95 %. Presque toutes les plateformes sont sous le leadership du gouvernement, disposent de termes de référence validés et consignent les mesures prises dans leurs comptes rendus ; la fréquence des réunions est l'élément le moins performant : seules 79 % des plateformes se sont réunies au moins deux fois au cours de l'année écoulée.

Les pays ayant un DI en cours ou de moins d'un an conservent leurs réponses du cycle précédent lorsque la réponse actuelle est négative. n = 34 à chaque cycle.

Usage officiel uniquement
Official Use Only

SD1 : Comment utilisons-nous la nouvelle stratégie pour combler les lacunes et renforcer le modèle du GFF ?

Mesure	Progrès au cours de l'année écoulée
Renforcement des dossiers d'investissement (DI)	A soutenu la Côte d'Ivoire, la Guinée et l'Ouganda pour achever de nouveaux DI, avec un soutien en cours au Bénin, au Burkina Faso, au Libéria, au Mozambique et au Zimbabwe pour les CI dont l'achèvement est prévu prochainement. Pour chaque DI, le GFF a apporté un soutien supplémentaire afin de renforcer la priorisation dans le cadre pluriannuel du DI, ainsi que les processus de révision et de mise à jour annuelles.
Renforcement de la priorisation	A soutenu 20 pays pour qu'ils utilisent la CRSD/RMET et FASTR de manière systématique, orientant ainsi la priorisation des ressources basée sur des données probantes et les réformes des systèmes de santé. Ceci est d'autant plus important dans le contexte actuel de coupes importantes dans les financements extérieurs consacrés à la santé. Ces coupes et l'incertitude sur la disponibilité des ressources entravent considérablement la capacité des pays à aligner leurs plans chiffrés et priorisés sur l'enveloppe des financements disponibles. Il s'agit du début d'un effort pluriannuel qui se poursuivra tout au long de la période stratégique, conformément au troisième axe stratégique.
Mise à l'échelle du nouveau rôle de coordinateur pays du GFF (GCC)	Mise à jour du modèle GCC terminée, avec un nouveau périmètre de responsabilités et un rôle à temps plein, davantage intégré aux structures institutionnelles. Nouveau mécanisme de retour d'information en place. Nouveau modèle GCC désormais entièrement étendu à l'ensemble du portefeuille.
Déploiement de la nouvelle approche d'évaluation des plateforme pays à grande échelle	À l'issue de la phase pilote du projet en 2025, une nouvelle approche d'évaluation a été étendue à l'ensemble du portefeuille en 2026. Sur les 37 pays actuellement soutenus par le GFF, 3 arrivent au terme de leur accompagnement sans que leurs plateformes aient été évaluées (Guatemala, Vietnam, Indonésie), et 4 sont en train de mettre en place ou de modifier leur plateforme (Bangladesh, Bénin, Mali, Myanmar). Les évaluations dans les 30 pays restants devraient être achevées d'ici la fin de l'année, conformément au calendrier prévu.

SD2 : prioriser les efforts pour faire progresser la participation, l'équité et l'égalité de genre

Usage officiel
Official Use Only

KPI 4 Mesures visant à réduire les écarts de genre

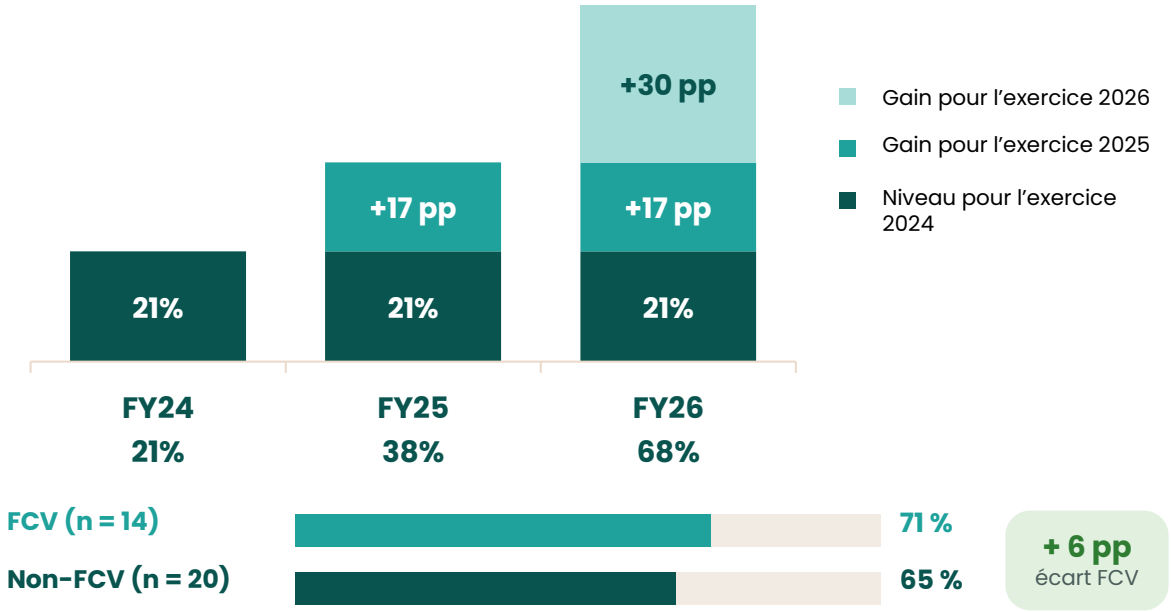
Atteint = progrès mesurables, ou les quatre critères remplis · valeur annuelle

68 %

23 des 34 pays, exercice 2026

Valeur ANNUELLE pour chaque cycle, cumulée par gain annuel

▲ **+ 47 pp** par rapport à l'exercice 2024



+ 6 pp
écart FCV

Ce qui a changé au cours de l'exercice 2026

▲ **Nouveaux résultats mesurables obtenus au cours du dernier exercice : 10 pays** (bilan net : 13 → 23 sur 34, + 30 pp)

Tchad, Haïti, Madagascar, Malawi, Mali, Mauritanie, Pakistan, Rwanda, Sénégal, Somalie

▼ **Aucun pays ayant atteint cet objectif lors de l'exercice 2025 n'a régressé lors de l'exercice 2026**

Exemples de pays

Tchad FCV

Le projet de renforcement de la performance du système de santé a formé les agents de santé de première ligne à identifier et à répondre à la violence basée sur le genre. Ils ont également eu recours à des incitations financières fondées sur la performance pour renforcer la qualité des soins aux survivants. En 2 ans, le nombre de survivants aux violences basées sur le genre ayant reçu des soins de la part d'un agent de santé formé est passé de 21 559 à 123 301

Source : soumission ICP 2026

Sénégal

Le projet cofinancé par la BM / le GFF a renforcé la sécurité financière et l'accessibilité des soins de santé pour les femmes en accordant des transferts d'argent à 44 276 femmes enceintes vulnérables et en versant des primes d'assurance maladie à 96 138 femmes. Il a également permis à 35 994 adolescentes de recevoir des bourses, des kits de dignité, des espaces sûrs et un soutien social pour prévenir le mariage des enfants

Source : soumission ICP 2026

Au cours de l'exercice 2026, 68 % des pays (23 sur 34) ont fait état de progrès mesurables en termes d'égalité de genre, contre 21 % pour l'exercice 2024. Dix pays qui n'avaient pas atteint cet objectif au cours de l'exercice 2025 l'ont atteint en 2026, et aucun pays n'a enregistré de recul sur cet indice. Tous les pays ont donné la priorité au genre ; l'écart restant réside dans la traduction de la mise en œuvre en résultats mesurables dans 11 pays.

Les pays ayant un DI en cours ou de moins d'un an conservent leurs réponses du cycle précédent lorsque la réponse actuelle est négative. n = 34 pour chaque cycle.

Usage officiel uniquement
Official Use Only

KPI 5 Mesures visant à réduire les écarts d'équité

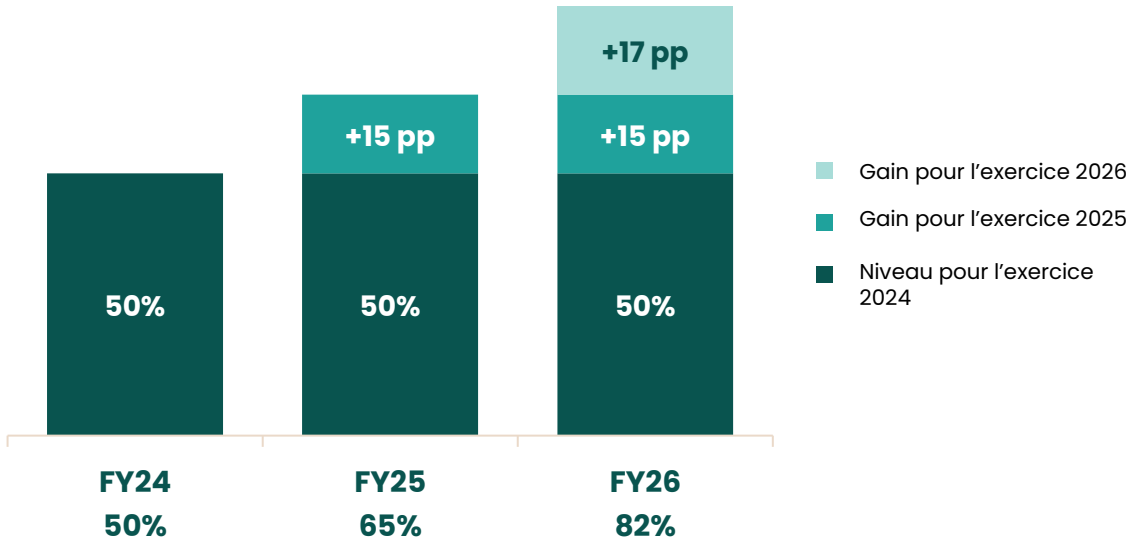
Atteint = progrès mesurables, ou les quatre critères remplis · valeur annuelle

82 %

28 des 34 pays, exercice 2026

Valeur ANNUELLE pour chaque cycle, cumulée par gain annuel

▲ **+ 32 pp** par rapport à l'exercice 2024





+ 6 pp
écart FCV

Ce qui a changé au cours de l'exercice 2026

▲ **Nouveaux résultats mesurables obtenus au cours du dernier exercice : 7 pays** (bilan net : 22 → 28 sur 34, + 17 pp)

Éthiopie, Ghana, Madagascar, Pakistan, Sierra Leone, Somalie, Ouganda

▼ **Atteint durant l'exercice 2025, mais pas au cours de l'exercice 2026 : 1 pays**

Guinée

Exemples de pays

Madagascar

En juin 2026, 353 389 femmes enceintes, jeunes et enfants de moins de cinq ans vivant dans les districts à forte mortalité bénéficiaient de mécanismes de protection financière (capitation, soins gratuits avec financement basé sur la performance) dans le cadre du projet cofinancé par la BM / le GFF. Les projets pilotes de protection financière par capitation à Manabe et Atsimo Andrefana, ainsi que les services gratuits à Ihosy, orienteront les décisions d'investissement concernant les financements supplémentaires.

Source : soumission ICP 2026

Mauritanie

Le projet cofinancé par la BM / le GFF a permis d'améliorer la couverture auprès des réfugiés et d'autres populations cibles entre 2025 et 2026. Chez les femmes réfugiées enceintes, les accouchements en établissement ont augmenté de 72 % à 84 %, tandis que les nouvelles utilisatrices de contraceptifs ont presque doublé, passant de 1 137 à 2 221. Les CPN4 chez les femmes réfugiées enceintes a plus que doublé, passant de 852 à 1 880, et les mères réfugiées recevant deux visites postnatales ont augmenté de 84 %, passant de 1 475 à 2 712

Source : soumission ICP 2026

Au cours de l'exercice 2026, 82 % des pays (28 sur 34) ont rapporté des progrès mesurables en matière d'équité, contre 50 % en 2024. Sept pays qui n'avaient pas atteint cet objectif au cours de l'exercice 2025 l'ont atteint en 2026, tandis que la Guinée a enregistré un recul. Les pays FCV obtiennent des scores plus élevés (86 % contre 80 %).

Les pays ayant un DI en cours ou de moins d'un an conservent leurs réponses du cycle précédent lorsque la réponse actuelle est négative. n = 34 pour chaque cycle.

Usage officiel
Official Use Only

KPI 6 Participation des OSC et des jeunes

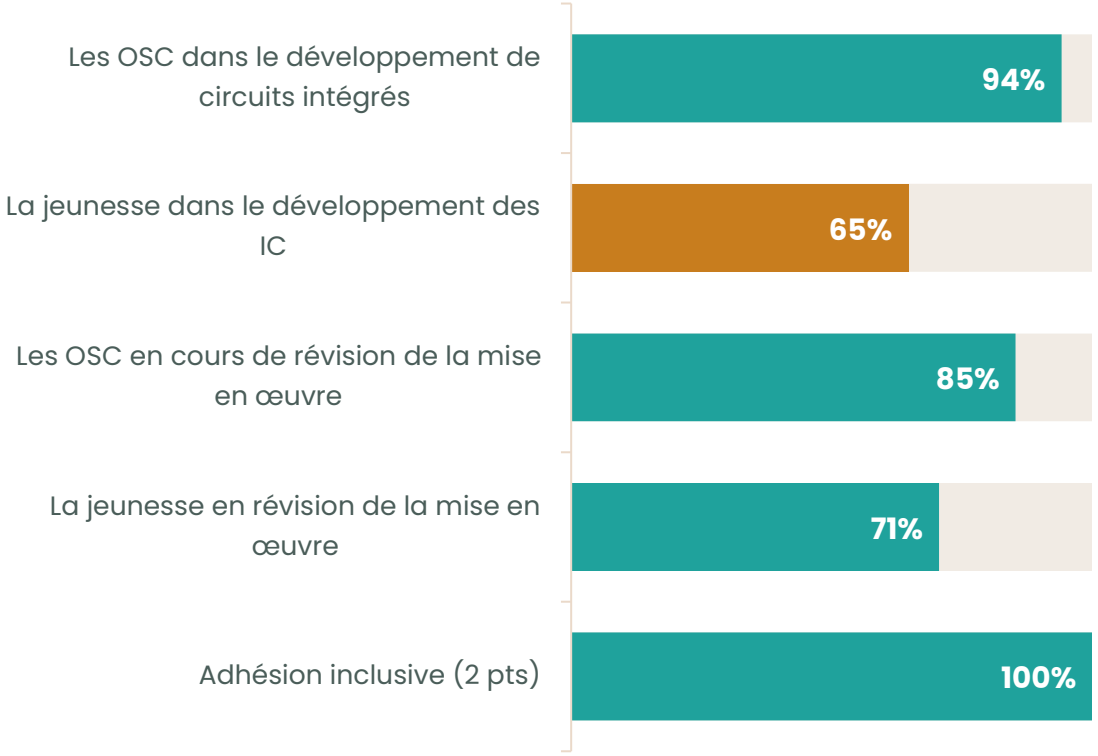
Indice, score sur 6 (adhésion inclusive = 2 points) · Indicateur annuel

86 %

Valeur pour l'exercice 2026

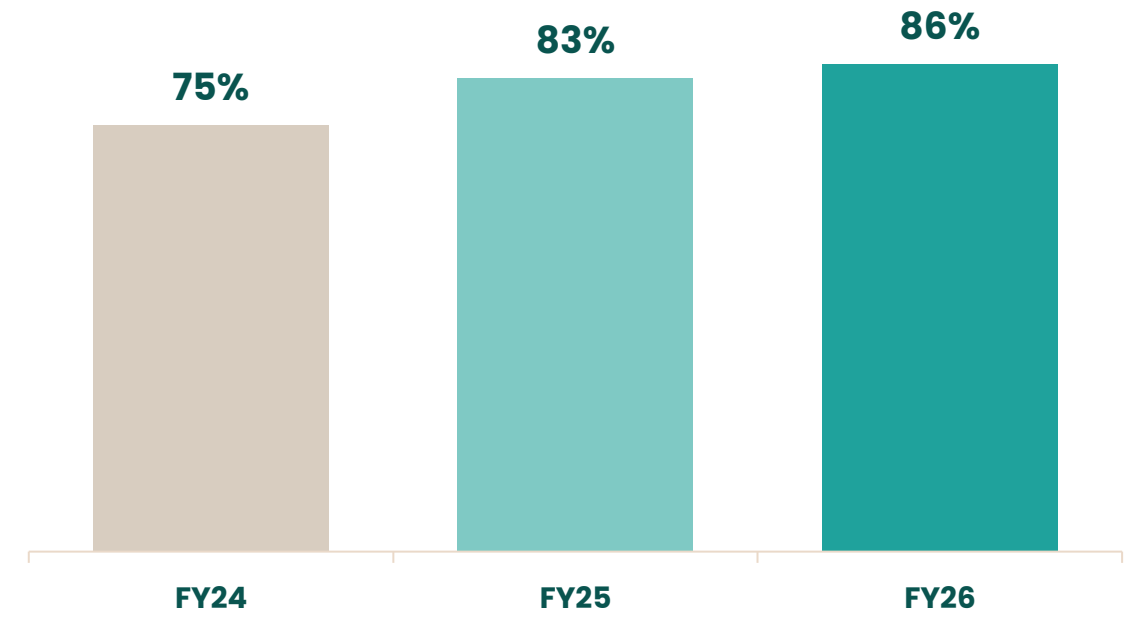
Critères remplis, exercice 2026

% des 34 pays partenaires



VALEUR ANNUELLE pour chaque cycle de suivi

▲ + 11 pp par rapport à l'exercice 2024





La participation des OSC et des jeunes est passés de 75 % à 86 %. La participation des OSC à l'élaboration des DI est quasi universelle (94 %) et elles sont fortement impliquées dans l'examen de la mise en œuvre (85 %) ; la participation des jeunes reste un point à améliorer (65 % et 71 %). Les pays FCV et non-FCV obtiennent des scores similaires (85 % et 87 %).

Les pays ayant un DI en cours ou de moins d'un an conservent leurs réponses du tour précédent lorsque la réponse actuelle est négative. n = 34 pour chaque cycle.

Usage officiel uniquement
Official Use Only

SD2 : Comment utilisons-nous la nouvelle stratégie pour combler les lacunes et renforcer le modèle du GFF ?

Mesure	Progrès au cours de l'année écoulée
Renforcement de la mesure et de la redevabilité concernant l'égalité de genre	Alors que la stratégie précédente ne comptait qu'un ICP de genre, la GFF en compte désormais 4, soit un mesurant l'intégration de la dimension de genre au sein de chaque axe stratégique, et un ICP transversal. Cela met l'accent sur les résultats mesurables et renforce la redevabilité sur le travail du GFF pour améliorer l'égalité de genre et contribuer à satisfaire les besoins des femmes et des filles. Le GFF a également mis en place des diagnostics de genre et devrait dépasser son objectif de 10 atteints cette année.
Volonté accrue de faire bénéficier davantage d'adolescentes de services de DSSR	Soutien à grande échelle pour la santé des adolescents et les DSSR. Sur les 48 opérations cofinancées par le GFF et en cours à la fin de l'exercice 2026, 28 investissent directement dans la santé des adolescents, notamment pour 6 des 8 projets validés depuis janvier. 25 des 28 projets actifs se concentrent spécifiquement sur les DSSR chez les adolescents. Les 3 projets restants portent sur la nutrition des adolescents. Le GFF fournit désormais un soutien lié au cancer du col de l'utérus dans 8 pays.
Approfondissement du partenariat avec le nouveau programme d'autonomisation et de résilience des filles d'Afrique de l'Est	A assuré le cofinancement et l'assistance technique dans le cadre du programme d'autonomisation et de résilience des filles d'Afrique de l'Est (EAGER). A mené conjointement des analyses et collaboré avec le nouveau centre de ressources sur les données probantes du programme (*Evidence Hub* – en anglais) afin d'analyser comment les aspirations des adolescentes et des jeunes femmes à exercer dans le secteur de la santé se heurtent aux obstacles rencontrés tout au long du parcours éducatif et jusqu'à l'emploi, et de déterminer les leviers potentiels pour les investissements du GFF et de la Banque mondiale.
Mise à l'échelle des diagnostics pays sur l'équité des actions par pays à l'échelle	A achevé les diagnostics pays d'équité dans l'ensemble des pays partenaires actuels disposant de données d'enquête, ainsi que pour les nouveaux pays partenaires avec lesquels le GFF commence à collaborer. Le GFF soutient de manière systématique l'utilisation de ces indices dans l'élaboration des DI, la préparation des projets et la priorisation face aux chocs.
Renforcement du cadre d'engagement des CSO et des jeunes	A soutenu deux consortiums CSO pour gérer des sous-subventions sur la mobilisation des ressources domestiques et la santé des adolescents, renforcer la capacité des bénéficiaires à s'engager dans les processus politiques et budgétaires, utiliser les données et les preuves, et promouvoir l'apprentissage entre pairs et les échanges Sud-Sud tout en recueillant et partageant les leçons apprises et les bonnes pratiques. Grâce à ADLAB, le GFF a également renforcé la participation des jeunes à la conception, à la conduite et à l'utilisation de la recherche sur la mise en œuvre, afin d'améliorer la conception des programmes de santé et leur adaptation aux besoins des adolescents.

uniquement

SD3 : protéger et promouvoir des services de santé de qualité

Usage officiel
Official Only

KPI 7 Mesures visant à améliorer la qualité des soins

Atteint = progrès mesurables, ou les quatre critères remplis · valeur annuelle

94 %

32 des 34 pays, exercice 2026

Valeur ANNUELLE pour chaque cycle, cumulée par gain annuel

▲ **+ 18 points** par rapport à l'exercice 2024





- 2 pp rapport parité

Ce qui a changé au cours de l'exercice 2026

▲ Atteint durant l'exercice 2026, mais pas durant l'exercice 2025 : 7 pays
(bilan net 27 → 32 sur 34, + 15 pp)
Haïti, Kenya, Madagascar, Pakistan, Rwanda, Sénégal, Tadjikistan

▼ Atteint durant l'ex. 2025, mais pas au cours de l'ex. 2026 : 2 pays
RCA, Guinée

Exemples de pays

Afghanistan

Le projet cofinancé par la BM / le GFF s'est doté d'indicateurs de qualité des soins et d'un suivi régulier des performances de routine pour renforcer la prestation des services dans les établissements de soins de santé primaires et hôpitaux associés. En 2025, la valeur de l'indicateur a atteint 66 %. Celui-ci porte sur les établissements de santé ciblés comptant au moins deux agents de santé formés aux soins essentiels au nouveau-né, ainsi que sur les unités spécialisées de soins néonatals de niveau 2 offrant une assistance respiratoire par ventilation à pression positive continue (CPAP). Le score de qualité dans les établissements est resté stable, à 53 % entre 2024 et 2025, mais les données préliminaires pour 2026 indiquent une augmentation à 63 %.

Source : soumission ICP 2026

Tchad

Le projet de renforcement de la performance du système de santé a mis l'accent sur les fiches de qualité et la vérification du financement basé sur la performance afin de passer d'une approche centrée sur les intrants vers une approche privilégiant les résultats. Entre mars 2024 et mars 2026, le score moyen de qualité des établissements de santé est passé de 74,5 % à 81,2 %, et la proportion des hôpitaux de district et provinciaux obtenant au moins 80 % lors de l'évaluation de la qualité des services de maternité est passée de 62 % à 96 %. Les visites de supervision faisant l'objet d'une documentation numérique sont passées de 390 à 701.

Source : soumission ICP 2026

Au cours de l'exercice 2026, 94 % des pays (32 sur 34) ont fait état de progrès mesurables en matière de qualité des soins, contre 76 % en 2024. Sept pays qui n'avaient pas atteint cet objectif au cours de l'exercice 2025 l'ont atteint en 2026, tandis que la RCA et la Guinée ont connu un recul. Les pays FCV et non-FCV ont obtenu des résultats similaires (93 % et 95 %).

Les pays ayant un DI en cours ou de moins d'un an conservent leurs réponses du cycle précédent lorsque la réponse actuelle est négative. n = 34 pour chaque cycle.

Usage officiel uniquement
Official Use Only

KPI 8 Mesures visant à améliorer les ressources humaines en santé (RHS)

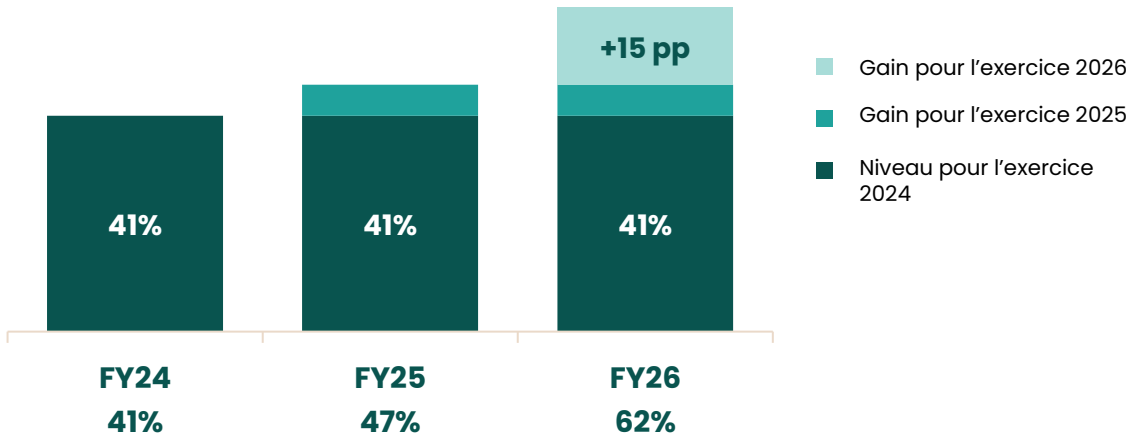
Atteint = progrès mesurables, ou les quatre critères remplis · valeur annuelle

62 %

21 des 34 pays, exercice 2026

Valeur ANNUELLE pour chaque cycle, cumulée par gain annuel

▲ **+ 21 pp** par rapport à l'exercice 2024





- 8 pp
écart FCV

Ce qui a changé au cours de l'exercice 2026

▲ Atteint durant l'ex. 2026, mais pas durant l'ex. 2025 : 5 pays (bilan net 16 → 21 sur 34, + 15 pp)

Ghana, Kenya, Mali, Nigéria, Pakistan

▼ Aucun pays ayant atteint cet objectif durant l'exercice 2025 n'a régressé durant l'exercice 2026

Exemples de pays

Pakistan

Plus de 20 000 agents de santé communautaires ont été embauchés et déployés au Pendjab ; des modules de formation et d'évaluation basés sur les compétences ont été développés au KP, au Pendjab et au Sindh.

Source : soumission ICP 2026

Nigéria FCV

Le programme des agents de santé communautaires a été repensé et est en cours de déploiement, avec un indicateur basé sur les résultats qui finance les visites des agents de santé communautaires fournissant des services de nutrition, de santé maternelle et infantile à domicile.

Source : soumission ICP 2026

L'atteinte des objectifs par les personnels de santé a augmenté, passant de 41 % à 62 % (21 sur 34 pays). La quasi-totalité des pays priorisent et mettent en œuvre des réformes de HRS (97 % et 91 %) ; les progrès mesurables restent insuffisants et les pays FCV accusent un retard (57 % contre 65 %).

Les pays ayant un DI en cours ou de moins d'un an conservent leurs réponses du cycle précédent lorsque la réponse actuelle est négative. n = 34 pour chaque cycle.

Usage officiel uniquement
Official Use Only

KPI 9 Participation du secteur privé

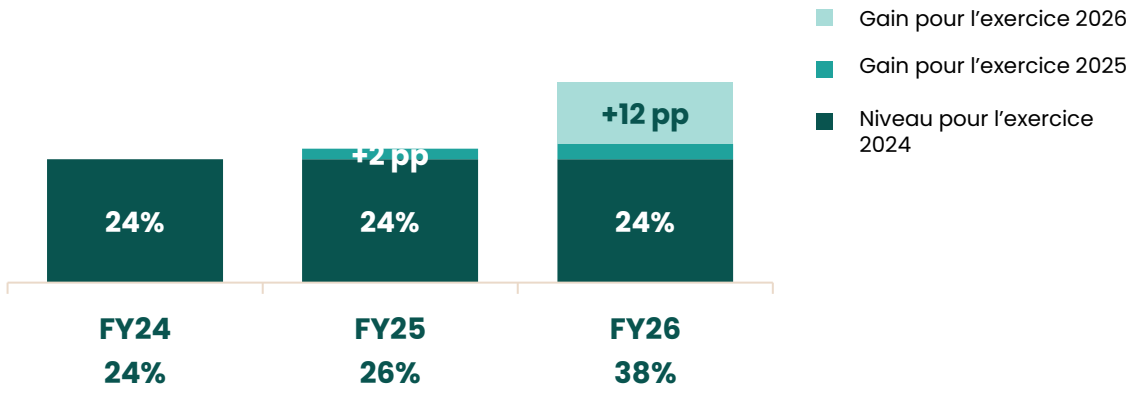
Atteint = progrès mesurables, ou les quatre critères remplis · valeur annuelle

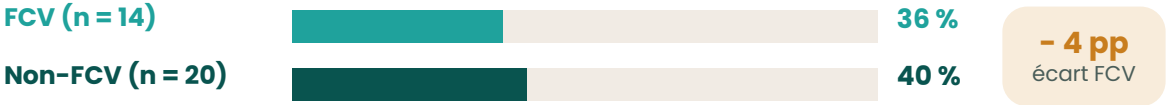
38 %

13 des 34 pays, exercice 2026

Valeur ANNUELLE pour chaque cycle, cumulée par gain annuel

▲ **+ 14 pp** par rapport à l'exercice 2024





- 4 pp
écart FCV

Ce qui a changé au cours de l'exercice 2026

▲ Atteint durant l'exercice 2026, mais pas durant l'ex. 2025 : 5 pays (bilan net 9 → 13 sur 34, + 12 pp)

RCA, Kenya, Malawi, Mali, Tanzanie

▼ Atteint durant l'ex. 2025, mais pas au cours de l'ex. 2026 : 1 pays

Madagascar

Exemples de pays

Malawi

Le ministère de la Santé a signé des accords de niveau de service avec l'association chrétienne de santé du Malawi, dont les 175+ établissements délivrent 37 % des services, éliminant les frais à la charge des patients pour les soins de SRMNEA-N dans les zones mal desservies. Durant la crise budgétaire au Malawi, le soutien de la BM / du GFF a contribué à maintenir le financement et à conserver l'accès aux services essentiels de SRMNEA-N dans les zones mal desservies. Le GFF a soutenu l'intégration du partenariat au sein du système de santé élargi, notamment dans le cadre des processus de DI et de planification nationale du secteur de la santé axés sur un financement durable.

Source : soumission ICP 2026

RCA FCV

Les prestataires privés interviennent dans le cadre d'un dispositif de financement basé sur les résultats, et la prestation de services de SRMNEA-N privés est consignée séparément dans DHIS2, ce qui améliore la gestion des enjeux liés à l'équité géographique et aux objectifs de couverture dans la planification.

Source : soumission ICP 2026

L'engagement du secteur privé demeure le domaine où les résultats sont les plus faibles, avec 38 % pour l'exercice 2026 (13 sur 34), en amélioration par rapport à l'exercice 2024 (24 %). Cinq pays qui n'avaient pas atteint cet objectif au cours de l'exercice 2025 l'ont atteint en 2026 ; la moitié ont mis en place une approche de mesure (50 %). Les pays FCV accusent un retard (36 % contre 40 %).

Les pays ayant un DI en cours ou de moins d'un an conservent leurs réponses du cycle précédent lorsque la réponse actuelle est négative. n = 34 pour chaque cycle.

Usage officiel uniquement
Official Use Only

SD3 : Comment utilisons-nous la nouvelle stratégie pour combler les lacunes et renforcer le modèle du GFF ?

Mesure	Progrès au cours de l'année écoulée
Tirer parti de l'engagement de la Banque mondiale à étendre l'accès à des services de santé de qualité à 1,5 milliard de personnes d'ici 2030	A renforcé la collaboration avec les régions et unités globales de la BM afin de s'assurer que la composante qualité de l'objectif de 1,5 milliard de personnes soit mesurée avec précision et systématiquement atteinte. Les outils des projets de la BM / du GFF (par exemple, les indicateurs liés aux décaissements) sont utilisés pour associer le financement à des améliorations mesurables de la qualité, notamment à travers deux nouvelles approches programmatiques régionales en plusieurs phases (AMP) en Afrique.
Améliorer la qualité de la prestation des services par l'accélération des innovations et des solutions fondées sur des données probantes	Plan opérationnel rédigé pour le Programme de stimulation pour l'innovation, en vue d'accélérer la mise à l'échelle des solutions fondées sur les données probantes. Le premier programme proposé est le *Safer Births Bundle of Care* (Ensemble de soins pour des naissances sécurisées, en français), qui permet d'accélérer les progrès en matière de qualité des soins intrapartum et de sauver des vies maternelles et néonatales. Dans le cadre du plan de mise en œuvre des objectifs en santé de la BM, le GFF intensifie également ses efforts pour mettre à l'échelle : a) le dépistage et le traitement de la syphilis comme partie intégrante des soins prénatals de qualité, b) les soins aux nouveau-nés petits et malades, c) une nutrition précoce pour favoriser la croissance, d) une prise en charge intégrée des maladies du nouveau-né et de l'enfant (PCIMNE) à l'aide d'outils numériques et e) la prévention du cancer du col de l'utérus (vaccination contre le HPV), le dépistage et le traitement.
Renforcer les efforts visant à déployer des personnels de santé qualifiés et prêts pour la transition numérique	Les 8 projets cofinancés par le GFF approuvés depuis janvier ont davantage mis l'accent sur les qualifications et les compétences numériques des personnels de santé. En étroite collaboration avec les régions et l'unité mondiale de la BM, le GFF porte une attention accrue aux équipements dont disposent les personnels de santé afin d'obtenir de meilleurs résultats pour les femmes, les enfants et les adolescents. Alors que le GFF déploie sa nouvelle stratégie, le renforcement du rôle des agents de santé communautaires et des sages-femmes constitue un axe prioritaire. Le GFF a renforcé le contenu consacré aux ressources humaines en santé dans l'outil FASTR et teste actuellement un nouveau module dédié aux agents de santé communautaires dans deux pays.
Renforcer l'approche de participation du secteur privé	Conformément à l'examen des travaux du secteur privé du GFF (2024), à la nouvelle stratégie du GFF et aux réformes du Groupe de la Banque mondiale, le GFF soutient de manière plus systématique l'engagement du secteur privé à travers les pays du GFF afin d'assurer la contribution à la santé des femmes, des enfants et des adolescents. Le GFF soutient les contrats du secteur privé pour la prestation de services et produits de SRMNEA-N et renforce la collaboration avec d'autres acteurs du secteur privé. 6 des 8 projets cofinancés approuvés depuis janvier ont donné la priorité au renforcement de l'engagement du secteur privé.

SD4 : renforcer la résilience, l’équité et la pérennité des systèmes de financement de la santé

Usage officiel
uniquement
Official Use Only

KPI 10 Réforme du financement de la santé

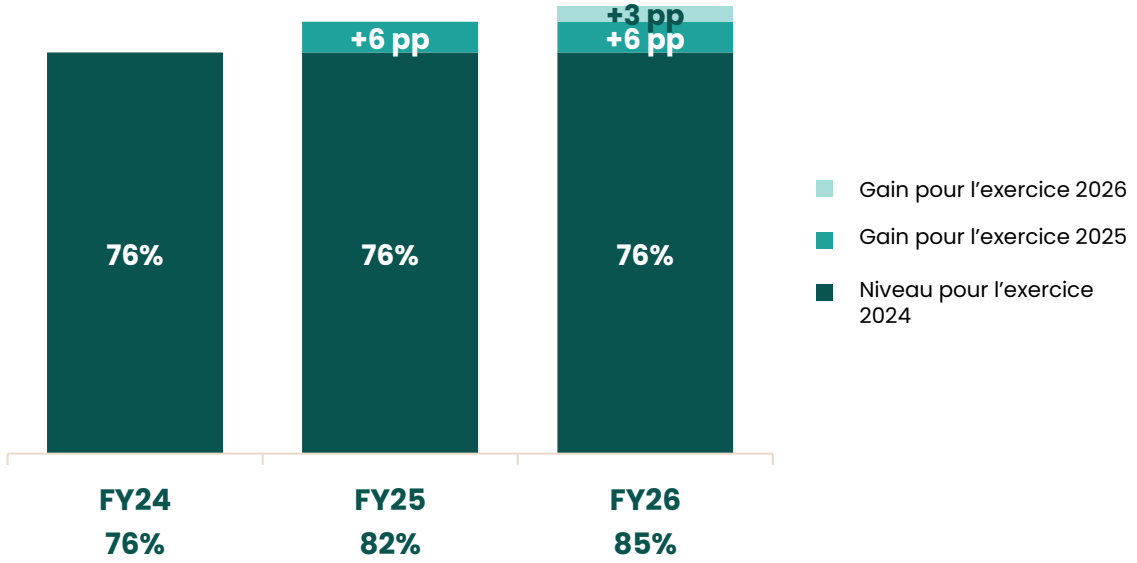
Atteint = progrès mesurables, ou les quatre critères remplis · valeur annuelle

85 %

29 des 34 pays, exercice 2026

Valeur ANNUELLE pour chaque cycle, cumulée par gain annuel

▲ **+ 9 pp** par rapport à l'exercice 2024





+ 13 pp
écart FCV

Ce qui a changé au cours de l'exercice 2026

▲ Atteint durant l'exercice 2026, mais pas durant l'ex. 2025 : 3 pays (bilan net 28 → 29 sur 34, + 3 pp)

Mozambique, Niger, Pakistan

▼ Atteint durant l'ex. 2025, mais pas au cours de l'ex. 2026 : 2 pays

Guinée, Ouganda

Exemples de pays

Niger FCV

La priorité a été accordée aux mesures de protection financière, notamment aux services gratuits pour les femmes enceintes, les enfants et les ménages pauvres, pour réduire le reste à charge des ménages et lever les barrières financières à l'accès aux soins. Le nombre de personnes bénéficiant de services de santé gratuits dans les zones couvertes par le projet est passée de zéro en juin 2024 à 1,8 million en juin 2025, puis à 2,9 millions en février 2026.

Source : soumission ICP 2026

Côte d'Ivoire

Le projet comprenait l'extension du régime de couverture maladie universelle (CMU). Le GFF a soutenu une réforme visant à faciliter l'affiliation au régime de la CMU lors de toute démarche auprès de l'administration publique. Le taux d'affiliation a fortement augmenté, passant de 10 % à 65 % de la population entre 2023 et 2025, les consultations mensuelles ont doublé, et la proportion d'affiliés ayant accès aux médicaments est passée de 12 % à 64 %.

Source : soumission ICP 2026

Au cours de l'exercice 2026, 85 % des pays (29 sur 34) ont fait état de progrès mesurables en termes de réformes du financement de la santé, des résultats en hausse par rapport à l'ex. 2024 (76 %).

Les pays ayant un DI en cours ou de moins d'un an conservent leurs réponses du cycle précédent lorsque la réponse actuelle est négative. n = 34 pour chaque tour.

Usage officiel
Official Use Only

KPI 11 Utilisation et mobilisation des ressources nationales (DRUM)

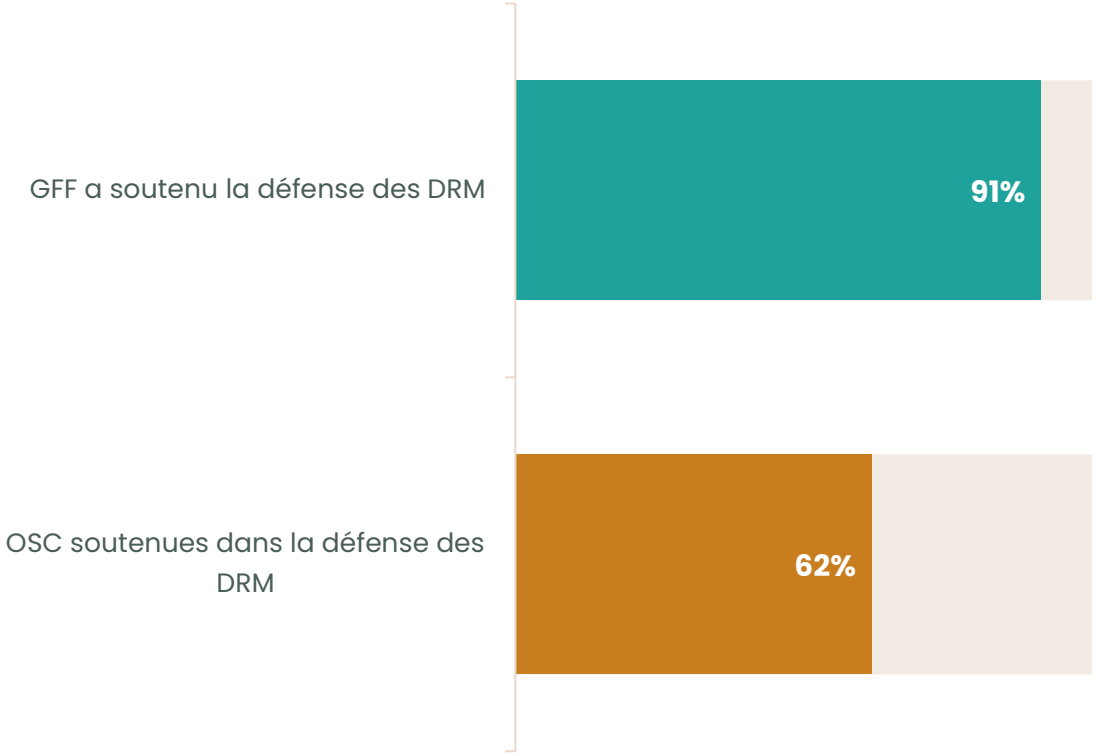
Indice, score sur 2 · Une fois par cycle stratégique (cumulé)

76 %

clôture de l'exercice 2026, cumulatif

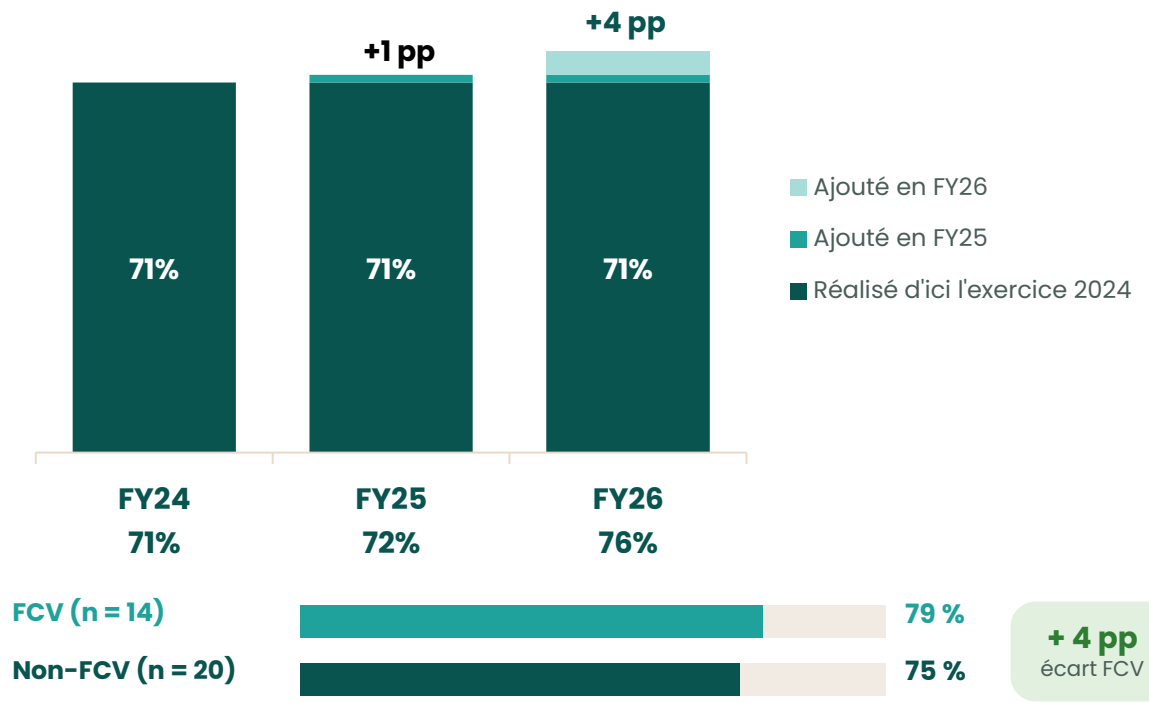
Critères remplis, exercice 2026 (cumulatif sur la période stratégique)

% des 34 pays partenaires



UNE FOIS PAR CYCLE STRATÉGIQUE cumulé

▲ **+ 5 pp** par rapport à l'exercice 2024



Le soutien à la mobilisation des ressources nationales est passé de 71 % à 76 %. La GFF a soutenu le plaidoyer DRUM dans 91 % des pays lors de la dernière période stratégique. Un soutien spécifique aux OSC a été apporté dans 62 % des pays. Les pays FCV obtiennent un score légèrement supérieur (79 % contre 75 %).

Une fois par cycle stratégique : un critère rempli lors d'un cycle est crédité lors des cycles suivants. n = 34 pour chaque cycle.

Usage officiel uniquement
Official Use Only

KPI 12 Réforme du financement des produits de santé

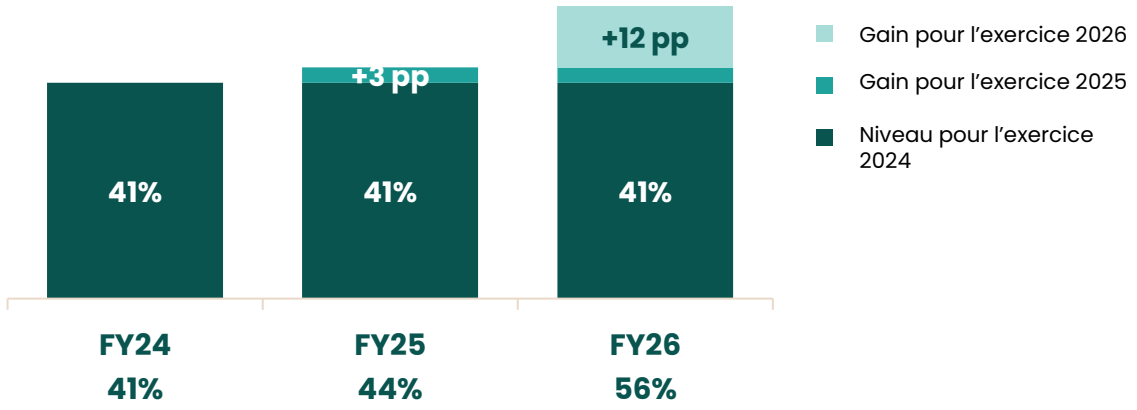
Atteint = progrès mesurables, ou les quatre critères remplis · valeur annuelle

56 %

19 des 34 pays, exercice 2026

Valeur ANNUELLE pour chaque cycle, cumulée par gain annuel

▲ **+ 15 pp** par rapport à l'exercice 2024





- 10 pp
écart FCV

Ce qui a changé au cours de l'exercice 2026

▲ Atteint durant l'exercice 2026, mais pas durant l'ex. 2025 : 7 pays (bilan net 15 → 19 sur 34, + 12 pp)

Afghanistan, Cameroun, Côte d'Ivoire, Mauritanie, Mozambique, Somalie, Ouganda

▼ Atteint durant l'ex. 2025, mais pas au cours de l'ex. 2026 : 3 pays

Burkina Faso, Ghana, Guinée

Exemples de pays

Mauritanie

Les établissements sans rupture de stock de médicaments essentiels sont passés de 33 % à 45 % entre 2025 et 2026 ; les nouveaux utilisateurs de contraceptifs modernes ont augmenté de 63 %, passant de 97 150 à 158 255.

Source : soumission ICP 2026

Somalie FCV

11 491 femmes en âge de procréer ont reçu des contraceptifs modernes via des établissements privés sous contrat dans les zones cibles, conformément à la trajectoire prévue pour atteindre la cible de 20 000 femmes.

Source : soumission ICP 2026

La performance du financement des produits de santé est passée de 41 % en 2024 à 56 % en 2026 (19 pays sur 34). Sept pays qui n'avaient pas atteint cet objectif au cours de l'exercice 2025 l'ont atteint en 2026, tandis que trois ont enregistré un recul. L'écart par rapport aux pays FCV persiste (50 % contre 60 %).

Les pays ayant un DI en cours ou de moins d'un an conservent leurs réponses du cycle précédent lorsque la réponse actuelle est négative. n = 34 pour chaque tour.

Usage officiel
Official Use Only

SD4 : Comment utilisons-nous la nouvelle stratégie pour combler les lacunes et renforcer le modèle du GFF ?

Mesure	Progrès au cours de l'année écoulée
Renforcer les progrès des réformes du financement de la santé	Dans le cadre de la Stratégie CAP SUR 2030, le soutien aux pays dans la mobilisation et dans l'amélioration de l'allocation des ressources en faveur des services de SRMNEA-N fait de nouveau l'objet d'une attention particulière. Nous avons également mis à jour nos KPI pour inclure un suivi spécifique de nos travaux dans ce domaine. L'ensemble des 8 projets cofinancés par le GFF validés cette année donnent la priorité à certaines réformes du financement de la santé et disposent d'approches de mesure clairement établies ainsi que de dispositifs d'appui à la mise en œuvre.
Renforcer le recours systématique aux analyses des données sur le financement de la santé et à l'assistance technique (AT)	A produit de nouveaux profils de financement de la santé pour tous les pays partenaires du GFF, utilisés conjointement avec les données sur le genre, l'équité, les systèmes de santé et les données CRSD pour permettre un diagnostic des principales lacunes fondé sur des données probantes et orienter les améliorations des systèmes de financement de la santé des pays. Ils sont également utilisés dans le plaidoyer et le dialogue sur les DRUM et pour alimenter les décisions du GFF sur l'allocation de l'AT, afin d'aider les pays à concevoir et à mettre en œuvre des réformes du financement de la santé essentielles à l'amélioration de la santé des femmes, des enfants et des adolescents.
Renforcer la cartographie des ressources et le suivi des dépenses (CRSD)	Dans le cadre de la nouvelle stratégie, le GFF a intensifié ses efforts pour aider les pays à mettre à jour leur CRSD en temps opportun, ce qui s'est avéré particulièrement utile dans un contexte de coupes sans précédent et d'instabilité du financement extérieur de la santé. 25 pays ont mis à jour leur cartographie des ressources en 2026, ce qui a été crucial dans l'aide à la priorisation de l'allocation des ressources disponibles aux interventions à plus fort impact.
Élargir le soutien à DRUM et à la gestion des finances publiques pour les femmes, les enfants et les adolescents	A soutenu 21 pays avec le renforcement de la DRUM et de la gestion des finances publiques pour les services de SRMNEA-N jusqu'à présent en 2026. Le GFF a lancé un partenariat avec l'Alliance pour la société civile et l'innovation sociale (CIVIC) du Groupe de la Banque mondiale pour renforcer la participation des OSC au plaidoyer en faveur de la DRUM étayé par des données probantes.
Lancer le programme pour un accès durable aux produits de santé du GFF (S-CAP)	S'appuyant sur l'expérience initiale des incitations au financement des produits de santé dans trois pays, le GFF a finalisé le plan opérationnel S-CAP et l'a lancé en avril 2026. Le GFF a mobilisé de nouveaux investissements et s'appuie sur les projets pour encourager la DRUM afin de combler les déficits de financement des produits de SRMNEA-N et remédier aux goulets d'étranglement dans la chaîne d'approvisionnement. Les premiers accords finalisés sont la RDC, le Kenya et le Zimbabwe, avec deux autres attendus en 2027.

SD 5 : garder le cap sur les résultats

Usage officiel
uniquement

ICP 13 Cadre des résultats par pays

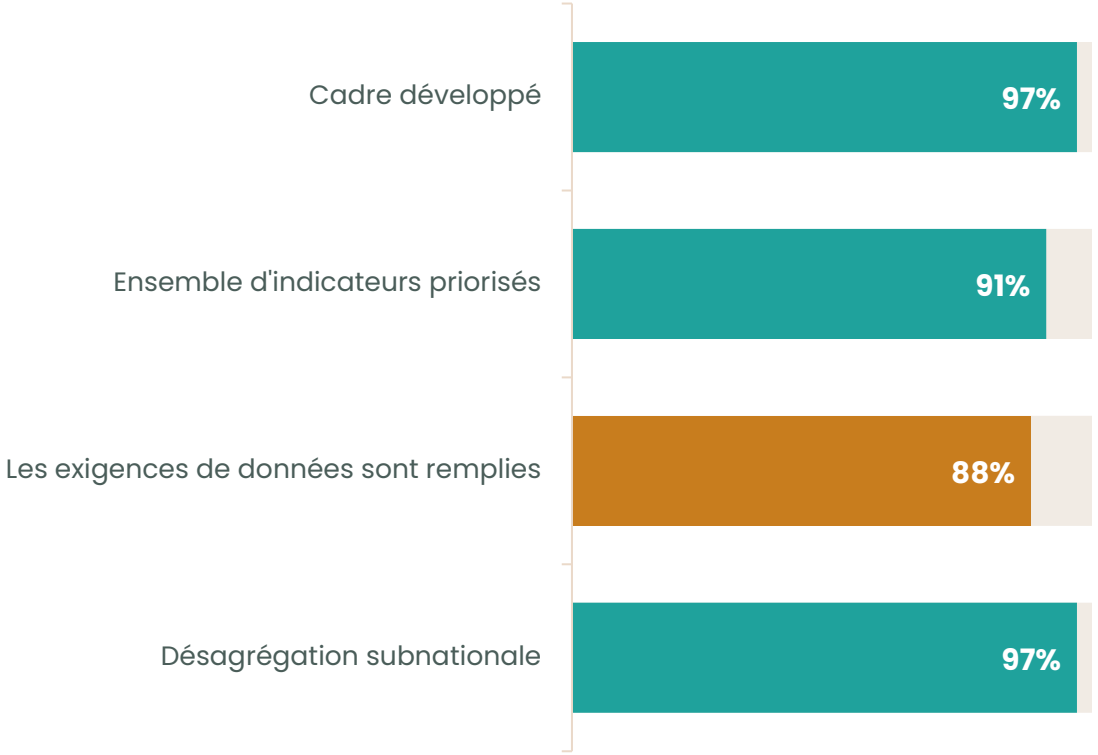
Indice, score sur 4 · Indicateur annuel

93 %

Valeur pour l'exercice 2026

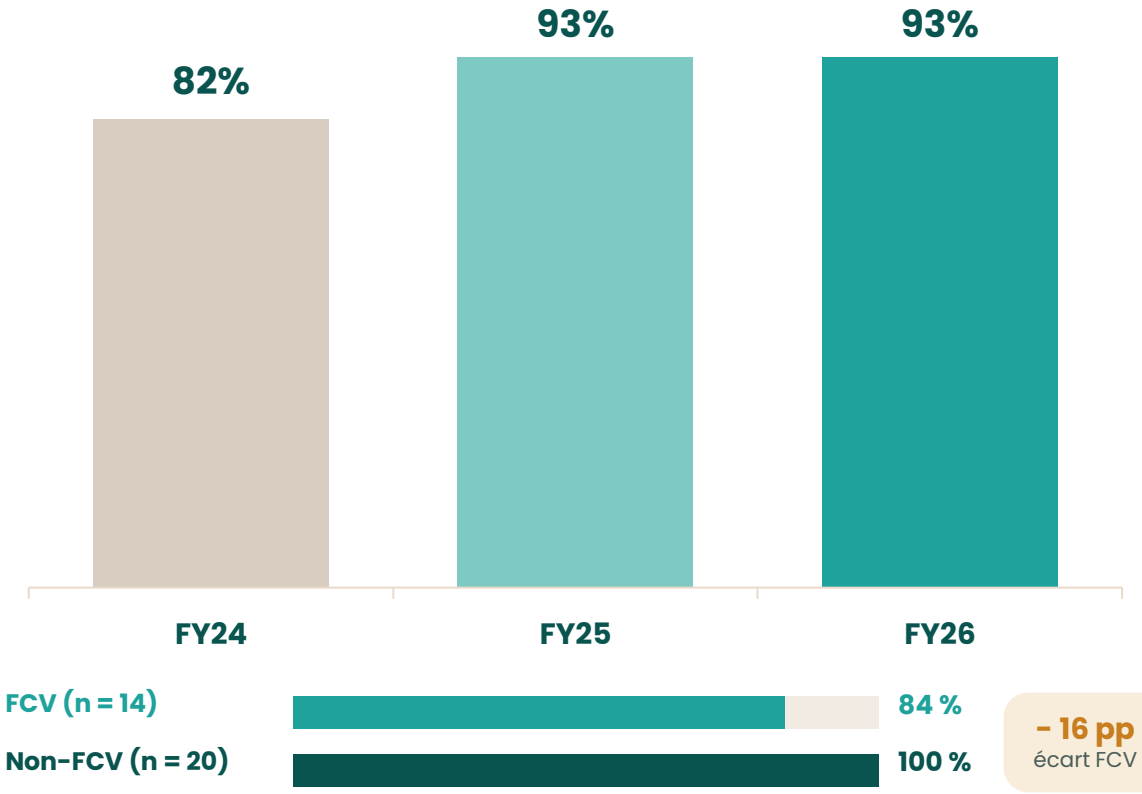
Critères remplis, exercice 2026

% des 34 pays partenaires



VALEUR ANNUELLE pour chaque cycle de suivi

▲ **+ 11 pp** par rapport à l'exercice 2024



Des cadres de résultats sont développés dans 97 % des pays ; l'indice est passé de 82 % à 93 % et s'est maintenu durant l'exercice 2026. Les exigences en matière de données constituent le principal point faible (88 %). Les pays FCV accusent un retard (84 % contre 100 %).

Le Mozambique est le seul pays partenaire sans cadre de résultats durant l'exercice 2026, car il se trouve entre deux dossiers d'investissement. Le DI précédent s'est terminé en 2022. Le nouveau DI est en cours : la stratégie de santé nationale a été retardée, et le GFF prévoit désormais de la soutenir via un compact pays pour la CSU. Le pays continue de rendre compte des indicateurs clés du GFF avec des données au niveau provincial.

Les pays ayant un DI en cours ou de moins d'un an conservent leurs réponses du cycle précédent lorsque la réponse actuelle est négative. n = 34 pour chaque cycle.

Usage officiel uniquement
Official Use Only

KPI 14 Analyse annuelle de la couverture SRMNEA-N

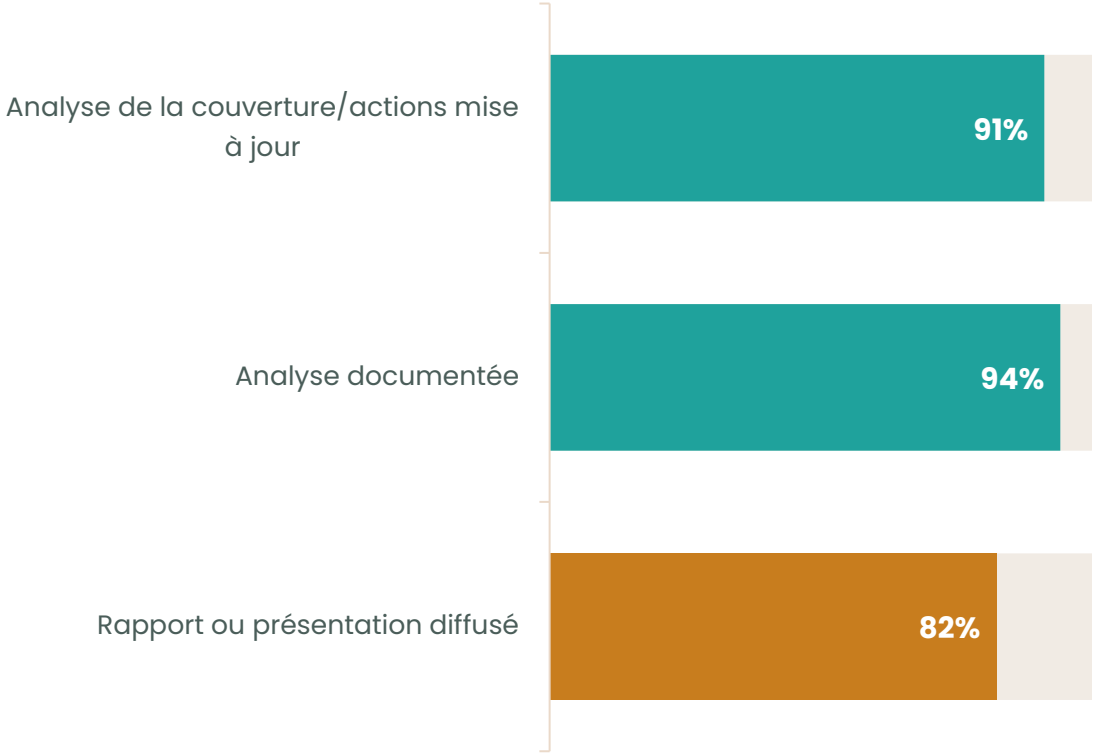
Indice, score sur 3 · Indicateur annuel

89 %

Valeur pour l'exercice 2026

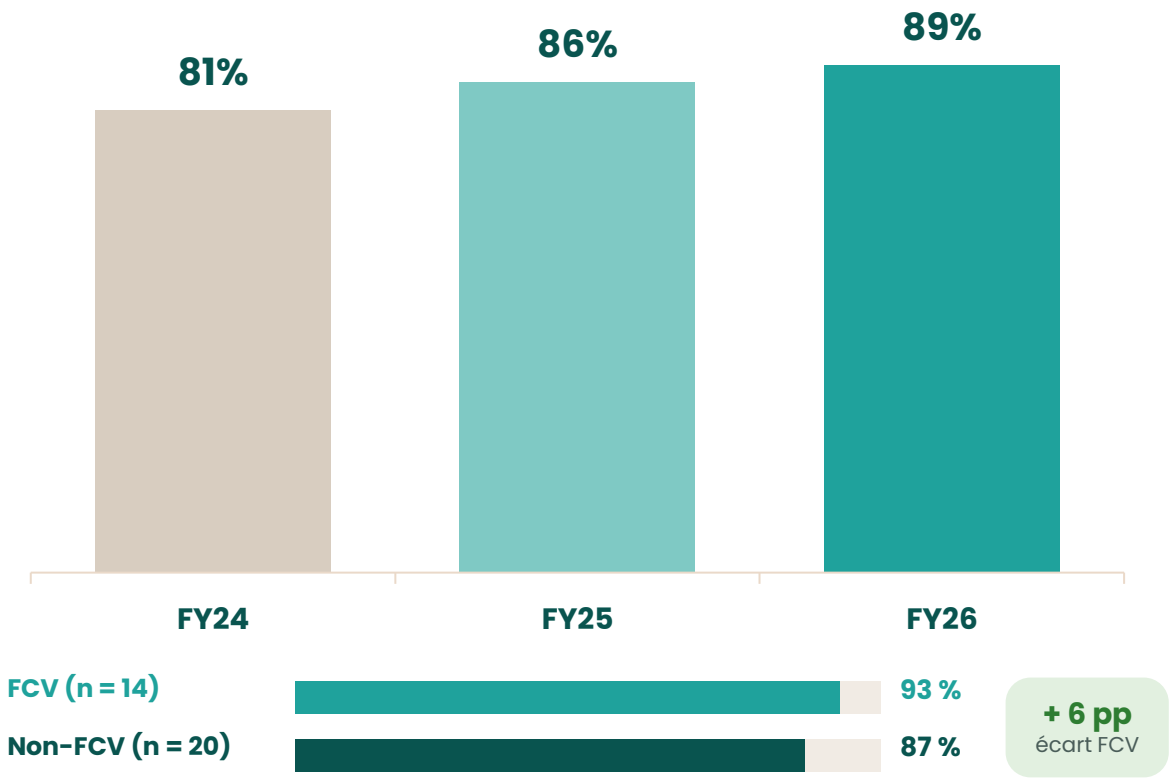
Critères remplis, exercice 2026

% des 34 pays partenaires



VALEUR ANNUELLE pour chaque cycle de suivi

▲ **+ 8 pp** par rapport à l'exercice 2024



L'analyse annuelle de la couverture et de l'équité se sont améliorées à chaque cycle, passant de 81 % à 89 %. L'analyse est mise à jour et documentée dans plus de 90 % des pays ; la diffusion est l'étape la plus souvent manquée (82 %). Les pays FCV obtiennent un score plus élevé (93 % contre 87 %).

Les pays ayant un DI en cours ou de moins d'un an conservent leurs réponses du cycle précédent lorsque la réponse actuelle est négative. n = 34 pour chaque cycle.

Usage officiel uniquement
Official Use Only

KPI 15 Utilisation des données pour la prise de décision

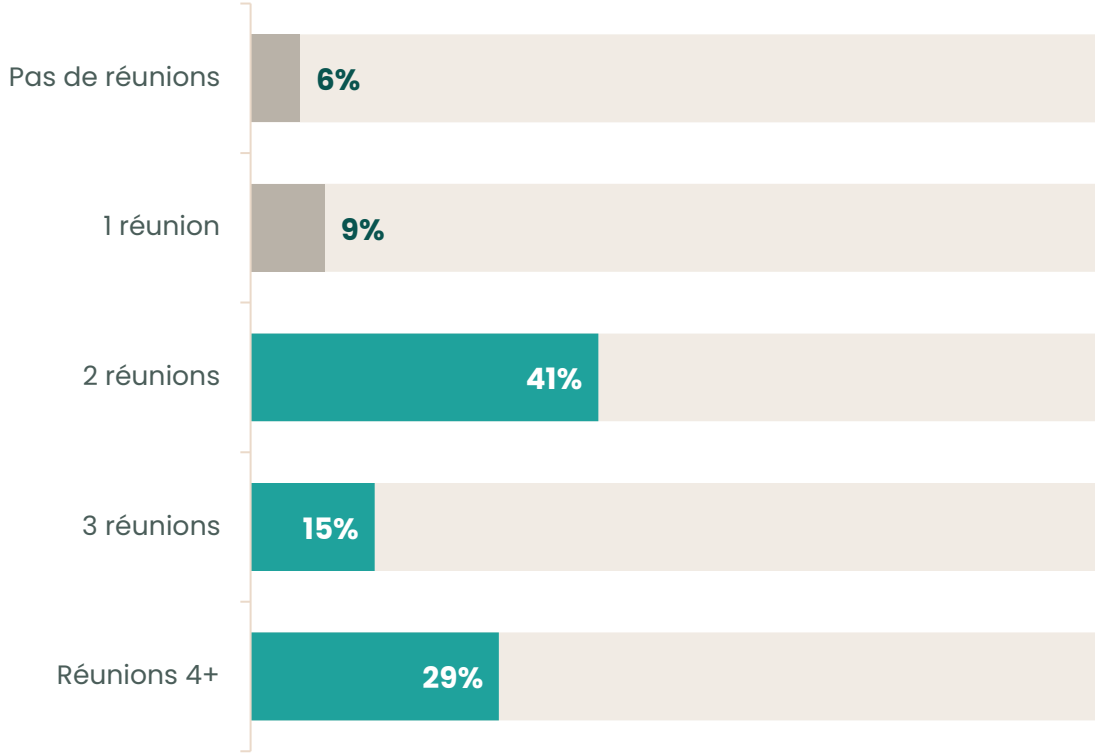
Atteint = deux réunions ou plus sur l'utilisation des données au cours de l'année écoulée · Indicateur annuel

85 %

Valeur pour l'exercice 2026

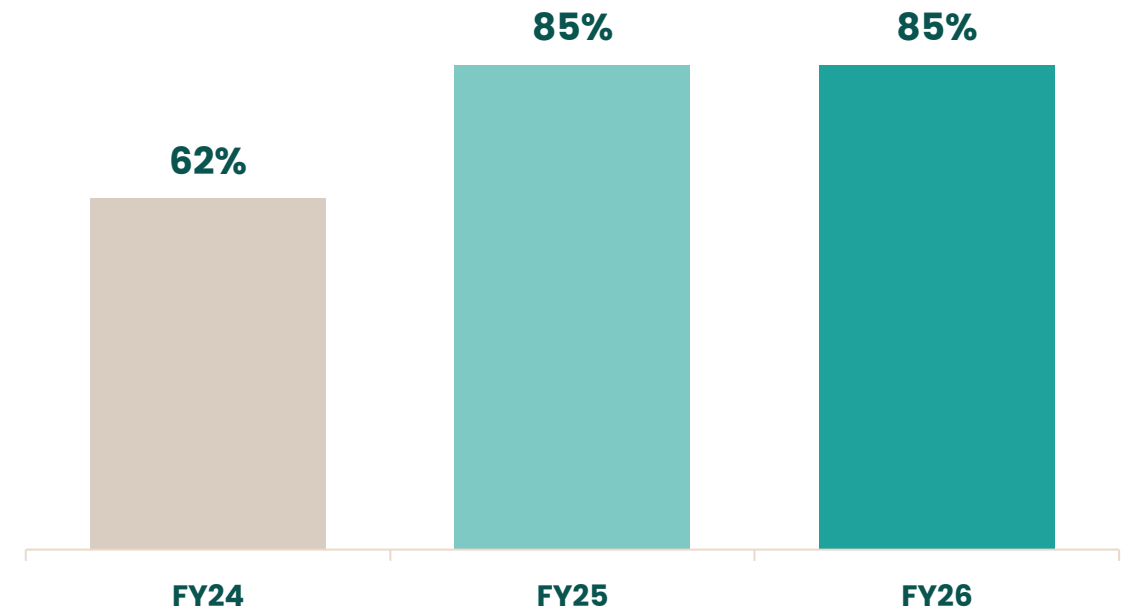
Réunions sur l'utilisation des données tenues au cours de l'année écoulée, exercice 2026

% des 34 pays partenaires



VALEUR ANNUELLE pour chaque cycle de suivi

▲ **+ 23 pp** par rapport à l'exercice 2024





+ 13 pp
écart FCV

L'utilisation des données pour la prise de décision est passée de 62 % en 2024 à 85 % en 2025, et s'est maintenue en 2026 (29 pays sur 34). Quinze pays ont tenu trois réunions ou plus sur l'utilisation des données au cours de l'année écoulée ; les pays FCV ont obtenu des scores plus élevés (93 % contre 80 %). Cet indicateur est limité par la fréquence des réunions sur la plateforme pays. Les 5 pays qui n'ont pas atteint le critère ont tous eu moins de 2 réunions sur la plateforme pays l'année passée (Bangladesh, Haïti, Indonésie, Malawi, Pakistan).

Le Mozambique (DI en cours) n'a pas répondu au cours de l'exercice 2026 ; sa réponse pour l'exercice 2025 (2 réunions) est conservée. n = 34 pour chaque cycle.

Usage officiel
Official Use Only

SD5 : Comment utilisons-nous la nouvelle stratégie pour combler les lacunes et renforcer le modèle du GFF ?

Mesure	Progrès au cours de l'année écoulée
Mise à jour du cadre de mesure des résultats et du Groupe consultatif	Cadre de mesure des résultats finalisé pour la nouvelle stratégie, avec des indicateurs d'impact, de résultats, de financement de la santé et de performance clés actualisés, ainsi qu'une nouvelle approche d'analyse de contribution. Les termes de référence et la composition du Groupe consultatif des résultats ont été mis à jour pour s'aligner sur les exigences de la nouvelle stratégie.
Déploiement du suivi sensible au genre	Intégration systématique de la dimension de genre dans chaque composante du nouveau cadre de mesure des résultats. Le cadre des KPI comprend un indicateur d'intégration du genre sous chaque axe stratégique, plus un indicateur transversal.
Introduction de nouveaux diagnostics	A développé et introduit une nouvelle approche de diagnostic par pays, comme indiqué dans la nouvelle stratégie. Couvre trois dimensions interdépendantes : genre et équité, systèmes de santé et SRMNEA-N. A été étendu progressivement à l'ensemble du portefeuille, en commençant par dix pays cette année.
Renforcement du rôle de spécialiste des résultats	Mise à jour des termes de référence pour le rôle de spécialiste des résultats, afin de s'aligner sur la nouvelle stratégie, et avec un soutien renforcé aux pays de niveau 1 présentant la plus forte charge de mortalité maternelle et des moins de cinq ans.
Mise à l'échelle de l'analyse rapide des données en cycle court et de l'utilisation des résultats via FASTR	A étendu FASTR à 30 pays l'année dernière, dont 25 des 26 pays partenaires GFF en Afrique. Les fonctionnalités de l'IA lancées cette année ont ouvert la voie à de nouveaux usages à forte valeur ajoutée, en facilitant la production d'analyses à partir de sources de données multiples ainsi que leur synthèse et leur utilisation en temps réel. Un objectif majeur de l'année écoulée a consisté à renforcer l'utilisation systématique et complémentaire de la CRSD/RMET et de FASTR, afin d'aider les pays à piloter leurs performances en temps réel et à prioriser l'allocation des ressources sur la base des données. Après avoir testé un nouveau module d'agent de santé communautaire dans deux pays, l'objectif est de le déployer à grande échelle suite aux essais initiaux.
Renforcement des partenariats et de l'alignement	A renforcé davantage les partenariats avec les institutions techniques locales et régionales, via Countdown, FASTR et le suivi et l'action pour le genre et l'équité (MAGE). Les partenariats se sont également renforcés avec Gavi, le Fonds mondial, l'OMS et UNICEF. Grâce à l'agenda d'alignement de la mesure des SSP mené par l'OMS, FASTR a

Premiers retours sur la prestation de services au cours de la première année de mise en œuvre de la nouvelle stratégie

Usage officiel
Official Use Only

FASTR fournit des informations pertinentes et actualisées sur les tendances en temps réel dans la prestation des services

ADOPTION & INSTITUTIONNALISATION

30

▲ + 5 par rapport à 2025 (25)

Pays adoptant les analyses en cycles courts

11

▲ + 3 par rapport à 2025 (8)

Utilisation du financement IDA / RETF dans le budget prévu

15

▲ + 2 par rapport à 2025 (13)

Suivi du projet cofinancé BM / GFF

ANALYSES & RÉSULTATS

248

▲ + 194 par rapport à 2025 (54)

Résultats analytiques élaborés

20

▲ + 11 par rapport à 2025 (9)

Exemples documentés d'utilisation des données

32

▲ + 12 par rapport à 2025 (20)

Discussions sur la plateforme pays

CAPACITÉ & PORTÉE

697

▲ + 357 par rapport à 2025 (340)

Agents du changement formés

16 028

▲ + 10 125 par rapport à 2025 (5 903)

Téléchargements depuis le répertoire de données

Totaux cumulés jusqu'en juin 2026, par rapport à la fin de l'année 2025

▲ En augmentation par rapport à 2025 ▼ En baisse par rapport à 2025 — Aucun changement

Usage officiel
Official Use Only

Des enquêtes téléphoniques récentes fournissent des preuves en temps réel sur les ruptures concernant l'approvisionnement médical et l'état de préparation des établissements

Une pénurie généralisée de fournitures médicales :

< 8 % des établissements dans l'ensemble des pays disposaient de toutes les fournitures médicales essentielles pour le suivi, alors que le taux moyen de disponibilité de ces fournitures variait entre 63 % en Somalie et 83 % au Mali.

Domaines prioritaires identifiés :

- Médicaments essentiels en Somalie (56 %), à Madagascar (72 %), au Nigéria (73 %) ;
- Matériel médical au Nigéria (58 %), à Madagascar (70 %), au Bangladesh (72 %) ;
- Outils d'évaluation à Madagascar (58 %), en Somalie (63 %), au Nigéria (71 %) ;
- Équipement de protection individuelle (EPI) au Nigéria (53 %), à Madagascar (63 %), en Somalie (66 %).

Disponibilité des fournitures médicales Indices synthétiques de disponibilité des fournitures et équipements médicaux dans les établissements de SSP – dernière vague d'enquête disponible

	Mali	Senegal	Bangladesh	Madagascar	Nigeria	Somalia
	n =313	*n =400*	*n =392*	*n =651*	*n =3729*	*n =471*
Taux moyen de disponibilité des fournitures médicales de traçage	83%	79%	75%	70%	69%	63%
Pourcentage d'établissements disposant de toutes les fournitures médicales essentielles pour le suivi	3%	7%	2%	0%	1%	1%

Pourcentage de fournitures médicales essentielles pour le suivi et équipements actuellement disponibles dans les établissements de santé
Par catégorie de fournitures médicales, au niveau national

	Mali	Senegal	Bangladesh	Madagascar	Nigeria	Somalia
	R1 (Mar 2025)	R1 (May 2024)	R1 (Sep 2024)	R3 (Jun 2025)	R2 (Feb 2026)	R2 (Jan 2026)
Vaccins	96%	77%	89%	97%	80%	94%
Médicaments essentiels	86%	79%	77%	72%	73%	56%
Matériel médical	78%	81%	72%	70%	58%	78%
Outils d'évaluation	75%	89%	n/a	58%	71%	63%
EPI	75%	76%	n/a	63%	53%	66%

>90%
75%-90%
60%-75%
50%-60%
<50%

N.B. : Les deux indices composites sont calculés sur la base de la liste complète du matériel et des équipements médicaux de traçage inclus dans l'enquête pour chaque pays. La liste des vaccins de traçage spécifiques, des équipements de protection individuelle, des médicaments essentiels, du matériel médical et des outils de diagnostic inclus dans l'évaluation des établissements de santé de chaque pays varie selon les adaptations du questionnaire pour refléter le contexte local et les listes de médicaments prioritaires (cf/ annexe pour les listes détaillées par pays). Dernière vague disponible pour chaque pays : Mali – première vague (mars 2025) ; Sénégal – première vague (mai 2024) ; Bangladesh – première vague (septembre 2024) ; Madagascar – troisième vague (juin 2025) ; Nigéria – deuxième vague (février 2026) ; Somalie – deuxième vague (janvier 2026). Tous les pays ont approuvé le partage des données.

Usage officiel
Official Use Only

Les pénuries sont généralisées mais non uniformes et touchent surtout la santé maternelle et néonatale, la planification familiale et les maladies non transmissibles

Les enquêtes FASTR dans les établissements à cycles rapides révèlent que les lacunes dans les fournitures médicales se concentrent dans certaines catégories spécifiques de haute priorité :

Médicaments pour la santé maternelle et néonatale :

- Ocytocine / utérotonique au Bangladesh et au Nigéria ;
- Sulfate de magnésium à Madagascar, au Bangladesh, au Mali, en Somalie, au Sénégal ;
- Chlorhexidine à Madagascar, au Nigéria, au Sénégal, au Bangladesh.

Biens de planification familiale :

- Méthodes contraceptives réversibles de courte durée d'action en Somalie et au Nigéria.

Médicaments contre les maladies non transmissibles :

- Antihypertensifs de première ligne en Somalie et au Nigéria ;
- Metformine à Madagascar, en Somalie, au Sénégal ;
- Antiasthmatiques au Nigéria et au Mali.

Disponibilité des médicaments et vaccins

Percent of facilities reporting essential medicines and vaccines currently available on site · Latest available survey round

>90%
75%-90%
60%-75%
50%-60%
<50%

		Mali	Senegal	Bangladesh	Madagascar	Nigeria	Somalia
		R1 (Mar 2025)	R1 (May 2024)	R1 (Sep 2024)	R3 (Jun 2025)	R2 (Feb 2026)	R2 (Jan 2026)
Vaccins	Vaccin anti-polio	97%	81%	94%	99%	84%	94%
	Vaccin BCG	96%	81%	94%	92%	82%	92%
	Vaccin pentavalent (DTP – HiB – HepB)	97%	81%	84%	97%	84%	95%
	Vaccin antipneumococcique (VPC)	98%	80%	84%	96%	84%	
	Vaccin contre la rougeole et la rubéole	98%	81%	91%		54%	95%
Médica-ments essentiels	Amoxicilline ou gentamicine	97%	89%	98%	96%	83%	82%
	Fer et acide folique	98%	78%	97%	93%	89%	
	Sels de réhydratation orale	89%	79%	94%	92%	84%	93%
	Sulfate de zinc		78%	94%	72%	79%	90%
	Antihypertenseurs de première intention	96%	88%	97%	78%	66%	64%
	Méthodes MCRCD		88%	89%	88%	75%	47%
	Anti-malarials**	97%	87%	42%	91%	85%	59%
	Vitamin A		81%	74%	74%	73%	85%
	Antiasthmatics	58%	78%	91%	80%	54%	
	Oxytocin or other uterotonic	95%	84%	30%	78%	73%	77%
	LARC methods		88%	74%	87%	66%	44%
	Magnesium sulphate	67%	73%	49%	44%	57%	71%
	Metformin, insulin injection (hypoglycaemic)		59%	88%	12%		36%
	Chlorhexidine		58%	68%	16%	57%	

N.B. : Les vaccins et médicaments présentés dans le tableau ci-dessus correspondent à l'ensemble commun d'éléments pour lesquels des données ont été collectées dans au moins 4 des 6 pays, et ne correspondent pas à la liste complète des éléments traceurs utilisés pour calculer les indices synthétiques de disponibilité des fournitures médicales. Pour la liste complète utilisée dans les calculs de l'indice, veuillez consulter l'annexe complémentaire. *Vaccin contre la rougeole et la rubéole : au Nigéria, ce vaccin n'est pas encore obligatoire, il est donc exclu du calcul de l'indice de disponibilité vaccinale. Le vaccin requis, le vaccin contre la rougeole, a diminué entre la vague 1 en juillet 2025 (84 %) et la vague 2 (63 %), ce qui reflète le déploiement national en cours du vaccin combiné rougeole-rubéole (RR), qui remplace progressivement le vaccin monovalent contre la rougeole. **Au Nigéria, l'indicateur « antipaludiques » correspond à la « combinaison thérapeutique à base d'artémisinine (CTA) », utilisée comme mesure équivalente. MCRCD, ou SARC : méthodes contraceptives réversibles de courte durée d'action ; MCRLD, ou LARC : méthodes contraceptives réversibles à longue durée d'action. La liste des pays / vagues inclus dans ce tableau sont ceux pour lesquels les ministères de la Santé ont, à ce jour, autorisé le partage de données.

Usage officiel
Official Use Only

Au-delà des constats : les enquêtes téléphoniques permettent de comprendre les causes des pénuries de fournitures médicales

Les enquêtes téléphoniques FASTR dans les établissements vont au-delà de l'identification des médicaments en rupture de stock : **elles permettent de comprendre pourquoi ils rencontrent des difficultés liées aux fournitures médicales.**

Les raisons incluent :

- **Un volume de patients plus important** que prévu (62 % en Somalie).
- **Des difficultés de financement** (72 % au Nigéria).
- **Des défis opérationnels** (transport : 53 % au Nigéria ; espace de stockage : 47 % en Somalie).
- **Des problèmes de chaîne d'approvisionnement** (pénuries aux échelons supérieurs : 53 % au Nigéria).
- **Des problèmes liés à la durée de conservation** (fournitures périmées / inutilisables : 31 % en Somalie).

Défis liés à l'approvisionnement en fournitures médicales

Pourcentage d'établissements ayant déclaré avoir rencontré l'un des problèmes suivants liés à l'approvisionnement de fournitures médicales au cours des trois derniers mois – dernière vague de données disponible

	Bangladesh	Nigeria	Somalia
	R1 (Sep 2024)	R1 (Jul 2025)	R1 (Jun 2025)
Le nombre de patients était supérieur aux prévisions	56%	44%	62%
Manque de fonds pour commander des fournitures supplémentaires	21%	72%	57%
Aucun véhicule disponible pour la livraison ou l'enlèvement des fournitures	24%	53%	51%
Pénuries au niveau du district ou à un échelon supérieur	18%	53%	42%
Manque d'espace pour le stockage	24%	37%	47%
Certaines fournitures sont disponibles, mais inutilisables ou périmées	4%	12%	31%

Usage officiel
Official Use Only

Les enquêtes téléphoniques permettent également d'identifier où et à quel moment surviennent les ruptures dans la chaîne d'approvisionnement en matériel médical

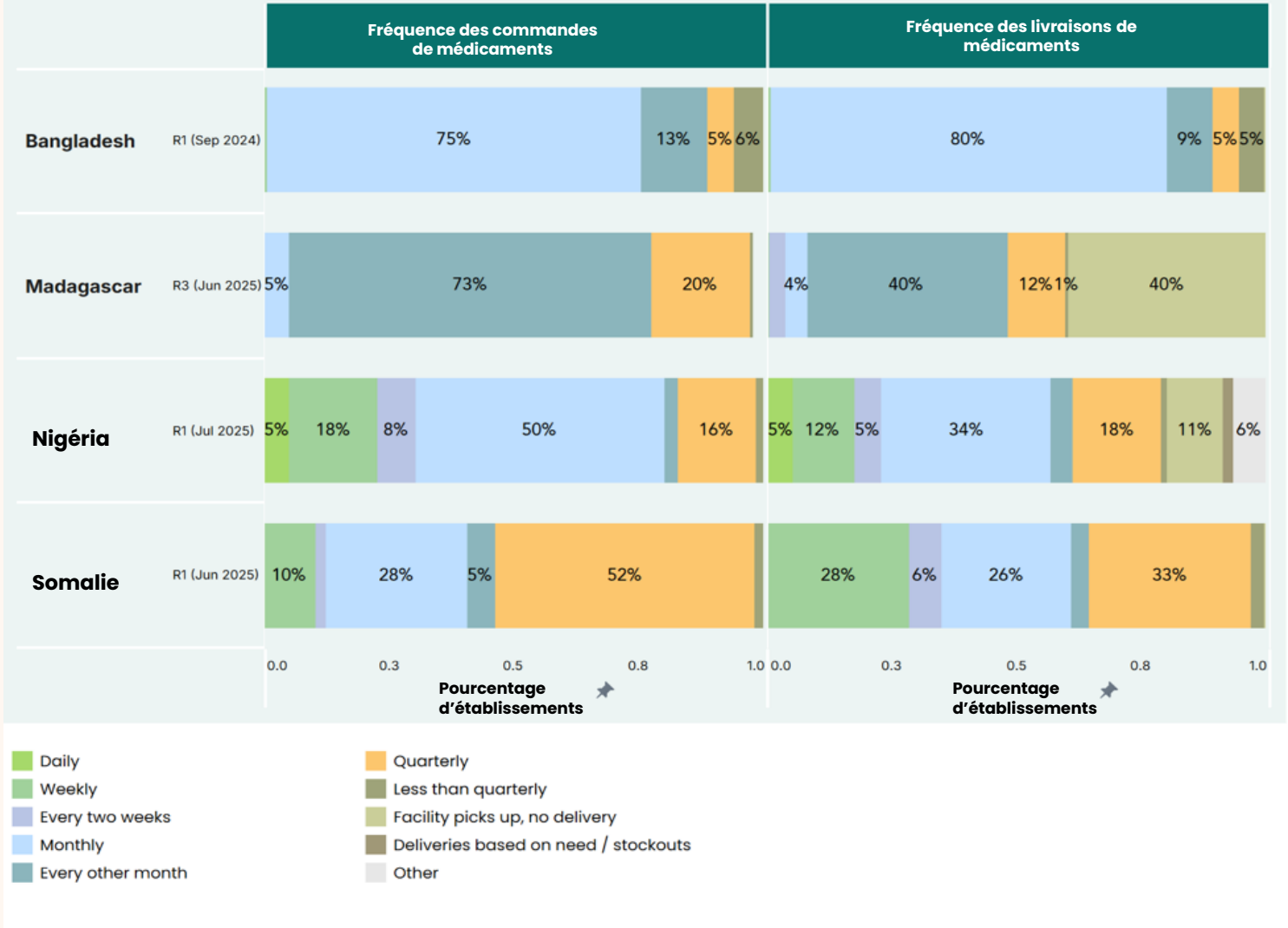
Les établissements signalent un **décalage entre la fréquence des commandes et de distribution des médicaments**, ce qui peut contribuer à expliquer où et quand les lacunes apparaissent.

Par exemple :

- Madagascar : 73 % des établissements déclarent passer des commandes de médicaments tous les deux mois, mais seulement 40 % d'entre eux reçoivent des médicaments à cette fréquence.
- Nigéria : 50 % des établissements passent des commandes mensuelles de médicaments, alors que 34 % seulement reçoivent des livraisons mensuelles de médicaments.
- Somalie : 52 % des établissements commandent des médicaments tous les trimestres, tandis que 33 % reçoivent ce type de livraison à cette fréquence.

Fréquence des commandes et des livraisons de médicaments

Pourcentage d'établissements déclarant la fréquence à laquelle les commandes de médicaments sont passées et reçues – dernière vague d'enquête disponible.



Usage officiel
Official Use Only

En définitive : la réponse des établissements aux pénuries médicales et ses effets sur les soins

Les enquêtes téléphoniques FASTR dans les établissements permettent d'identifier comment ces derniers réagissent aux pénuries de fournitures médicales :

- La majorité des établissements dans tous les pays ont déclaré **avoir orienté ou transféré le patient vers un autre établissement de santé** lorsqu'un médicament n'est pas disponible, et **demander au patient d'acheter le médicament ailleurs**.
- Plus de la moitié des établissements à Madagascar et au Nigéria ont déclaré **utiliser ou prescrire un médicament moins adapté**.
- Une proportion plus faible d'établissements a déclaré **retarder le traitement** jusqu'à la remise en stock du médicament (14 % à Madagascar, 12 % au Bangladesh).

Stratégies employées lorsque les médicaments ne sont pas disponibles

Pourcentage d'établissements ayant indiqué les stratégies employées lorsque les médicaments nécessaires à un patient ne sont pas disponibles sur place, parmi ceux ayant déclaré qu'au moins un médicament ou contraceptif était indisponible sur place – dernière vague d'enquête disponible.

	Bangladesh	Madagascar	Nigeria	Somalia
	R1 (Sep 2024)	R2 (Nov 2024)	R2 (Feb 2026)	R2 (Jan 2026)
Orienter ou transférer le patient vers un autre établissement de santé	95%	86%	90%	91%
Orienter le patient vers un autre point de vente pour acheter le médicament	85%	94%	72%	84%
Utiliser ou prescrire un médicament moins adapté	42%	64%	60%	11%
Retarder le traitement jusqu'à ce que le médicament soit de nouveau en stock	12%	14%	5%	6%

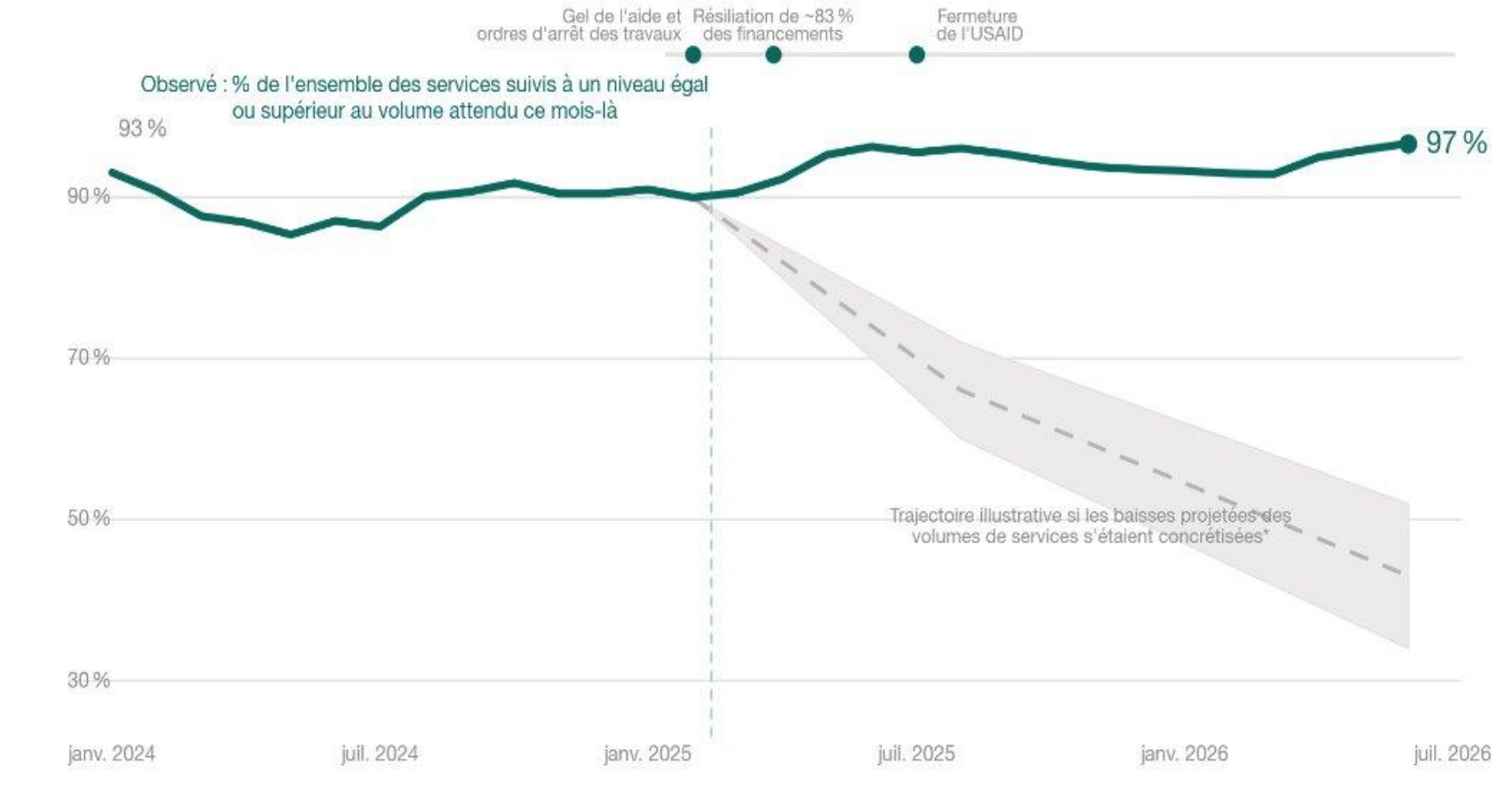
Usage officiel
Official Use Only

Les volumes des services courants sont restés stables malgré des coupes de financement externes — les baisses prévues ne se sont pas encore matérialisées

Les services ont été maintenus. Dans 27 pays, 97 % des services que nous suivons avaient atteint ou dépassé les volumes attendus le mois dernier, en légère hausse par rapport à la période précédant les coupes.

Les modèles publiés prévoyaient une forte baisse du recours à ces services à mesure que les coupes entraient en vigueur. **Après dix-huit mois, les volumes mensuels n'ont nullement décliné.**

Une partie de cette stabilité peut être temporaire — continuité du financement et du personnel, et dans certains pays, de meilleurs rapports.



Grille de lecture : chaque mois, chaque service suivi dans chaque pays est comparé au volume attendu selon le modèle de la plateforme ; la ligne montre le pourcentage de l'ensemble des séries de 206 services ayant atteint ou dépassé le niveau attendu (dans la plage normale de ±10 %, ou plus). *Estimation de l'évolution, calculée comme suit : l'étude de modélisation Lancet Global Health (2025) a supposé, dans le cas d'une cessation complète de l'aide américaine, des réductions moyennes absolues de couverture de 14 % pour les soins prénatals et postnatals, de 15 % pour la présence de personnel qualifié lors de l'accouchement et des soins obstétricaux d'urgence, et de 9–11 % pour les services de santé néonatals et infantiles (l'incertitude allant jusqu'à 28 %). De telles baisses feraient passer la plupart des services en dessous de la marge de ±10 % utilisée ici ; la bande indique où se situerait alors cette courbe, avec le scénario 2025–30 des modèles ramené aux 18 premiers mois — la cartographie et le calendrier en sont notre traduction, et non la courbe propre à l'article du Lancet. Voir aussi Cavalcanti et al., The Lancet, 2025. Source : données FASTR, comparées aux résultats de qualité des données de la plateforme ; consultées le 19 août 2026 ; données jusqu'à décembre 2025–juin 2026 par pays.

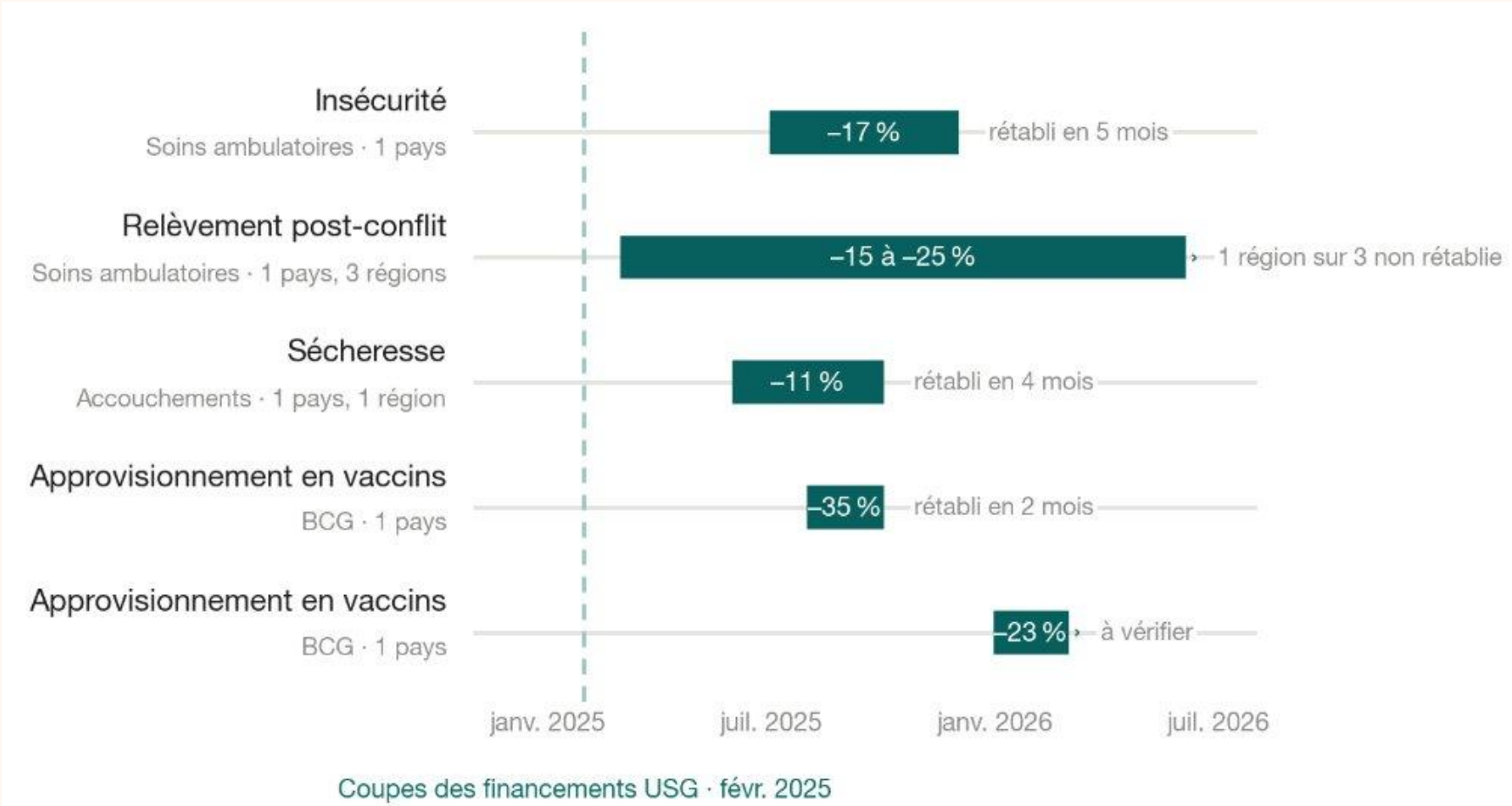
Usage officiel uniquement
Official Use Only

Des perturbations localisées se sont produites tout au long de la période et se sont largement résorbées — reflétant davantage l'environnement de polycrise que les coupes budgétaires

Le tableau national masque certaines perturbations locales : cinq pays ont connu des épisodes liés à l'insécurité, au relèvement post-conflit, à la sécheresse ou à des ruptures d'approvisionnement en vaccins.

La plupart se sont résorbés en 2 à 5 mois. Une région n'a pas encore retrouvé son niveau antérieur, et une rupture d'approvisionnement vaccinal reste à combler.

Aucune de ces perturbations ne correspond au calendrier des coupes — les causes sont rapportées par les pays ou documentées dans des travaux FASTR antérieurs.



Coupes des financements USG · févr. 2025

Source : FASTR, volumes réels nationaux et régionaux contre modèles attendus avec contrôle de la qualité des données, consulté le 19 août 2026. Règle de définition d'un épisode : 3+ mois consécutifs à 10 % en dessous des attentes. Pays nommés dans l'annexe, en attente d'autorisation.

Usage officiel
Official Use Only