

LES PAYS OUVRENT LA VOIE :
TENIR LA PROMESSE FAITE AU
NIVEAU MONDIAL
POUR UNE MEILLEURE SANTÉ ET UNE MEILLEURE NUTRITION

RAPPORT ANNUEL
2019-2020

LETTRE DU DIRECTEUR



Muhammad Ali Pate,
Directeur, Mécanisme de
financement mondial

En janvier 2019, lorsque j'ai pris mes fonctions de directeur du Mécanisme de financement mondial pour les femmes, les enfants et les adolescents (GFF), je n'aurais jamais imaginé que seulement un an plus tard je vous écrirais de manière si alarmante à propos de la santé et du bien-être de la population mondiale. Il y a tout juste un an, des leaders et des défenseurs en faveur de la santé mondiale se réunissaient aux Nations unies pour réaffirmer leur engagement afin d'atteindre la couverture de santé universelle (CSU) d'ici à 2030 et pour un accroissement des investissements dans les services de santé primaire. Des années d'efforts concertés de la part des gouvernements et des partenaires internationaux avaient permis une réduction de 40 pour cent des décès maternels au cours de l'accouchement et de 46 pour cent des décès infantiles. Nous étions nombreux à croire avec optimisme que ces progrès historiques, couplés au renouvellement des engagements politiques de haut niveau en faveur d'une priorisation des investissements dans la santé, se traduiraient par une décennie d'actions accélérées pour atteindre les objectifs fixés au niveau mondial.

Aujourd'hui la COVID-19 a des répercussions sanitaires, sociales et économiques considérables aux quatre coins du monde. Ce sont néanmoins les pays les plus pauvres et les communautés les plus vulnérables qui risquent de souffrir le plus de cette crise sanitaire prolongée. Le virus et ses répercussions dévastatrices menacent de plonger jusqu'à 100 millions de personnes dans l'extrême pauvreté et d'annuler les gains durement obtenus en matière de santé reproductive, maternelle, néonatale, infantile et adolescente et de nutrition.

Au moment où je vous écris, les services de santé essentiels pour les femmes, les enfants et les adolescents sont réorientés et dé-priorisés, ce qui pourrait avoir des effets dévastateurs sur la santé et sur l'équité. Une analyse et un suivi récents menés par le GFF dans plus de 60 000 formations sanitaires situées dans 10 pays partenaires ont révélé des perturbations majeures dans les services de vaccination des jeunes enfants, les consultations ambulatoires, les soins aux femmes enceintes et aux jeunes mères et les accouchements sécurisés en présence d'un personnel qualifié.

Ainsi que l'indique ce rapport annuel, avant le début de la pandémie de la COVID-19, les pays dans lesquels le partenariat du GFF existe depuis le plus longtemps affichaient les améliorations les plus significatives en matière d'accès à des services de santé abordables et de qualité. Ils enregistraient également une progression en matière de réduction de la mortalité maternelle et infantile et de nutrition améliorée.

Davantage d'enfants recevaient les vaccins et la nourriture dont ils avaient besoin. Davantage de femmes accouchaient en toute sécurité et accédaient aux soins susceptibles de leur sauver la vie avant et après l'accouchement. Et davantage de femmes étaient en mesure d'accéder à des services de planification familiale, ce qui ouvrait la voie à des familles en meilleure santé et à des économies renforcées. Désormais, ces progrès sont gravement mis en péril et cela, au niveau mondial. Le rapport Goalkeepers 2020 indique que le monde a été propulsé 25 ans en arrière en l'espace de 25 semaines – et la fin de la pandémie ne s'annonce pas proche.

Ce rapport confirme que l'approche collaborative pilotée par les pays adoptée par le GFF dans ses 36 pays partenaires a fonctionné. Il indique également ce qui est en jeu si nous n'agissons pas de toute urgence afin de protéger les acquis obtenus et susceptibles de changer et de sauver des vies. En Afghanistan, par exemple, la protection contraceptive a augmenté de 55 pour cent et le nombre de femmes supplémentaires ayant bénéficié de consultations postnatales a augmenté de 36 pour cent. Au Rwanda,

le combat pour le développement infantile déployé à travers divers secteurs a permis de dépister la malnutrition chez 3,15 millions d'enfants. En Éthiopie, les mutuelles de santé ont été étendues pour couvrir 28 pour cent de la population, entraînant non seulement une utilisation accrue des services de santé parmi les personnes assurées, mais aussi un allègement du fardeau financier pour les familles.

Avec l'arrivée de la COVID-19, la raison d'être du GFF – se concentrer sur les progrès en matière de santé reproductive, maternelle, néonatale, infantile et adolescente et de nutrition dans les pays les plus pauvres et parmi les populations les plus vulnérables – s'avère plus cruciale que jamais. En donnant aux pays les moyens de prendre la tête des opérations et en permettant aux partenaires de la santé mondiale de collaborer davantage, le GFF fournit la plateforme catalytique dont le monde a besoin pour protéger les progrès au niveau de la santé récemment acquis, garantir que les pays puissent maintenir les services essentiels de santé et de nutrition au cours de la pandémie, et apporter l'appui requis par les pays pour se remettre sur la bonne voie le plus rapidement possible.

Le GFF est prêt et disposé à s'assurer que les femmes, les enfants et les adolescents les plus vulnérables du monde ne soient pas laissés pour compte. Nous sommes honorés de nous tenir aux côtés de nos pays partenaires pour relever ce défi et de collaborer étroitement avec nos partenaires internationaux du Groupe de la Banque mondiale, des Nations unies, des bailleurs de fonds bilatéraux, des fondations, de la société civile et des entreprises pour une meilleure reconstruction. L'heure est venue d'intensifier notre engagement commun : faire en sorte que le monde soit solidement engagé sur la voie de la réalisation de l'objectif selon lequel chaque femme, chaque enfant et chaque adolescent – partout dans le monde – puissent accéder aux services essentiels de santé abordables et de qualité, dont ils ont besoin pour survivre et prospérer.

Muhammad Ali Pate,
Directeur, Mécanisme de financement mondial
Octobre 2020

**« LA COVID-19 PERTURBE
LES SERVICES DE SANTÉ
ESSENTIELS ET VITAUX POUR
LES FEMMES, LES ENFANTS ET
LES ADOLESCENTS, AVEC UN
IMPACT POTENTIELLEMENT
DÉVASTATEUR SUR LA
SANTÉ ET L'ÉQUITÉ. »**

**« LE GFF EST PRÊT À GARANTIR
QUE LES FEMMES, LES ENFANTS
ET LES ADOLESCENTS LES PLUS
VULNÉRABLES DU MONDE
NE SOIENT PAS LAISSÉS
POUR COMPTE. »**





© 2020 Banque internationale pour la reconstruction et le développement / Mécanisme de financement mondial

1818 H Street NW, Washington DC 20433

Téléphone : 202-473-1000

Site Internet : www.globalfinancingfacility.org/fr

Ce travail est un produit du Secrétariat du Mécanisme de financement mondial de la Banque mondiale avec des contributions externes. Les constats, interprétations et conclusions exprimées dans ce travail ne reflètent pas nécessairement les points de vue de la Banque mondiale, de son Conseil d'Administration, des gouvernements qu'ils représentent, ou du Groupe des investisseurs du Mécanisme de financement mondial.

La Banque mondiale ne garantit pas l'exactitude des données incluses dans ce travail. Les frontières, couleurs, dénominations et autres informations figurant sur les cartes de cet ouvrage ne constituent en aucun cas un jugement, une approbation ou une acceptation de la part de la Banque mondiale en ce qui concerne le statut juridique ou les frontières d'un territoire.

DROITS ET LICENCES

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

Toute question sur les droits et les licences, y compris les droits subsidiaires, doit être adressée à :

Publications de la Banque mondiale
Groupe de la Banque mondiale
1818 H Street NW, Washington, DC 20433, USA
Fax : 202-522-2625
Courriel : pubrights@worldbank.org

TABLE DES MATIÈRES

Section 1 :

Prioriser les besoins sanitaires des femmes, des enfants et des adolescents	6
Comment le GFF impulse des changements durables	8
L'approche du GFF pour un financement durable de la santé	14
Renforcer le pouvoir d'action des femmes et des filles à travers des services de santé sexuelle et reproductive	18
Conclure des partenariats avec la société civile afin de maximiser l'impact des investissements nationaux	20
Poser les fondements de systèmes de santé plus solides : Les systèmes d'enregistrement et de statistiques de l'état civil	22
Tirer parti du potentiel du secteur privé à transformer les systèmes de santé	25

Section 2 :

Les pays ouvrent la voie : Instantanés de pays sélectionnés	28
---	----

Section 3 :

Profils des pays	58
------------------	----

Données financières du GFF	132
-----------------------------------	-----

À Propos du GFF	134
------------------------	-----

Remerciements et Acronymes	135
-----------------------------------	-----

Annexes	136
----------------	-----



PRIORISER LES BESOINS SANITAIRES DES FEMMES, DES ENFANTS ET DES ADOLESCENTS

Il y a cinq ans à Addis Abeba, des leaders mondiaux ont lancé le Mécanisme de financement mondial pour les femmes, les enfants et les adolescents (GFF) afin d'aider les pays les plus pauvres à accélérer une réduction de la mortalité maternelle et infantile.

Le GFF a joué un rôle pionnier en déplaçant l'accent placé sur les approches traditionnelles du développement vers un mode de progression plus durable dans lequel les gouvernements prennent les rênes et réunissent leurs partenaires mondiaux en vue de soutenir des plans nationaux priorités et chiffrés. Cette approche a catalysé des investissements à fort impact en faveur de la santé reproductive, maternelle, néonatale, infantile et adolescente, et de la nutrition dans les pays les plus vulnérables.

Il y a cinq ans à Addis Abeba, des leaders mondiaux ont lancé le Mécanisme de financement mondial pour les femmes, les enfants et les adolescents (GFF) afin d'aider les pays les plus pauvres à accélérer une réduction de la mortalité maternelle et infantile.

Le GFF a joué un rôle pionnier en déplaçant l'accent placé sur les approches traditionnelles du développement vers un mode de progression plus durable dans lequel les gouvernements prennent les rênes et réunissent leurs partenaires mondiaux en vue de soutenir des plans nationaux priorités et chiffrés. Cette approche a catalysé des investissements à fort impact en faveur de la santé reproductive, maternelle, néonatale, infantile et adolescente et, de la nutrition dans les pays les plus vulnérables.

À la fin de l'année 2019, l'approche collaborative et pilotée par les pays du GFF avait déjà commencé à générer d'importantes améliorations au niveau de la santé maternelle, infantile et adolescente, et à combler les écarts en matière d'équité dans le domaine de la santé. Avec le soutien des bailleurs de fonds, l'expansion du GFF s'est vu rapidement multipliée par neuf, passant de quatre pays partenaires en 2015 à 36 pays. En juin 2020, les subventions versées par le GFF s'élevaient à près de 602 millions de dollars américains et étaient reliées à un financement externe d'environ 4,7 milliards de dollars américains de l'IDA/BIRD de la Banque mondiale. Le GFF a également aidé à aligner des volumes beaucoup plus importants de financements nationaux et externes sur les dossiers d'investissement des pays partenaires du GFF.

Les pays dans lesquels le partenariat du GFF existe depuis le plus longtemps ont enregistré d'importantes améliorations en matière d'accès à des services de santé de qualité pour les femmes, les enfants et les adolescents. Par exemple, en Éthiopie, les mutuelles de santé ont été étendues pour couvrir 28 pour cent de la population, entraînant non seulement une utilisation accrue des services de santé parmi les personnes assurées mais aussi une réduction des paiements directs de 34 à 30 pour cent. Après seulement trois ans, le gouvernement de la République démocratique du Congo (RDC) a accru les ressources nationales consacrées à la santé de 7 à 10 pour cent de l'ensemble du budget national, ce qui a participé à étendre la couverture des services et à améliorer les résultats de santé dans des domaines importants.

Aujourd'hui, ces avancées ainsi que les autres progrès réalisés au cours des cinq dernières années se voient menacés par la pire crise de santé publique depuis un siècle. La COVID-19 a lourdement frappé les pays partenaires du GFF, entraînant de graves difficultés économiques et sanitaires, et bouleversant les vies de centaines de millions de personnes. En outre, les femmes et les filles sont confrontées à une recrudescence des violences à caractère sexiste en raison du confinement, des pertes d'emploi, du manque de protection sociale, de la fermeture des écoles, de l'augmentation de soins non pris en charge et de la perte d'accès aux services de santé sexuelle et reproductive.

Les perturbations des services de santé ainsi que la réticence à recourir à des soins par peur de la COVID-19 accroissent les risques encourus par les femmes et les enfants en matière de décès et de problèmes de santé à long terme. Le GFF a récemment mené une analyse qui confirme la présence de ces perturbations dans de nombreux pays à faible revenu. Cette analyse souligne également que les consultations ambulatoires et la couverture vaccinale pour les enfants ont été particulièrement touchées. À titre d'exemples, la vaccination des enfants a chuté de 32 pour cent au Libéria ; les consultations ambulatoires ont diminué dans tous les pays où cet indicateur est suivi ; et la prestation de services de planification familiale et de santé prénatale et infantile a aussi été impactée. Au Nigéria, le nombre de femmes ayant recours à des services de santé au cours de la grossesse a chuté de 16 pour cent, exposant ainsi de nombreuses femmes à un risque accru de complications ou de décès liés à la grossesse.

La réponse du GFF à la COVID-19

Même avant la pandémie, les progrès réalisés pour améliorer la santé et la vie des femmes, des enfants et des adolescents s'avéraient trop lents. Chaque année, plus de cinq millions de femmes et d'enfants perdaient la vie en raison de maladies évitables ou curables, comme le paludisme et la pneumonie. Chaque jour, plus de 800 femmes et adolescentes décédaient d'affections évitables associées soit à la grossesse, à l'accouchement ou au manque d'accès aux soins de santé reproductive (OMS).

Aujourd'hui, la COVID-19 met en exergue la fragilité des systèmes de santé du monde – et souligne la rapidité avec laquelle les services de santé essentiels pour les femmes, les enfants et les adolescents peuvent être interrompus ou discontinués lorsque des systèmes de santé déjà fragiles sont soumis à un stress.

Dès le début de la pandémie, le GFF a sonné l'alarme sur les effets potentiellement dévastateurs des crises sanitaires secondaires causées par ces perturbations anticipées. Outre ce plaidoyer précoce, le GFF a rapidement fourni un appui à ses 36 pays partenaires afin de les aider à assurer une priorisation et une utilisation efficaces des financements supplémentaires de la Banque mondiale et d'autres bailleurs de fonds, à créer des solutions novatrices, et à favoriser un partage de connaissances entre les pays focalisé sur ce qui fonctionne au niveau national. En RDC, par exemple, le GFF et ses partenaires ont appuyé le gouvernement dans le cadre d'un exercice de cartographie des ressources et de suivi des dépenses mené afin de mieux comprendre la part des financements détournée des services essentiels. Au Myanmar, une subvention du GFF reliée à un projet de la Banque mondiale a aidé le gouvernement à engager des prestataires du secteur privé de la santé afin d'améliorer la prestation de services de santé primaire pour les populations les plus vulnérables affectées par la pandémie.

Pour répondre aux perturbations du côté de l'offre, le GFF s'est attaché à aider les pays partenaires à accroître l'approvisionnement en produits de base et en équipements de protection indispensables aux agents de santé de première ligne. Par exemple, par le biais d'un partenariat avec la Société financière internationale (SFI), le GFF a conçu des solutions de financement mixte afin d'élargir l'accès des pays partenaires aux équipements de protection individuelle (EPI), à l'oxygène et à d'autres produits sanitaires de première ligne susceptibles de sauver des vies.

En collaboration avec des partenaires internationaux, le GFF a investi dans les données et dans l'analyse pour suivre régulièrement les perturbations et les goulots d'étranglement affectant et entravant la prestation de services. Cet investissement a pour but d'aider les pays à prendre des décisions en fonction de données probantes, notamment dans le cadre de décisions politiques, programmatiques et relatives à l'allocation de ressources. Dans le cadre d'un effort conjoint mené avec la Reproductive Health Supplies Coalition et Avenir Health, le GFF a élaboré un outil de modélisation pour aider les pays à mieux comprendre et à atténuer les effets de la COVID-19 sur les contraceptifs. Cet outil a estimé que près de 26 millions de femmes dans les 36 pays soutenus par le GFF pourraient perdre leur accès à la planification familiale au cours de la pandémie, entraînant ainsi près de 8 millions de grossesses non désirées.

Au tout début de la pandémie, le GFF avait également rapidement établi un programme virtuel d'échange de connaissances afin de permettre aux pays de partager les enseignements tirés, et cela en temps réel en temps réel. À travers cette plateforme, certains pays sont parvenus à améliorer les mesures prises pour simultanément assurer une prestation de services et maintenir une distanciation physique, tandis que d'autres sont parvenus à renforcer l'utilisation de technologies mobiles à des fins de télémédecine, et d'autres encore ont approfondi leur réflexion quant à la meilleure manière d'utiliser et d'intégrer les agents de santé communautaire au sein des efforts déployés pour renforcer la continuité des services.

Soutenir les pays partenaires du GFF afin de mieux gérer les impacts de la COVID-19 continuera à figurer comme une priorité majeure pour le GFF. Les résultats mis en exergue dans ce rapport annuel reflètent une période antérieure à la pandémie et viennent uniquement souligner le besoin urgent de protéger ces acquis et de redoubler d'efforts pour accélérer les résultats de santé pour les femmes, les enfants et les adolescents des communautés et des pays les plus vulnérables au monde.



COMMENT LE GFF IMPULSE DES CHANGEMENTS DURABLES

Le cadre logique et la théorie du changement du GFF servent de feuille de route pour établir comment mesurer et apporter des changements pérennes dans chaque pays partenaire du GFF. Le cadre fournit les bases de la collecte de données et de l'élaboration de rapports centralisés axés sur des résultats. Il indique également comment les investissements et les activités appuyés par le GFF contribuent à améliorer les indicateurs de santé relatifs aux femmes et aux nouveau-nés dans le temps. L'élaboration et la mise en œuvre d'un dossier d'investissement national chiffré piloté par chaque pays se trouve au cœur du modèle. Le dossier d'investissement définit la voie à suivre pour étendre l'accès à un forfait essentiel de services de santé de base ainsi que les principaux financements et les réformes systémiques requises, afin d'accélérer la progression vers une couverture de santé universelle.

À travers un groupe formel composé de diverses parties prenantes – communément appelé la plateforme nationale – le GFF appuie les gouvernements en vue d'aligner le soutien financier et technique des bailleurs de fonds et des partenaires sur les priorités du dossier d'investissement national. En utilisant des approches basées sur les résultats, le GFF permet aux pays d'améliorer la qualité de la prestation de services, et cela tout en constituant des systèmes de données et de suivi des dépenses capables de stimuler une redevabilité envers les résultats.

Stimuler de meilleurs résultats de santé et de nutrition

Au cours des dernières années, la plupart des pays partenaires du GFF ont enregistré une évolution positive quant à la réduction des décès parmi les enfants de moins de cinq ans et des taux de grossesse chez les adolescentes, et quant à l'amélioration des indicateurs de croissance des enfants. Les indicateurs relatifs à une réduction de la mortalité maternelle et néonatale indiquent également une progression. Ce qui suit constitue un résumé des résultats impulsés par le GFF au niveau national enregistrés au terme de l'année 2019.

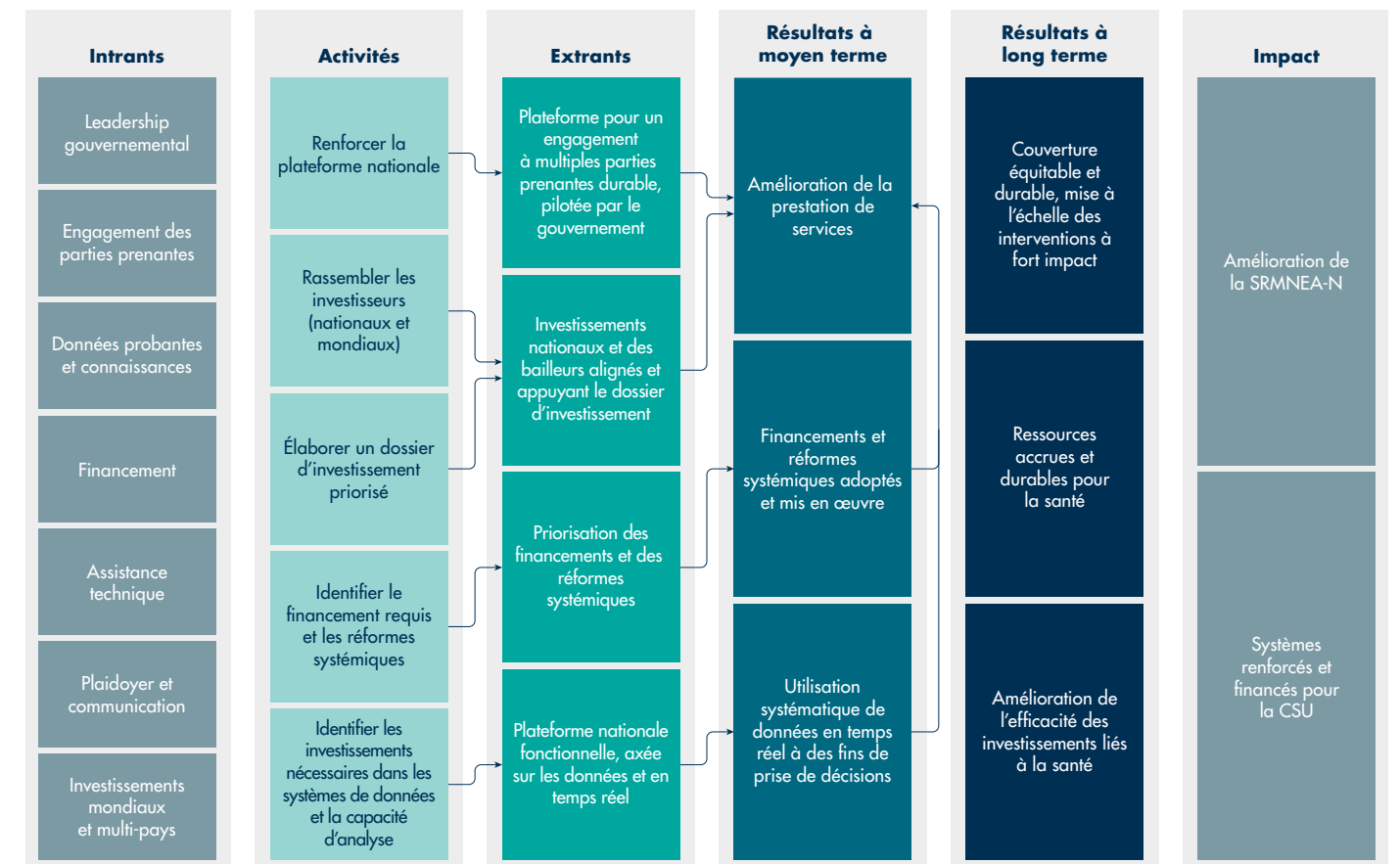
Les investissements et les activités appuyés par le GFF ont contribué à une meilleure santé pour les femmes et les nouveau-nés.

- Les indicateurs relatifs à une réduction des décès maternels et

néonataux indiquent d'importantes améliorations, notamment en matière de recours à un personnel qualifié au cours de l'accouchement, d'accouchement en établissements de santé et de soins prénataux. Au Libéria, par exemple, le pourcentage des accouchements en établissements de santé a augmenté de 56 pour cent en 2013 à 80 pour cent en 2019 (EDS).

- La grande majorité des pays partenaires du GFF qui transmettent des rapports sur les indicateurs de santé prénatale ont enregistré des améliorations. Par exemple, en Tanzanie, le nombre de femmes bénéficiant de quatre consultations prénatales a quasiment doublé, passant de 42 pour cent en 2016 à 80 pour cent en 2019. (DHIS2).
- De même, presque tous les pays qui transmettent des rapports sur les indicateurs de soins postnatals ont enregistré des améliorations. Par exemple, en Afghanistan, le nombre de femmes recevant des soins postnatals dans les 24 heures suivant l'accouchement a augmenté de 36 pour cent entre 2017 et 2019 (ministère de la Santé publique).
- La majorité des pays ayant priorisé la fourniture de services de santé sexuelle et reproductive ont enregistré une amélioration sur ces indicateurs. Par exemple, en Ouganda, les années-couples de protection (ACP) – qui estiment la protection contre la grossesse fournie sur une année par les méthodes contraceptives – ont augmenté de 44 pour cent entre 2016 et 2019 (SGIS).

Figure 1. Cadre logique et théorie du changement du GFF



À titre d'exemple, le timing est établi à 1-3 ans pour les extrants, 3-5 ans pour les résultats à moyen terme et à 5-10 ans pour les résultats à long terme.

La nutrition et la couverture vaccinale des enfants se sont considérablement améliorées dans les pays appuyés par le GFF.

- La majorité des 10 pays partenaires du GFF qui ont fourni des statistiques sur les indicateurs de nutrition a enregistré d'importantes améliorations. En Éthiopie, par exemple, le suivi de la croissance a augmenté de 38 pour cent en 2016 à 54 pour cent en 2019 (Rapport d'avancement annuel, MDS). En Indonésie, le pourcentage des ménages comptant des enfants de moins de deux ans et ayant accès à une eau potable améliorée s'est accru dans les districts prioritaires, et cela de 65,3 pour cent en 2017 à 69 pour cent en 2019 (SUSENAS).
- Tous les partenaires du GFF qui communiquent des données sur la vaccination ont enregistré des améliorations – à l'exception de l'Ouganda qui enregistrait déjà un taux de vaccination au pentavalent-3 supérieur à 90 pour cent en 2016. Dans les états prioritaires du nord-est du Nigéria, par exemple, où le GFF a concentré ses efforts, le taux de vaccination au pentavalent-3 a augmenté de 28 pour cent en 2016 à 49 pour cent en 2019 (SGIS, Nigeria).

La plupart des pays partenaires du GFF ont enregistré une évolution positive quant à la réduction des décès parmi les enfants de moins de cinq ans et des taux de grossesse chez les adolescentes, et quant à l'amélioration des indicateurs de croissance des enfants.

- Neuf pays partenaires dans lesquels le GFF mène des opérations depuis plus de trois ans – le Bangladesh, l'Éthiopie, le Kenya, la Tanzanie, l'Ouganda, le Cameroun, la République démocratique du Congo et le Nigéria – enregistrent des améliorations significatives en matière de mortalité des enfants de moins de cinq ans et de croissance des enfants. Les grossesses parmi les adolescentes ont diminué dans la plupart des pays et la couverture des services de planification familiale continue à croître. La mortalité maternelle apparaît en diminution, bien que le manque de données la rende difficile à mesurer.

DANS LES PAYS OÙ LE PARTENARIAT DU GFF EST EN PLACE DEPUIS LE PLUS LONGTEMPS, ON CONSTATE DES AMÉLIORATIONS SIGNIFICATIVES DE L'ACCÈS À DES SERVICES DE SANTÉ DE QUALITÉ POUR LES FEMMES, LES ENFANTS ET LES ADOLESCENTS.

Résultats des pays sélectionnés

Sénégal

L'augmentation de l'efficacité budgétaire de 80,5% en 2017 à 93 % en 2019 a permis d'améliorer la plupart des indicateurs de santé maternelle. Les accouchements dans les établissements de santé sont passés de 78 % à 82 % et les accouchements assistés de 68 % à 74 %.

Libéria

Les ressources ont été concentrées dans les six comtés où les résultats sont les plus faibles. Le nombre de femmes qui se rendent aux consultations postnatales a été multiplié par six dans ces comtés, ce qui a permis de réduire l'écart en matière d'équité. Au niveau national, 20 % d'enfants supplémentaires ont été vaccinés et les accouchements assistés ont augmenté de 24 %.

Nigéria

Un accent sur la réduction des écarts en matière d'équité, en particulier dans les régions du nord touchées par les conflits, a contribué à améliorer l'accès aux services de santé infantile entre 2016 et 2019 : 41 % d'enfants en plus ont été entièrement vaccinés et la couverture du pentavalent 3 est passée de 73 % à 88 %.

Burkina Faso

Un dossier d'investissement révisé contribue à élargir l'accès aux services pour les femmes, les enfants et les adolescents dans les zones touchées par le conflit, grâce à la mise en place de systèmes de santé communautaires plus résistants.

République démocratique du Congo

Le budget alloué à la santé est passé de 7 % à 10 % en 2019, dépassant ainsi l'objectif initial. Cela a contribué à améliorer la couverture des services et les résultats de santé dans plusieurs domaines clés.

Rwanda

En 2019, 3,15 millions d'enfants ont été soumis à un dépistage de la malnutrition par des agents de santé communautaire. Le nombre de nouveau-nés allaités dans l'heure suivant la naissance a augmenté de 15 % de 2018 à 2019.

Éthiopie

L'assurance maladie communautaire a été étendue pour couvrir 28 % de la population en 2019. Cela a entraîné une augmentation significative du recours aux soins de santé pour les personnes assurées et a contribué à réduire la part des paiements directs des ménages de 34 % à 30 %.

Afghanistan

La transformation de la prestation de services par l'intermédiaire des ONG a permis d'accroître l'efficacité et d'élargir les services de santé. Cela a contribué à une augmentation de 55 % de la protection contraceptive (CYP) et à une augmentation de 36 % du nombre de femmes bénéficiant des consultations postnatales.

Ouganda

Le renforcement des capacités de plus de 4 000 agents de santé et autres parties prenantes en matière de services de santé adaptés aux jeunes a contribué à une augmentation de 60 pour cent des visites de planification familiale pour les adolescents depuis 2016.

Bangladesh

Les investissements dans la santé et la nutrition ont contribué à une diminution du retard de croissance et de l'émaciation. Dans les régions de Sylhet et de Chattogram, les visites de conseil en alimentation pour les nourrissons et les jeunes enfants ont presque triplé entre 2017 et 2019.

Indonésie

La convergence de l'accès aux services de santé, de nutrition, d'eau et d'éducation a permis de réduire le retard de croissance parmi les enfants de moins de cinq ans de 30,8 % à 27,7 % et l'émaciation de 10,2 % à 7,4 %.

Tanzanie

Le financement direct des établissements de santé a permis d'améliorer la qualité et l'accès aux services, et d'étendre la couverture des interventions en matière de santé maternelle. De 2018 à 2019, le taux de femmes bénéficiant de quatre consultations prénatales est passé de 64 % à 81 % et le taux de supplémentation en fer et en acide folique de 76 % à 84 %.

Mozambique

En raison de la priorisation dans le dossier d'investissement, la prestation de services a été renforcée. Le nombre de femmes ayant bénéficié de quatre visites de consultation prénatale est passé de 42 % à 53 % et les accouchements dans les établissements de santé ont augmenté de 10 % entre 2017 et 2019.

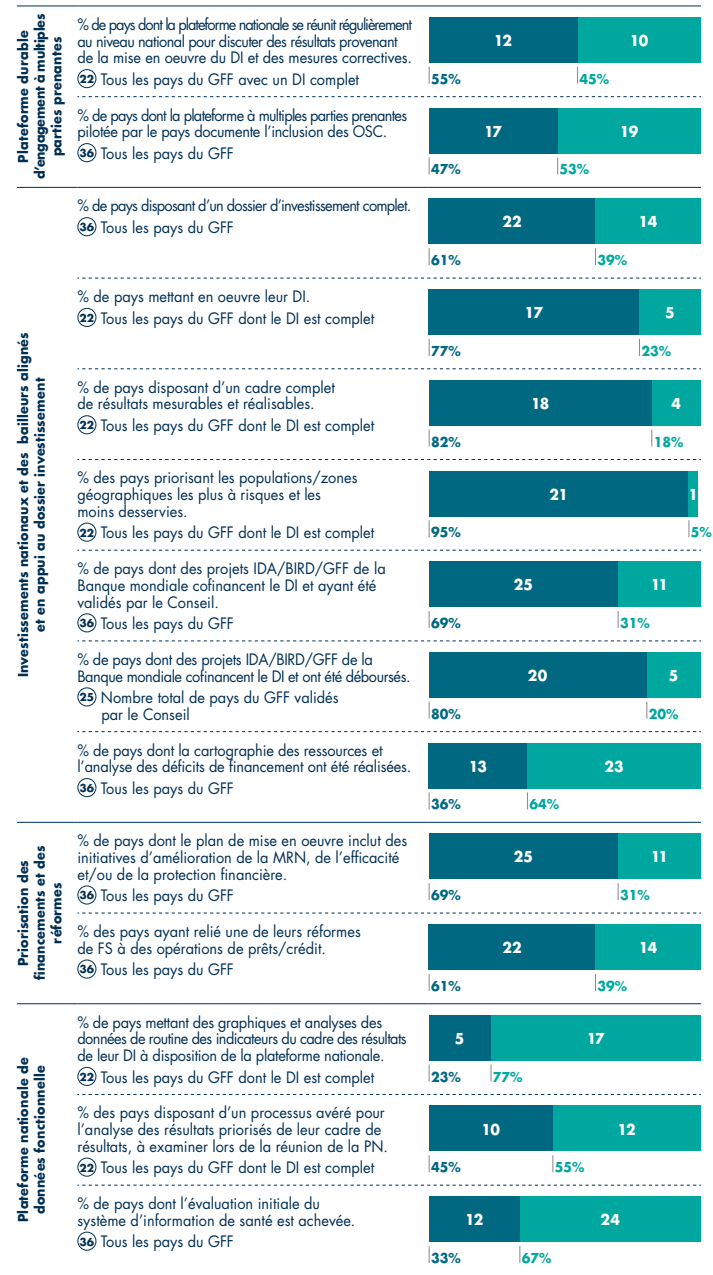
Kenya

À la suite des principales réformes de financement, le Kenya a augmenté l'allocation budgétaire à la santé dans 43 de ses 47 comtés. De 2017 à 2019, tous les comtés ont augmenté leur budget de santé à au moins 20 % de leur budget total et cela, pour atteindre leur objectif infranational.

Les indicateurs du cadre logique du GFF

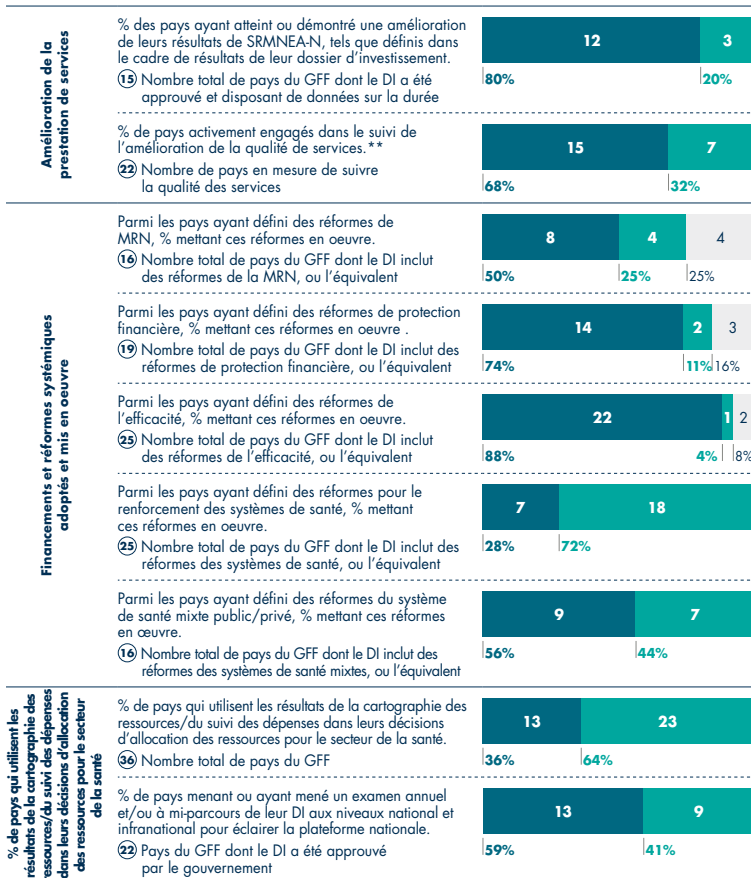
Les tableaux ci-dessous résument les progrès et les réalisations dans le portefeuille des 36 pays partenaires du GFF en matière de produits, de résultats et d'indicateurs d'impact dans le cadre logique du GFF, en juin 2020. Ils comprennent également un résumé des domaines prioritaires dans les cas d'investissements nationaux tels que la SRMNEA-N, le financement de la santé, le renforcement des systèmes de santé et l'équité.

Indicateurs de résultats



■ Oui
■ Non
■ Nombre de pays ne disposant d'aucunes données récentes

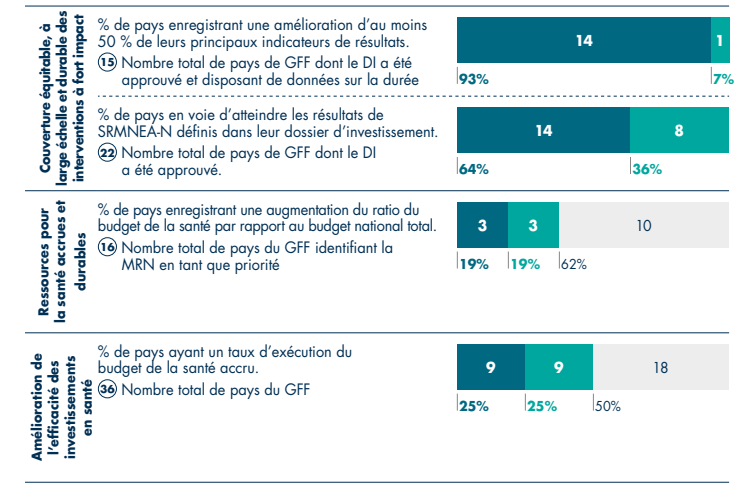
Indicateurs de résultat à moyen terme



Priorisation des dossiers d'investissement

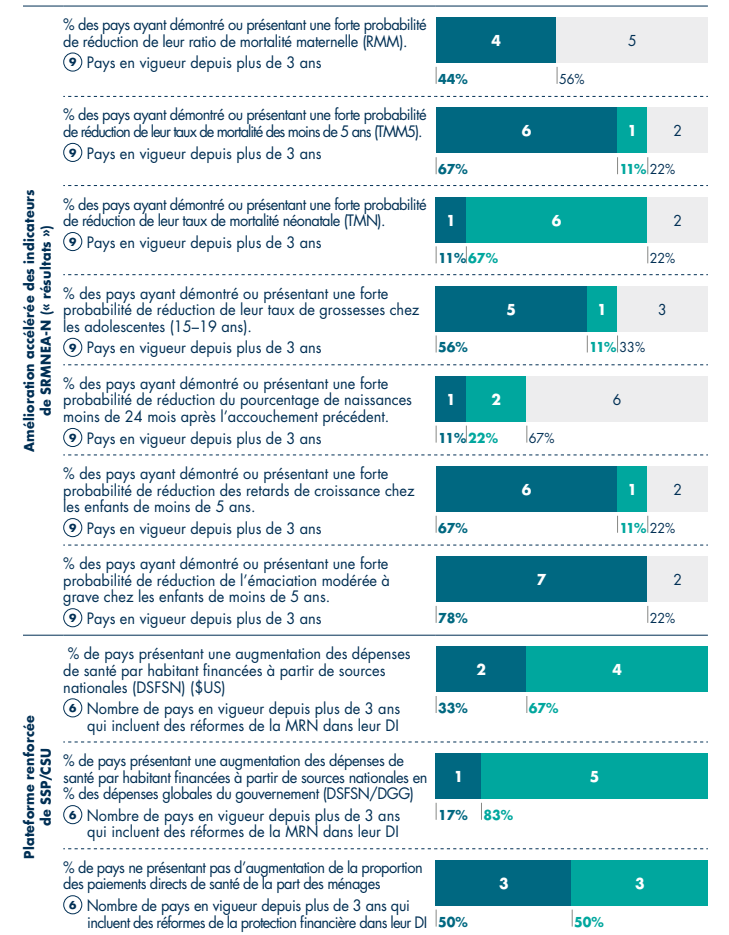
	SRMNEA-N										Financement de la santé						Renforcer les systèmes de santé						Équité												
	Santé des nouveau-nés	Santé des enfants	Santé des adolescents	Santé maternelle	Santé (autre)	DSR/Planification familiale	Nutrition des nouveau-nés	Nutrition des enfants	Nutrition des Adolescents	Nutrition maternelle	Nutrition (autre)	GBV	NDC (prévention et contrôle)	Gestion des finances publiques	Mise en commun, coordination, alignement des bailleurs	Assurance santé	Paiement des prestataires	Forfait de prestations de santé	Engagement du secteur privé	Autre	Qualité des soins	RHS	Infrastructure	Santé communautaire	CRVS	Gestion de la chaîne d'approvisionnement	HIS et S&E	Surveillance intégrée des maladies	Préparation aux situations d'urgence	Gouvernance	Santé Numérique	Focalisation géographique	Dimension de genre	Orientation socio-économique	Focus sur les populations prioritaires
Nombre de oui	18	21	19	22	5	20	15	19	15	18	5	7	7	17	16	11	16	13	11	1	19	17	12	19	12	16	19	7	8	17	7	20	16	20	15
Afghanistan	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Bangladesh	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Burkina Faso	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Cameroon	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
République centrafricaine	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Côte d'Ivoire	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
RDC	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Éthiopie	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Guatemala	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Indonésie	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Kenya	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Libéria	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Madagascar	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Malawi	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Mozambique	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Nigéria	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Rwanda	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Sénégal	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Sierra Leone	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Tanzanie	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Ouganda	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Vietnam	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓

Indicateurs de résultat à long terme



Abréviation	Définition
BIRD	Banque internationale pour la reconstruction et le développement
DI	Dossier d'investissement
FS	Financement de la santé
GFF	Mécanisme de financement mondial
IDA	Association internationale pour le développement
MRN	Mobilisation des ressources nationales
OSC	Organisation de la société civile
PN	Plateforme nationale
SRMNEA-N	Santé reproductive, de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent, et nutrition

Indicateurs d'impact





L'APPROCHE DU GFF POUR UN FINANCEMENT DURABLE DE LA SANTÉ

Le GFF utilise le dossier d'investissement comme un outil essentiel de priorisation et de promotion des réformes de financement requises afin d'accroître le volume et d'améliorer l'efficacité des ressources de santé. L'approche du GFF combine des investissements immédiats axés sur les priorités les plus urgentes à une collaboration avec les pays axée sur le renforcement de leurs capacités à utiliser les ressources de façon plus efficace et à autofinancer leurs systèmes sur le long terme.

Occupant une position particulière en tant que partenaire de la Banque mondiale, le Fonds fiduciaire du GFF fournit des subventions catalytiques qui tirent parti de l'appui fourni par la Banque mondiale en matière de prêts et de budgets. Ces subventions soutiennent la mise en œuvre des dossiers d'investissement, en capitalisant sur le pouvoir de mobilisation de la Banque mondiale ainsi que sur ses connaissances sectorielles en matière de promotion de réformes durables du financement de la santé. Le GFF s'appuie également sur des partenariats aux niveaux national et mondial pour former un consensus autour de ces réformes.

Sur les 36 pays actuellement soutenus par le GFF, les résultats suivants ont été enregistrés au terme de l'année 2019 :

Deux tiers des pays avaient commencé à mettre en œuvre des réformes budgétaires et financières en vue d'améliorer l'efficacité des dépenses de santé et d'orienter davantage de ressources vers les prestataires de santé de première ligne.

– La République démocratique du Congo (RDC), le Nigéria et la Tanzanie ont créé, élargi ou réformé des programmes de financement basé sur la performance (FBP) permettant d'étendre la couverture des services et d'améliorer la qualité des soins.

– Le Cameroun et Madagascar ont modifié les règles qui régissent les flux financiers à destination des prestataires de première ligne, améliorant ainsi la gestion des ressources et octroyant, dans certains cas, une autonomie de gestion de fonds aux prestataires de première ligne.

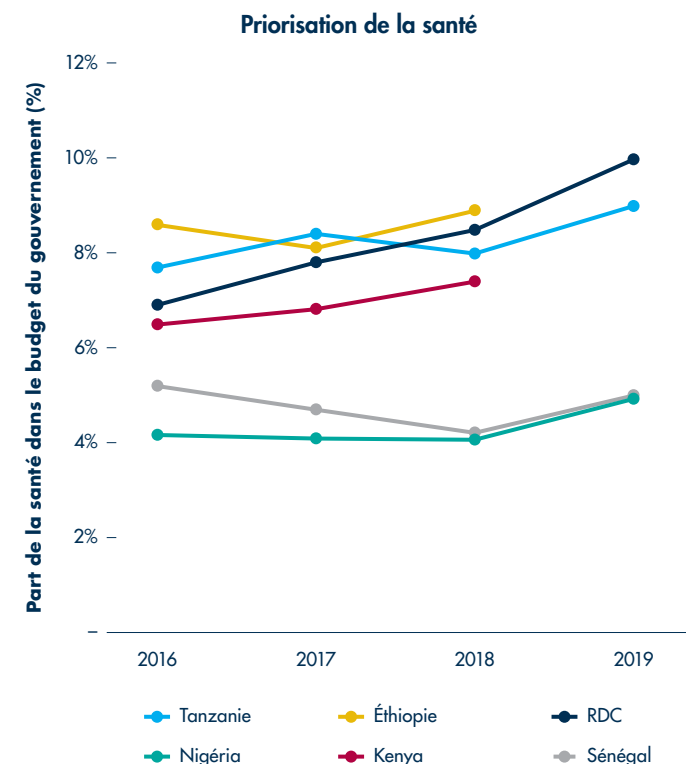
– Le Bangladesh, l'Éthiopie et le Mozambique sont parvenus à introduire des réformes pour augmenter le financement des soins primaires. Par exemple, alors que le Bangladesh a créé 2 500 nouveaux postes de sages-femmes¹, le Mozambique a introduit 3 300 techniciens de santé primaire supplémentaires entre 2017 et 2019 (SIP), et l'Éthiopie a augmenté le volume de ressources extérieures canalisées par le budget du gouvernement et allouées aux régions.

Huit pays ont mobilisé davantage de ressources nationales en faveur de la santé des femmes, des enfants et des adolescents.

– Le Kenya a augmenté la part du budget consacré à la santé dans 43 de ses 47 comtés. De 2017 à 2019, tous les comtés avaient accru la part du budget qu'ils consacraient à la santé à au moins 20 pour cent du budget total (rapport du Fonds fiduciaire à multiples bailleurs)

– En Côte d'Ivoire, le gouvernement s'est engagé à augmenter la part du budget consacrée à la santé à raison de 12 pour cent d'ici la fin du dossier d'investissement. Le budget national de la santé approuvé pour 2020 inclut une augmentation de 16 pour cent par rapport à 2019.

– En RDC, où le GFF a appuyé la production de données probantes, l'assistance technique et le renforcement des capacités en matière de mobilisation de ressources nationales et de gestion des finances publiques, la part des ressources publiques allouées à la santé a augmenté de 6,9 pour cent en 2016 à 10 pour cent en 2019 (BOOST).



L'appui du GFF a permis aux pays partenaires d'identifier et de mettre en œuvre des systèmes de collecte de données ainsi que des réformes qui bénéficient à la santé des femmes, des enfants et des adolescents.

– L'Éthiopie a renforcé l'exhaustivité et le caractère opportun des données inhérentes à son système de gestion de l'information de santé, et cela de 68 pour cent en 2016 à 84 pour cent en 2018 (SARA). De même, le Kenya est également parvenu à augmenter l'exhaustivité et le caractère opportun des données de santé et cela, de 84 pour cent en 2016 à 94 pour cent en 2019 (SGIS du Kenya).

– En Tanzanie, le soutien du GFF a également permis des améliorations remarquables dans l'approvisionnement de produits sanitaires vitaux de base et cela, avec la disponibilité de 10 médicaments-témoin passant de 60 pour cent en 2016 à 96 pour cent en 2019 (DHIS2).

– Au total, 12 pays partenaires du GFF ont affecté des financements au renforcement de leurs systèmes d'enregistrement et de statistiques de l'état civil (CRVS), entraînant des améliorations comme la décentralisation des services d'enregistrement, la standardisation des outils et des processus, et la formation d'un plus grand nombre de fonctionnaires à l'utilisation de ces systèmes.

Cartographier les ressources et suivre les dépenses

Appuyer les gouvernements en vue de cartographier les ressources et de suivre les dépenses (CRSD) constitue un aspect décisif du soutien du GFF, permettant une évaluation globale des déficits de financement et l'alignement des financements des bailleurs de fonds et du gouvernement pour la mise en œuvre du dossier d'investissement. Ces données aident ensuite à renseigner les décisions prises par les gouvernements et leurs partenaires en matière de mobilisation de ressources supplémentaires et d'amélioration de l'efficacité et de l'équité des dépenses de santé. Afin d'assurer la pérennité, le GFF apporte une assistance technique aux pays dans le but de systématiser

LE GFF ENCOURAGE UN FINANCEMENT DURABLE DE LA SANTÉ EN TRAVAILLANT AVEC LES PAYS AU FIL DU TEMPS POUR RENFORCER LEUR CAPACITÉ À UTILISER LEURS PROPRES RESSOURCES DE MANIÈRE PLUS EFFICACE ET À AUTOFINANCER LEURS SYSTÈMES À LONG TERME.

¹ Indicateurs liés au décaissement (ILD) vérifiés avec les données extraites des registres administratifs de l'Unité de gestion des ressources humaines, ministère de la Santé publiques et des Affaires familiales.

Sur les 36 pays soutenus par le GFF :

- 31 ont complété leurs CRSD
- 8 ont relié les données de CRSD aux systèmes et processus de routine de la GFP, tels que les comptes nationaux de la santé
- 6 ont mené des CRSD de routine, mettant ainsi des données à disposition des parties prenantes



et, à terme, d'intégrer la CRSD au sein des systèmes de financement de la santé et de gestion des finances publiques (GFP) plus larges. En outre, le GFF, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et d'autres partenaires s'attachent également à harmoniser la CRSD avec les comptes nationaux de la santé. Les succès rencontrés incluent :

Alignement des bailleurs de fonds : À Madagascar, afin d'encourager l'adhésion de partenaires supplémentaires, le processus de CRSD a été institutionnalisé au sein du ministère de la Santé qui est désormais chargé de superviser la collecte et l'analyse de données menées par une organisation de la société civile. Au Malawi, la rationalisation de la collecte de données opérée par le gouvernement en collaboration avec le GFF et d'autres partenaires a participé à encourager d'autres parties prenantes à partager davantage d'informations.

Mobilisation des ressources : Le Malawi et le Zimbabwe ont tous deux eu recours à une cartographie des ressources afin d'analyser les déficits de financement inhérents à leurs stratégies de lutte contre le VIH/sida, la tuberculose et le paludisme, et renseigner leurs demandes de financements auprès du Fonds mondial. En RDC, le gouvernement a adopté les priorités du dossier d'investissement pour son plan national de santé et son processus budgétaire, et à également permis aux partenaires d'identifier les déficits de financement et de plaider pour davantage de ressources.

Accroissement de l'efficacité et de l'équité en matière de ressources : En RDC, en soulignant un niveau de financement relativement bas et de très faibles résultats de santé pour les femmes et les enfants dans la province de Maniema, les données de la CRSD ont incité le gouverneur à rechercher des financements supplémentaires.

Tirer profit du financement et de l'expertise de la Banque mondiale pour inciter des réformes

Le Fonds fiduciaire du GFF fournit des subventions dans le but de cofinancer les projets de la Banque mondiale qui peuvent encourager des réformes du financement de la santé, et cela en reliant les décaissements de fonds à la mise en œuvre de réformes spécifiques. Dans les pays aux capacités institutionnelles plus faibles, le financement du GFF se concentre sur le renforcement des capacités de gestion fiduciaire et financière des ministères de la santé. Par exemple, en 2019, l'appui du GFF a permis d'établir des unités dédiées au financement de la santé et visant à améliorer la gestion et la planification financière en RDC, au Libéria et en Guinée. Au Tadjikistan, une subvention du GFF a cofinancé le Projet de développement de la petite enfance de la Banque mondiale visant à prévenir les pertes budgétaires dans le secteur de la santé primaire, et cela en réformant la réaffectation de fonds non-utilisés.

Le GFF travaille aussi étroitement avec la Banque mondiale afin d'apporter un soutien à plus long terme pour l'utilisation et la mobilisation de ressources nationales (DRUM). Cet effort se concentre

sur les pays disposant de l'espace fiscal requis pour accroître les budgets de santé. Par exemple, le GFF a fourni une subvention au Rwanda – premier pays à bénéficier de ce type de soutien – afin d'appuyer une amélioration de la pérennité financière du programme d'assurance de santé à base communautaire. Pour assurer des synergies, le GFF appuie également la politique de développement du capital humain de la Banque mondiale au Rwanda qui encourage la réalisation de réformes efficaces dans le domaine de la protection financière, notamment les programmes de nutrition et de sécurité sociale.

Appuyer les réformes de financement à travers des partenariats

L'accomplissement de réformes durables du financement requiert l'engagement et l'action collective des gouvernements et de leurs partenaires internationaux de développement. Dans le cadre du Global Action Plan (GAP), le GFF a intensifié sa collaboration avec Gavi, le Fonds mondial, l'OMS et la Banque mondiale, ce dans le cadre de l'accélérateur de financement de la santé du GAP qui se focalise sur la mise en œuvre de réformes du financement et des politiques en vue d'atteindre une couverture sanitaire universelle (CSU). En 2019, en collaboration avec la Banque mondiale, le Fonds mondial et Gavi, le GFF a organisé des formations et des séminaires avec les pays et les partenaires afin d'examiner les opportunités et les défis inhérents à l'alignement des ressources. Une formation conjointe à destination des OSC et axée sur l'efficacité budgétaire a mené à l'élaboration d'un programme de travail pour la mise à disposition de ce soutien pour d'autres pays.



- Le GFF finance **32 PROJETS VALIDÉS PAR LE CONSEIL DE LA BANQUE MONDIALE**
- Un total de 602 millions de dollars américains sous forme de subventions **RELIÉ À 4,7 MILLIARDS DE DOLLARS AMÉRICAINS DE L'IDA/BIRD**
- Ratio de mobilisation GFF-IDA : **1 POUR 7,86**

Sur les 32 projets :

- 18 utilisent des approches basées sur les résultats
- 7 ne décaissent des fonds que lorsque les cibles de financement de la santé sont atteintes et ce afin de stimuler les réformes

LA CARTOGRAPHIE DES RESSOURCES ET LE SUIVI DES DÉPENSES ÉCLAIRENT LES DÉCISIONS DES GOUVERNEMENTS ET DE LEURS PARTENAIRES QUANT À LA MANIÈRE DE MOBILISER DES RESSOURCES SUPPLÉMENTAIRES ET D'AMÉLIORER L'EFFICACITÉ ET L'ÉQUITÉ DES DÉPENSES DE SANTÉ.



RENFORCER LE POUVOIR D'ACTION DES FEMMES ET DES FILLES À TRAVERS DES SERVICES DE SANTÉ SEXUELLE ET REPRODUCTIVE

Dans le cadre de son engagement en faveur de l'égalité entre les sexes, le GFF joue un rôle important dans la promotion d'un accès universel à la santé sexuelle et reproductive (SSR) au sein de ses pays partenaires. Il intervient également dans la constitution de systèmes sanitaires et sociaux plus équitables qui modifient les normes et fournissent ainsi davantage de choix, d'accès, de participation et d'autonomie aux femmes et aux jeunes filles. Assurer que les femmes et les jeunes filles aient accès à des services de SSR est fondamental pour une amélioration des résultats en matière de santé pour les femmes et les jeunes filles ainsi que leurs familles. Cela constitue également une condition préalable pour la constitution d'un capital humain durable et pour la stimulation d'une croissance économique.

Il est avéré que les services de planification familiale de haut-niveau ont des effets importants sur la prévention des décès maternels, l'amélioration de l'espacement des naissances (enfant né 24 mois après l'accouchement précédent de la mère) et la réduction des taux de grossesses parmi les adolescentes. Dans plusieurs pays du GFF, la planification familiale constitue l'un des domaines d'intervention les plus priorités de la SSR. Alors que plusieurs pays partenaires du GFF ont adopté diverses stratégies afin d'étendre l'accès à la contraception moderne et sélectionné diverses mesures pour suivre les progrès réalisés, presque tous les pays connaissent une évolution positive en matière de SSR. Les résultats notables incluent :

- En Afghanistan, les années-couple de protection (ACP) — qui estiment la protection contre la grossesse fournie sur une année par les méthodes contraceptives — ont augmenté de 55 pour cent depuis 2017 (MDSPP)
- En Éthiopie, le taux de prévalence contraceptive moderne pour les femmes dans les zones rurales a augmenté de plus de 5 pour cent en trois ans (EDS)
- En Sierra Leone, le nombre de femmes ayant recours à des services de planification familiale a augmenté de 14 pour cent entre 2017 et 2019 (SGIS)
- En Ouganda, les ACP ont augmenté de 44 pour cent depuis 2016 (SGIS)

Le GFF appuie les pays partenaires avec un financement et une assistance technique flexibles, à la fois pour les aider à intégrer les services de SSR dans des forfaits complets d'avantages de santé, et pour mettre en œuvre les systèmes de santé et les réformes sanitaires requises afin d'accélérer les résultats. Les domaines spécifiques d'appui incluent :

Intégrer la SSR dans la gamme des services essentiels

Afin d'améliorer la qualité des interventions de SSR, le partenariat

L'achat stratégique basé sur les droits

Le GFF s'attache à soutenir le Burkina Faso, le Cameroun et le Mali afin de mieux mesurer la qualité des services de planification familiale. En s'appuyant sur l'Evidence Project de l'USAID, le GFF s'est associé à Population Council dans le cadre d'un outil innovant qui mesure l'expérience des patientes en matière de services de planification familiale. Les premières vérifications indiquent que les auto-déclarations des personnes utilisant la planification familiale peuvent être considérées comme une mesure fiable d'une utilisation continue de la contraception. L'outil sera piloté dans plusieurs pays du GFF et a le potentiel d'être utilisé dans le cadre de systèmes de paiements des prestataires, et cela afin de stimuler des investissements supplémentaires axés sur la qualité des services.

Produire des données probantes afin de renseigner les décisions prises en matière de planification familiale

Le Groupe de recherche sur le développement de la Banque mondiale a établi un partenariat avec un hôpital pour les femmes et les enfants au Cameroun afin de trouver des moyens rentables d'améliorer la qualité des conseils fournis en matière de contraception. L'équipe pluridisciplinaire a développé une application de conseil à destination des infirmières afin de guider les discussions qu'elles mènent avec les patientes sur la planification familiale. L'étude pilote lancée en décembre 2019 a permis à 800 patientes de recevoir des conseils à l'aide de cette application. Plus de 80 pour cent de ces patientes ne pratiquaient pas la contraception moderne avant cette consultation. Sur les 669 personnes éligibles à l'étude, 53 pour cent ont adopté une méthode contraceptive de longue durée et 7 pour cent ont adopté une méthode contraceptive de courte durée. L'étude qui suivra celle-ci portera sur l'élasticité des prix lors de l'adoption d'une contraception, les approches de conseil réussies, la satisfaction des patientes et les taux de grossesses non planifiées sur 12 mois. L'étude évaluera également les mesures de qualité utilisées afin d'évaluer les conseils de planification familiale fournis dans les hôpitaux à travers des approches basées sur la performance.

du GFF appuie les approches qui encouragent les gouvernements et les prestataires de services à intégrer la SSR dans leurs forfaits de services de santé de base. Ces approches visent également à renforcer l'équité, tout en réduisant les dépenses de santé des femmes et des jeunes filles. Au Nigéria, par exemple, le paiement des établissements de santé situés dans les sept états prioritaires (y compris les six états du Nord-Est) a fourni près de 150 000 services de planification familiale dans le cadre d'un forfait intégré de services de santé primaire (SGIS). D'autres pays ayant adopté cette même approche enregistrent des résultats encourageants, notamment le Cameroun, le Burkina Faso, l'Ouganda, le Sénégal, le Libéria, la République démocratique du Congo (RDC), la Tanzanie, le Mali, le Nigéria et la Côte d'Ivoire. Le GFF a également soutenu les pays afin de passer des contrats avec des ONG pour fournir des services aux communautés qui vivent dans des contextes fragiles, comme en Afghanistan, en RDC et au Nigéria. En Afghanistan, par exemple, le GFF a aidé le gouvernement à réformer son système de contractualisation des ONG, ce qui a contribué à étendre l'utilisation des services et à améliorer des indicateurs importants de santé maternelle et infantile.

S'attaquer aux obstacles entravant la demande pour des services de SSR

Bien que l'offre en matière d'interventions de SSR de qualité constitue une dimension importante pour permettre aux pays d'atteindre des résultats, le GFF s'attache également à accroître la demande. Par

exemple, le GFF appuie le secteur de l'éducation au Bangladesh afin de renforcer l'apprentissage des jeunes filles ainsi que leur rétention scolaire – une stratégie susceptible de stimuler davantage de résultats en matière de santé adolescente et maternelle. Le soutien pour les communications autour du changement social et comportemental, a permis d'aborder les normes sociales et les préjugés dans des pays comme la RDC, l'Afghanistan et le Nigéria.

Promouvoir la redevabilité envers les résultats de SSR

Avec l'appui des systèmes de santé et de réformes de financement plus larges, le GFF promeut la redevabilité envers les priorités de SSR, et cela à travers des décaissements basés sur les résultats. Par exemple, le Kenya s'est attaché à déterminer les ressources allouées aux comités en fonction des résultats de planification familiale et de santé maternelle ; le Mozambique s'est servi de mesures de SSR basées sur la planification familiale et la scolarisation afin de définir les dépenses nationales ; et l'Éthiopie a conditionné ses décaissements sur l'amélioration d'indicateurs spécifiques comme le taux de prévalence contraceptive moderne en milieu rural.

Garantir l'approvisionnement en contraceptifs et renforcer les systèmes de distribution

Le financement du GFF a aidé les pays à aborder les insuffisances en matière d'approvisionnement des contraceptifs. Par exemple, en RDC, au Kenya et en Ouganda, le GFF a cofinancé des projets d'expansion axés sur l'accès aux contraceptifs. En Afghanistan et au Nigéria, le financement de la contraception a été fourni à travers la contractualisation d'ONG pour la prestation de services. Le GFF a également appuyé des réformes plus larges axées sur les chaînes d'approvisionnement, à travers une diversité de marchés, notamment les modèles de distribution de produits et les innovations axées sur la distribution au dernier kilomètre, et cela en collaboration avec des partenaires comme la Fondation Bill & Melinda Gates, Merck for Mothers, la Fondation UPS et l'USAID.

Conclure des partenariats avec la société civile afin de maximiser l'impact des investissements nationaux

Les organisations de la société civile (OSC) jouent un rôle indispensable dans l'avancement de la santé reproductive, de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent, et de la nutrition. Depuis sa création, le GFF a établi de nombreux partenariats avec des OSC qui s'attachent à faire entendre les voix des populations affectées et souvent marginalisées. Les OSC contribuent non seulement à la promotion de la redevabilité, à la recherche, aux données probantes et à l'assistance technique, mais elles fournissent également des services et génèrent une demande pour des services de santé de haute qualité – particulièrement dans les zones excentrées et dans les contextes fragiles où vivent les populations les plus pauvres et les plus négligées.

Dans les pays partenaires du GFF, les OSC s'attachent à assurer que les dossiers d'investissement priorisent les populations affectées et tiennent les gouvernements responsables quant à l'exécution des plans et à l'affectation de budgets suffisants pour la santé des femmes, des enfants et des adolescents. De plus en plus de pays partenaires du GFF incluent la redevabilité et des activités de plaidoyer dans leur dossier d'investissement, et cela avec les OSC pilotant leur mise en œuvre. Les OSC ont également joué un rôle décisif en matière de prestation de services au dernier kilomètre et d'appui à la santé primaire à base communautaire.

Les OSC disposent également d'une représentation au sein de l'organe directeur du GFF – le Groupe des investisseurs – avec deux représentants principaux et deux suppléants. À cette représentation s'ajoute un représentant des jeunes et un suppléant – des désignations nouvellement instaurées. À travers cet engagement, les OSC participent à façonner les directions stratégiques générales du GFF ainsi qu'à renforcer son impact.

L'action du partenariat du GFF avec les OSC

Grâce au soutien de ses partenaires, le GFF a pris plusieurs mesures afin d'étendre et d'approfondir son engagement avec les OSC, notamment :

Stratégie, engagement et plaidoyer mondiaux

– Avec le soutien du Partenariat pour la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant (PSMNE), un groupe mondial de coordination des OSC et un comité directeur se sont attachés à orienter l'engagement de la société civile au sein du processus du GFF, améliorer l'accès à l'information, renforcer les capacités, et veiller à une implication des OSC à tous

les niveaux, y compris à travers la nomination et le soutien de représentants d'OSC et de la jeunesse.

– La société civile s'engage de plus en plus avec le GFF afin d'influencer les politiques nationales, de renforcer les capacités et de partager les connaissances ainsi que les données probantes.

Soutien financier et renforcement des capacités

– En 2019, le PSMNE et le GFF ont fourni des subventions modestes – s'élevant à un total de près de 600 000 dollars américains – aux OSC locales de neuf pays afin de renforcer la participation de la société civile ainsi que son engagement au sein de la plateforme nationale – groupes à multiples parties prenantes qui collaborent à l'élaboration et à la mise en œuvre des dossiers d'investissement dans les pays.

– PAI – une OSC internationale de défense de la santé des femmes et des droits reproductifs – a lancé le Hub de ressources et d'engagement du GFF pour les OSC. Ce hub est une initiative pluriannuelle qui vise à aider les OSC à accroître leurs contributions aux résultats, obtenus grâce aux investissements effectués au niveau national par le GFF sous la forme de subventions, d'assistance technique, de formation ou de renforcement des capacités.

– Plusieurs OSC – notamment PATH, E4A, MamaYe, WEMOS, Save the Children et le partenariat mondial d'ACTION pour le plaidoyer en santé – ont fourni un appui financier et technique aux OSC locales partenaires afin d'améliorer l'engagement, le plaidoyer, la transparence et la redevabilité au sein du processus du GFF.

La société civile joue un rôle de plus en plus important dans l'amplification des effets du GFF. Les exemples suivants illustrent la manière dont les OSC sont parvenues à s'engager avec succès dans le processus du GFF et à contribuer aux résultats obtenus à ce jour :

– En Côte d'Ivoire, FENOSCI – une coalition d'OSC pour la santé – a appuyé un dialogue sur les réformes du financement de la santé et contribué à l'élaboration du dossier d'investissement. Elle a mené des activités de renforcement des capacités et coordonné les rétroactions de la communauté afin de constituer une campagne unifiée axée sur une augmentation des ressources pour la santé. En 2020, ces activités de plaidoyer ont permis d'obtenir une augmentation de 16 pour cent du budget national consacré à la santé. À l'avenir, FENOSCI collaborera avec les communautés pour suivre les progrès réalisés et renforcer la redevabilité en matière de dépenses et d'exécution budgétaires dans les formations sanitaires.

– Au Kenya, la coalition d'OSC impliquée dans le processus du GFF a conçu un tableau de bord pour évaluer la conception et la mise en œuvre du dossier d'investissement. En outre, la coalition a soutenu une campagne qui a contribué à établir une plateforme

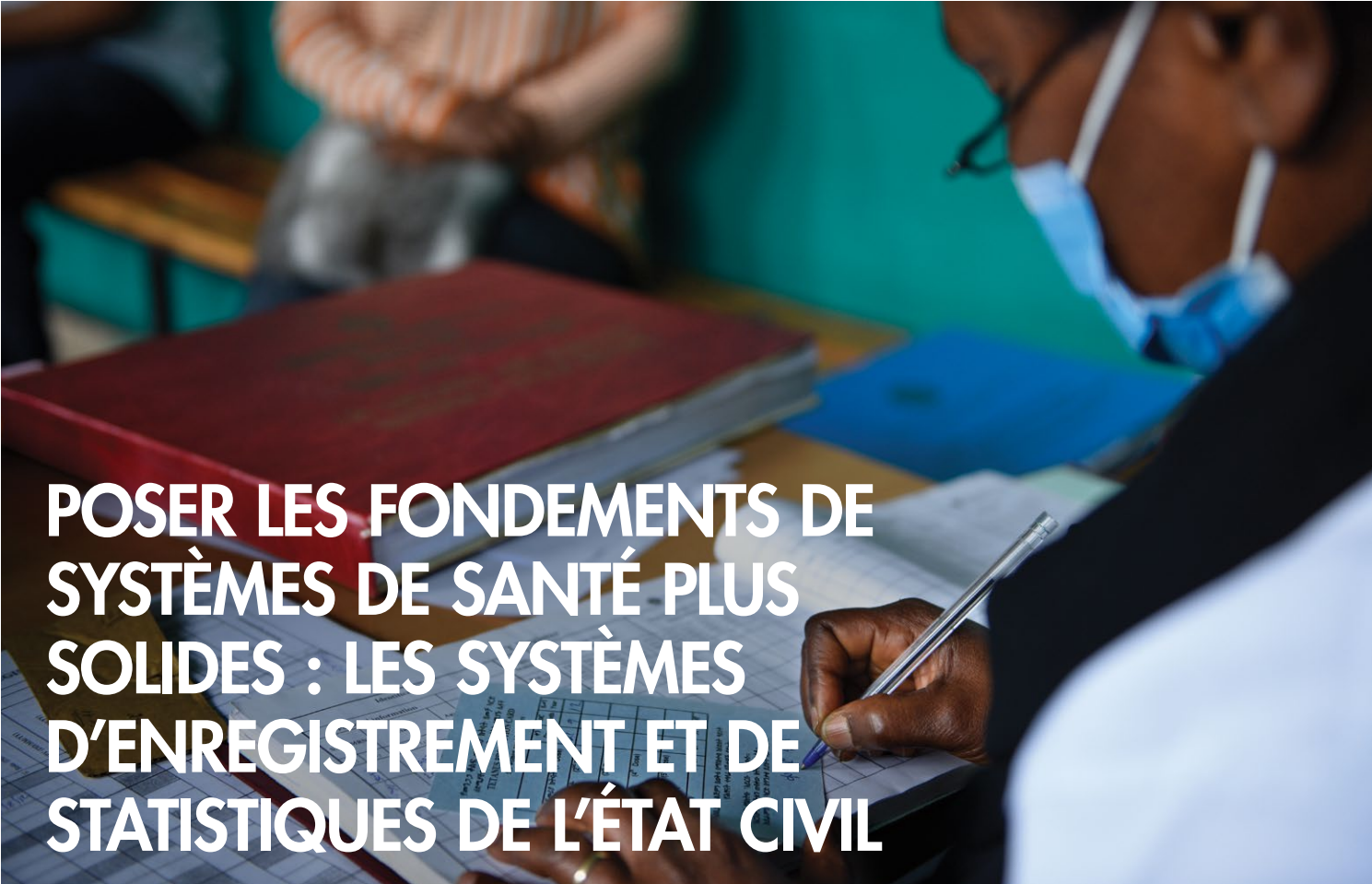
nationale à multiples parties prenantes fonctionnelle.

– Au Nigéria, dans l'État de Bauchi, des OSC participent désormais à la pré-qualification et à l'évaluation des formations sanitaires et collaborent avec les partenaires afin de définir un forfait minimum de services de santé de base.

– Au Sénégal, la coalition locale d'OSC appuie le ministère de la Santé dans le suivi de la mise en œuvre du dossier d'investissement, dans certaines régions prioritaires. Le plaidoyer des OSC en faveur d'une augmentation de ressources nationales pour la santé a mené les maires locaux à s'engager en faveur d'un accroissement des ressources budgétaires consacrées à la planification familiale, et les leaders religieux à utiliser une part des revenus des mosquées afin de financer des programmes de santé pour les femmes et les enfants.

À l'avenir, le GFF intensifiera ses efforts pour veiller à un engagement significatif des OSC aux niveaux national et mondial. À la fin de l'année 2020, un cadre d'engagement de la société civile avec le GFF détaillera concrètement comment renforcer la collaboration du GFF avec la société civile et comment promouvoir l'engagement des jeunes dans le processus du GFF. Le GFF s'attachera également à assurer l'engagement de davantage d'organisations dirigées par des femmes au sein de son processus. De plus, dans le but d'aider à protéger l'accès aux services essentiels de santé au cours de la pandémie de la COVID-19, le GFF prévoit d'accorder une deuxième série de subventions modestes pour renforcer la collaboration avec les OSC et soutenir leurs activités.

LES OSC SONT INDISPENSABLES POUR FAIRE AVANCER LES PROGRÈS EN MATIÈRE DE SANTÉ REPRODUCTIVE, DE LA MÈRE, DU NOUVEAU-NÉ, DE L'ENFANT ET DE L'ADOLESCENT, ET DE NUTRITION. DÈS SA CRÉATION, LE GFF A ÉTABLI UN PARTENARIAT AVEC LES OSC QUI TRAVAILLENT POUR REHAUSSER LA VOIX DES POPULATIONS TOUCHÉES MAIS SOUVENT MARGINALISÉES.



POSER LES FONDEMENTS DE SYSTÈMES DE SANTÉ PLUS SOLIDES : LES SYSTÈMES D'ENREGISTREMENT ET DE STATISTIQUES DE L'ÉTAT CIVIL

Le rôle crucial des systèmes de CRVS dans le domaine de la santé

Les systèmes d'enregistrement et de statistiques de l'état civil (CRVS) sont essentiels à la constitution de systèmes de santé résilients et de sociétés équitables. Ils permettent d'améliorer la prestation de services, de faire progresser le suivi des résultats de santé et de renforcer la protection des droits humains. Sans documents d'identité, des millions de femmes et d'enfants pourraient se voir exclus des services sociaux, comme les services de santé et les programmes d'éducation et de protection sociale – les rendant plus vulnérables aux violations de droits humains. Bien que beaucoup de pays aient renforcé leurs systèmes de CRVS de manière notable, d'importants écarts demeurent – notamment en matière d'enregistrement des décès et en matière d'adoption de nouvelles technologies numériques. Enregistrer les décès et les causes de décès de manière précise s'avère d'autant plus impératif dans le contexte de crises sanitaires au cours desquelles les gouvernements luttent pour évaluer les priorités et cibler les interventions.

La réponse du GFF pour améliorer le CRVS

Pour aider les pays à renforcer leurs systèmes de CRVS, le GFF a adopté une approche globale des systèmes de santé qui plaide pour une priorisation des systèmes de CRVS dans les dossiers d'investissement des pays et met à disposition les financements nécessaires à la mise en œuvre de ces activités. Le GFF contribue également à combler les lacunes qui existent au niveau de la gouvernance nationale ainsi qu'au niveau des capacités à planifier et à suivre les résultats, à promouvoir l'adoption des nouvelles technologies et à intégrer les CRVS dans l'ensemble du secteur de la santé. Au cours des dernières années, l'appui du GFF a aidé plusieurs pays à réaliser d'importantes améliorations en matière de CRVS, notamment à travers :

- Une expansion des points d'enregistrement de l'état civil pour élargir la couverture ;
- Une transition vers des systèmes électroniques ;
- L'adoption de normes internationales pour l'enregistrement des causes de décès survenus dans les établissements de santé ou à domicile ;
- Un renforcement des capacités des cadres de santé ;
- Une sensibilisation au sein des communautés.

Les résultats notables réalisés dans les huit pays qui mènent actuellement des réformes des systèmes de CRVS – le Cameroun, l'Éthiopie, le Kenya, le Libéria, le Mozambique, l'Ouganda, la RDC et le Rwanda – incluent :

- En Éthiopie, entre 2016 et 2019, l'enregistrement des naissances s'est accru de 12 à 20 pour cent et l'enregistrement des décès a augmenté de 11 à 13 pour cent.²
- Au Kenya, entre 2016 et 2018, l'enregistrement des naissances au cours des six premiers mois suivant la naissance s'est accru de 64 à 73 pour cent (Rapport 2018 sur les statistiques de l'état civil).
- En 2019, le Libéria a ouvert 27 centres d'enregistrement des naissances entièrement équipés, couvrant 19 hôpitaux, 3 centres médicaux et 4 postes de santé. De ce fait, le nombre de nouveau-nés enregistrés entre 2018 et 2019 s'est vu multiplié par sept, passant d'à peine 8 000 à près de 55 000.
- En Ouganda, entre fin 2016 et début 2020, l'enregistrement des naissances des nouveau-nés a augmenté de 10 à 15 pour cent, et l'enregistrement des décès a connu une légère hausse, passant de 11 à 13 pour cent.

Rwanda : renforcer le CRVS en soutien à l'administration publique

Le Rwanda recourait déjà à des systèmes électroniques de collecte des statistiques de l'état civil, mais seuls 56 pour cent des naissances d'enfants de moins de cinq ans avaient été enregistrées en 2014, et seuls 3 pour cent d'entre eux disposaient d'un acte de naissance. Le gouvernement a choisi d'assigner un numéro d'identification nationale unique à la naissance, ce qui a permis – parmi d'autres avantages – de faciliter l'identification des enfants ainsi que leur inscription aux programmes sociaux et de nutrition, et cela en reliant notamment l'information à celles des systèmes de santé et de protection sociale.

Une subvention du GFF s'élevant à 3 millions de dollars américains est venue compléter les 6,5 millions de dollars américains du gouvernement en vue d'intégrer complètement les systèmes de CRVS au système d'identification nationale. L'assistance technique a aidé le gouvernement à modifier la loi nationale, ce dans le but d'habiliter les agents de santé à procéder aux enregistrements des faits de l'état civil au sein de leurs établissements de santé respectifs – tant les naissances que les décès. Avec le soutien du GFF, les systèmes d'enregistrement numériques actualisés ont pu être reliés au système existant, qui inclut l'enregistrement des mariages et des divorces ainsi qu'un système électronique de gestion de documents. De plus, le financement du GFF a soutenu des campagnes de communication pour le changement de comportement, et appuyé la formation d'une diversité de fonctionnaires à l'enregistrement et au suivi efficaces des naissances. Plus de 4 500 fonctionnaires ont été formés à l'enregistrement de l'état civil et à la façon dont le système actualisé fonctionne et est relié au programme national de nutrition, ce afin de simplifier le processus de demande d'assistance pour les familles. En s'appuyant sur les recherches menées pour comprendre les déficits en matière de connaissances, la conception et la mise en œuvre de



² Les statistiques pour l'Éthiopie, le Libéria et l'Ouganda sont extraites des données fournies par les gouvernements de ces pays.



Le GFF soutient le renforcement des systèmes de CRVS

- Le GFF a fourni des subventions pour le renforcement des systèmes de CRVS. Ces subventions s'élèvent à **37 MILLIONS DE DOLLARS AMÉRICAINS** et tirent profit d'un financement de 38 millions de dollars américains de la Banque mondiale.
- 12 DES 22 PAYS** aux dossiers d'investissement complets ont priorisé les CRVS. Huit pays ont mené des réformes en matière de CRVS.
- 8 PAYS ONT MIS EN ŒUVRE DES RÉFORMES**
- Le financement du GFF varie en fonction des lacunes et des besoins spécifiques des pays. **ALORS QUE LA RDC, L'ÉTHIOPIE, LE MOZAMBIQUE ET L'OUGANDA** ont reçu un important soutien du GFF et de la Banque mondiale, le Libéria, le Kenya et le Burkina Faso (par exemple) ont bénéficié de subventions plus modestes qui ciblent des interventions spécifiques, susceptibles de produire davantage d'impact.

campagnes de communication et de sensibilisation sont en cours. Bien que les réformes de CRVS ne se situent qu'à leurs étapes initiales, elles ont déjà permis de réaliser d'importants progrès. Le [Rapport 2019 du Rwanda sur les statistiques de l'état civil](#), publié en juin 2020 par l'Institut national de la statistique du Rwanda, indique que la complétude des enregistrements des naissances s'élevaient à 87 pour cent en 2019, avec 78 pour cent des naissances enregistrées en temps opportun (30 jours après la naissance).

RDC : Améliorer l'enregistrement des naissances des enfants en âge d'être scolarisés

En 2014, la RDC enregistrait 25 pour cent des naissances parmi les enfants de moins de cinq ans – un taux qui figure parmi les plus faibles en Afrique. Parvenir à légalement enregistrer un nouveau-né au-delà du délai prescrit de 90 jours était compliqué et coûteux, avec les parents devant s'acquitter d'une pénalité et se présenter devant une Cour spéciale. Le gouvernement s'est engagé à renforcer ses systèmes de CRVS dans le but d'enregistrer au moins 2,4 millions d'enfants d'ici fin 2020 et de délivrer 1,2 million d'actes de naissance, incluant 240 000 actes de naissances pour des enfants de moins de cinq ans. En 2016, en vue de soutenir cet effort, le GFF a fourni une subvention de 10 millions de dollars américains, reliée au [projet de financement supplémentaire pour le renforcement des systèmes de développement humain](#), afin d'appuyer des réformes des systèmes de CRVS, et ce par le biais d'une stratégie nationale chiffrée et d'un examen du cadre juridique pour orienter les réformes.

Avec le soutien du GFF, étant donné un taux de scolarisation de 80 pour cent, le gouvernement a investi dans des campagnes de rattrapage pour inscrire les enfants dans les écoles maternelles et primaires (ainsi que tout frère ou sœur non inscrit). L'assistance technique du GFF a aidé le gouvernement à simplifier les processus d'enregistrement tardif des naissances. Des systèmes numériques ont également été mis sur pied pour connecter les formations sanitaires aux centres d'enregistrement de l'état civil. Ceci a permis une résolution rapide des questions d'enregistrement tardif portées devant la loi ainsi que facilité la remise d'actes de naissance aux parents. Près de 700 membres du personnel du ministère de l'Éducation, 94 fonctionnaires du ministère de l'Intérieur et divers cadres des tribunaux, des magistrats et des greffiers, ont été formés pour faciliter les enregistrements et délivrer les actes de naissance. En outre, le gouvernement a créé un centre d'excellence pour la numérisation des registres au format papier. Des essais préliminaires – menés dans les régions rurales et reliant les systèmes d'enregistrement et de statistiques de l'état civil aux services sanitaires et aux communautés – ont non seulement aidé à définir de nouveaux processus simplifiés, mais aussi participé à améliorer la qualité des données. Une vérification des progrès conduite au début de l'année 2020 et axée sur la campagne de rattrapage en cours a souligné que 1,5 million enfants ont été enregistrés, avec la délivrance de 740 000 actes de naissance dont 148 000 pour des enfants de moins de cinq ans.



TIRER PARTI DU POTENTIEL DU SECTEUR PRIVÉ À TRANSFORMER LES SYSTÈMES DE SANTÉ

Avec les pays partenaires, le GFF s'attache à identifier les moyens les plus efficaces de renforcer les systèmes de santé afin de fournir des services aux femmes, aux enfants et aux adolescents. Pour de nombreux pays partenaires du GFF, le secteur privé offre la portée, les ressources et l'ingénuité nécessaires à l'accélération et à l'amélioration des résultats de santé. Outre la prestation de services et les initiatives de financement de la santé, le secteur privé participe également à la logistique inhérente aux chaînes d'approvisionnement, à la fabrication d'équipements et de produits sanitaires de base, aux systèmes de télécommunications ainsi qu'à bien d'autres domaines.

Depuis la création du GFF, le cadre qui sous-tend son modèle inclut une représentation du secteur privé au sein du Groupe des investisseurs et prévoit une participation active au sein des plateformes nationales. Le GFF tire également parti de partenariats techniques établis avec des partenaires privés internationaux comme la Fondation Bill & Melinda Gates, Merck for Mothers, Laerdal Global Health et la Fondation Rockefeller, et cela afin de mieux soutenir les programmes nationaux. Plus récemment, les pays partenaires du GFF ont commencé à explorer comment mieux mettre à profit les capacités du secteur privé afin de fournir des services de santé et des produits de santé de qualité. Par le passé, des environnements à haut risque et des limitations en matière de capacité, particulièrement dans les zones fragiles et touchées par des conflits, ont participé à dissuader les pays ainsi que les partenaires du secteur privé à tirer parti de ce potentiel. Le GFF facilite une meilleure collaboration entre les secteurs privé et public afin de renforcer la compréhension et la confiance, et faciliter la constitution

d'un environnement favorable à une relation complémentaire entre le secteur privé et le secteur public en vue d'accroître la fourniture de services de santé et de produits sanitaires de qualité et abordables.

Utilisation du secteur privé pour construire des systèmes de santé résilients

Cameroun : Recourir à un financement innovant afin de mobiliser les ressources du secteur privé

En ayant recours à des instruments de financement innovants, les pays peuvent mobiliser des ressources supplémentaires pour la santé, notamment auprès du secteur privé. En 2019, le GFF a collaboré avec le gouvernement du Cameroun, Grands Défis Canada, Nutrition International, la Banque mondiale et d'autres partenaires pour lancer

les obligations à impact sur le développement dans le domaine de la santé néonatale. Mises en œuvre avec un financement initial de Grands Défis Canada, ces obligations visent chaque année à sauver les vies d'au moins 2 200 nourrissons, et cela en élargissant la pratique de la « méthode kangourou » après la naissance. Connue sous le nom de « méthode de la mère kangourou », ce contact « peau à peau » évite les décès néonataux en réduisant les risques d'infection, en conservant le bébé au chaud et en assurant une prise de poids – entre autres avantages. Depuis 2019, ces obligations ont été rendues opérationnelles au sein de huit hôpitaux avec près de 700 nourrissons inscrits au programme et 50 cliniciens privés formés à la « méthode kangourou », démontrant ainsi l'efficacité du programme pour les mères et les bébés participants. Les résultats préliminaires incluent :

- Une multiplication par trois du nombre de nourrissons bénéficiant d'au moins huit heures de contact « peau à peau », atteignant 39 pour cent
- Une augmentation de l'allaitement exclusif et de l'alimentation adaptée de la mère
- 73 pour cent des nouveau-nés ayant bénéficié de la « méthode kangourou » se rendant à la consultation de la 40e semaine
- 78 pour cent des nouveau-nés avaient atteint un poids adéquat au moment de leur consultation de suivi à la 40e semaine






Investir dans les données pour éclairer les politiques et partenariats

Le manque de données fiables sur la taille, la portée et les activités du secteur privé de la santé dans plusieurs pays partenaires du GFF, représente une contrainte majeure à la collaboration public-privé, et notamment dans le cadre de l'élaboration de dossiers d'investissement nationaux. Pour combler ces lacunes, le GFF a ciblé un important financement ainsi qu'une assistance technique adaptée pour aider des pays tels que le Bangladesh, la Côte d'Ivoire, la RDC, l'Éthiopie, le Myanmar et l'Ouganda, à mener des évaluations initiales capables de renseigner les réformes politiques et les modalités possibles de partenariat. En Côte d'Ivoire, par exemple, le GFF a mené une évaluation rapide pour définir la contribution du secteur privé dans le dossier d'investissement. Au Mozambique, les évaluations initiales des marchés se sont centrées sur les investissements spécifiques du secteur privé, tels que l'externalisation de la distribution en bout de la chaîne d'approvisionnement.

Des partenariats avec des acteurs mondiaux pour étendre les innovations à l'échelle nationale

Le GFF s'appuie sur la portée mondiale de ses partenariats afin d'accélérer une adoption nationale des innovations en matière de financement, de technologies, de produits, et de modèles de prestation de services. Par exemple, en 2019, le GFF s'est allié à Laerdal Global Health et au gouvernement norvégien pour lancer le défi « Innovation to Scale » de 25 millions de dollars américains dans le cadre de son partenariat sur les innovations. Ce partenariat s'est récemment élargi grâce au nouvel engagement de 5 millions de dollars américains de Merck for Mothers et 2,5 millions de dollars américains de la Fondation Rockefeller visant à permettre à des pays tels que le Mali, le Myanmar, le Rwanda et la Tanzanie, d'investir dans des innovations afin de transformer des systèmes de soins de santé primaire pour les femmes, les enfants et les adolescents, et ce de façon généralisée et durable.

Exemples de l'appui fourni par le GFF en faveur d'un engagement du secteur privé

 Renforcement du dialogue public-privé pour renforcer la confiance	 Investissement dans les analyses pour éclairer les politiques et les partenariats	 Renforcement des capacités et des systèmes nationaux pour gérer les partenariats public-privé	 Recours au financement innovant pour atténuer les risques des marchés	 Amélioration des partenariats avec des acteurs privés mondiaux pour étendre les innovations à l'échelle nationale
Éthiopie – Assistance technique du gouvernement sur l'engagement public-privé – Renforcement de la fédération du secteur privé	Bangladesh – Évaluation initiale du secteur privé, des difficultés politiques et des possibilités de partenariat public-privé	Côte d'Ivoire – Assistance technique pour soutenir les agréments des formations sanitaires privées – Inclusion du secteur privé dans la conception des contrats basés sur les performances	GFF-SFI – Investissements conjoints dans des acteurs du secteur privé pour améliorer les résultats en santé et en nutrition dans les pays partenaires du GFF	Prestation de services en bout de chaîne – Partenariat sur l'approvisionnement entre le GFF, la Fondation UPS, Merck for Mothers et la Fondation Gates pour tirer profit des solutions du secteur privé
Côte d'Ivoire – Le secteur privé fait partie de la plateforme nationale pour l'élaboration du dossier d'investissement – Renforcement de l'environnement favorable à la fédération du secteur privé	Côte d'Ivoire – Évaluation initiale pour informer de la contribution du secteur privé dans le dossier d'investissement – Réformes des politiques pour améliorer l'environnement favorable et la supervision	Kenya – Assistance technique du gouvernement sur l'engagement du secteur privé et les partenariats public-privé	Nigéria, Côte d'Ivoire, République démocratique du Congo – Contrats du secteur privé pour la fourniture de services essentiels de santé et de nutrition	Santé et nutrition – Mise à l'échelle de partenariats d'innovation entre le GFF, Laerdal Global Health, Merck for Mothers et la Fondation Rockefeller
Myanmar – Assistance technique sur le dialogue public-privé pour le plan d'action conjointe contre la COVID-19	Mozambique – Évaluation initiale de la chaîne d'approvisionnement en utilisant le secteur privé pour la fourniture en bout de chaîne des produits sanitaires et médicaments	Bangladesh – Évaluation initiale de la capacité du ministère de la Santé à engager le secteur privé – Assistance technique et formation du personnel du ministère sur l'engagement du secteur privé	Partenariat du GFF avec la Trésorerie de la Banque mondiale – Obligations de développement durable, collecté plus de 2 milliards \$US auprès d'investisseurs du monde entier – Mis en lien avec le cofinancement du GFF et les subventions pour réduction de prêts	

POUR DE NOMBREUX PAYS PARTENAIRES DU GFF, LE SECTEUR PRIVÉ OFFRE LA PORTÉE, LES RESSOURCES ET L'INGÉNIOOSITÉ NÉCESSAIRES POUR ACCÉLÉRER LES PROGRÈS EN VUE D'AMÉLIORER LES RÉSULTATS DE SANTÉ.



LES PAYS OUVRENT LA VOIE

Bien que la majorité des pays partenaires du GFF aient réalisé d'importants progrès au cours de cette année, cette section se penche particulièrement sur les résultats réalisés par **huit pays partenaires du GFF**, illustrant également comment ils sont parvenus à améliorer les résultats de santé pour les femmes, les enfants et les adolescents et à promouvoir des réformes durables du financement de la santé.

Ces aperçus fournissent une présentation globale des progrès réalisés et des difficultés rencontrées par chaque pays, et indiquent comment le partenariat du GFF a contribué à améliorer les résultats en aidant les pays à renforcer la mobilisation de ressources nationales, à aligner et tirer parti de l'appui de plusieurs partenaires et de diverses sources de financements pour les dossiers d'investissement, et à créer des liens entre les financements et les résultats.

Bien que les huit pays sélectionnés aient été affectés de diverses façons par la pandémie, les aperçus présentés dans ce rapport se concentrent sur les progrès réalisés au cours de l'année passée, ce en fonction des données nationales disponibles. Ayant été générées

plus tôt qu'à l'habitude, les données de cette année ne tiennent pas compte de l'impact de la COVID-19. Par exemple, les données les plus récentes du Libéria et de l'Afghanistan indiquent une baisse significative du nombre d'enfants vaccinés – 32 pour cent de moins au Libéria et 10 pour cent de moins en Afghanistan. Le nombre de consultations ambulatoires a également chuté dans de nombreux pays, la plus forte diminution ayant été enregistrée au Libéria avec 35 pour cent de consultations en moins parmi les enfants de moins de cinq ans. En outre, de nombreux pays font face à des décisions délicates en matière d'affectation des financements. En RDC, par exemple, les financements pour les services de santé de routine sont de plus en plus orientés vers les interventions d'urgence liées à la COVID-19.

Le GFF redouble d'efforts afin d'aider les pays à faire face à cette situation difficile et assurer la protection des services essentiels de santé pour les femmes, les enfants et les adolescents, et ce comme partie intégrante de leurs interventions axées sur la COVID-19 et leurs efforts de relèvement.

AFGHANISTAN : ACCÉLÉRER LA TRANSFORMATION DURABLE DE LA PRESTATION DES SERVICES DE SANTÉ

Malgré deux décennies de conflit et de faibles dépenses publiques pour la santé, l'Afghanistan est parvenu à atteindre de meilleurs résultats de santé dans plusieurs domaines importants, réduisant notamment les décès de femmes au cours de l'accouchement et les décès d'enfants de moins de cinq ans. Les progrès réalisés en matière de mortalité maternelle et néonatale ont néanmoins faibli, et les enfants afghans continuent à souffrir de malnutrition chronique. Le Mécanisme de financement mondial (GFF) a travaillé avec le gouvernement afghan afin de transformer son modèle de prestation de services de santé, d'étendre l'accès à des soins de qualité et d'améliorer l'efficacité et la redevabilité dans la majorité des provinces du pays. Ces changements ont contribué à faire progresser plusieurs indicateurs importants de santé maternelle et infantile. Cette progression se traduit notamment par davantage d'accouchements assistés, un accès amélioré à la contraception pour les femmes et les filles ainsi que par davantage de consultations prénatales et postnatales.

Améliorer les résultats de santé à l'échelle nationale

Malgré un climat politique fragile, l'Afghanistan a réalisé des progrès notables en matière de santé maternelle et infantile ainsi qu'en matière de nutrition et de renforcement de la prestation de services. Entre 2015 et 2018, les taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans et des nouveau-nés ont respectivement chuté de 35 et de 34 pour cent (AHS 2015, AHS 2018). Depuis 2013, les retards de croissance sont passés de 40 à 36 pour cent et l'émaciation a baissé de 9,5 à 5 pour cent³. Bien que ces indicateurs décisifs se soient améliorés, le taux de prévalence contraceptive moderne a stagné avec près d'un quart des femmes afghanes ne voyant pas leurs besoins en matière de planification familiale satisfaits (AHS 2018). La qualité des services demeure également une préoccupation majeure dans de nombreuses provinces du pays.

Le système de santé de l'Afghanistan a bénéficié du soutien de plusieurs bailleurs de fonds qui ont contribué aux progrès sanitaires considérables réalisés au cours des vingt dernières années. Une augmentation du budget consacré à la santé – dont la part s'élève actuellement à 2,3 pour cent du budget total – demeure néanmoins une question importante puisque le pays dispose de faibles revenus et est constamment confronté au besoin d'effectuer des dépenses de sécurité. En raison de cette situation, 75,5 pour cent des dépenses totales de santé relèvent de paiements directs – un taux qui figure parmi les plus élevés au monde⁴.



En 2018, afin de pallier le fait que les dépenses publiques de santé sont susceptibles de rester faibles au cours des années à venir, le gouvernement a lancé une réforme axée sur l'amélioration de la qualité des services. Cette réforme implique d'attribuer des contrats à des prestataires indépendants – généralement des organisations non-gouvernementales (ONG) – afin qu'ils fournissent des services de santé basiques et essentiels dans 31 des 34 provinces du pays – particulièrement dans les zones non-desservies par le gouvernement. La réforme inclut l'achat stratégique de services auprès des prestataires et prévoit à la fois une rémunération basée sur la performance et une redevabilité des prestataires quant aux standards de qualité fixés. Ces nouveaux contrats de performance sont mis en œuvre depuis janvier 2019.

Aligner le soutien des partenaires sur les priorités

En Afghanistan, le premier dossier d'investissement pour la santé des femmes, des enfants et des adolescents s'attache à aligner les ressources pour répondre aux principales priorités sanitaires du pays. Il est financé par l'Afghanistan Sehatmandi Project – un investissement de 600 millions de dollars américains octroyé sur trois ans dans le but d'améliorer la prestation et la qualité des services de santé, de nutrition et de planification familiale dans les 34 provinces du pays. Le projet est conjointement financé par le GFF – par l'entremise d'une subvention catalytique de 35 millions de dollars américains reliée à une importante contribution (140 millions de dollars américains) de l'Association internationale de développement (IDA) de la Banque mondiale – et par le Fonds fiduciaire pour la reconstruction d'Afghanistan (425 millions de dollars américains) qui comprend les contributions du Canada, de l'Union européenne, de l'USAID et d'autres partenaires bilatéraux.

À travers ce projet, le GFF a aidé le gouvernement à renforcer la redevabilité et l'efficacité du secteur de la santé et à favoriser une culture axée sur l'utilisation de données pour renseigner la prise de décision. En outre, un exercice de cartographie des ressources et de suivi des dépenses, mené pour la première fois au niveau des provinces, a permis au gouvernement de mieux comprendre l'impact des investissements axés sur la qualité des services de santé de base, d'identifier les déficits de financement existants et de mieux aligner les ressources extérieures sur les priorités de santé.

Le GFF a également pourvu un appui au gouvernement et aux partenaires de développement afin d'accroître la portée des innovations en matière de prestation de services de santé, et ce en étendant notamment les interventions à fort impact axées sur la prévention des hémorragies post-partum, la réduction de l'incidence des septicémies néonatales et l'élargissement de la gamme disponible de méthodes modernes de contraception.

³ Enquête nationale de l'Afghanistan sur la nutrition 2013, AHS 2015

⁴ Données de base du financement de la santé extraites de GHED-WHO

BANGLADESH : COMBLER LES LACUNES EXISTANTES TOUT EN ABORDANT DE NOUVEAUX DÉFIS

Le Bangladesh a rapidement progressé au niveau de plusieurs indicateurs de santé. Le rythme de progression a néanmoins ralenti et le pays est désormais confronté à de nouveaux défis, notamment en matière de santé et de nutrition des adolescents. Le Mécanisme de financement mondial (GFF) fournit actuellement un appui au gouvernement afin de renforcer les systèmes de santé, améliorer la prestation de services et réduire les inégalités régionales. En outre, le GFF facilite une collaboration entre les secteurs de la santé et de l'éducation afin de contribuer à une amélioration de la santé des adolescents, et ce à travers des programmes ciblés dans les écoles. En vue de garantir des progrès pérennes, le GFF aide à la fois à renforcer l'efficacité des dépenses actuelles de santé et à produire des données probantes pour renseigner les politiques, renforcer les capacités et plaider en faveur de davantage de financements.

Des progrès réalisés, mais des défis subsistent

Au cours des dix dernières années, le Bangladesh a réalisé d'importantes améliorations dans les domaines de la santé et de la nutrition des femmes, des enfants et des adolescents. Ces progrès sont largement attribuables à des programmes rentables à base communautaire. Par exemple, grâce à une amélioration de la nutrition infantile, les retards de croissance et l'émaciation ont diminué entre 2014 et 2018, passant respectivement de 36 à 31 pour cent et de 14 à 8 pour cent (EDS 2014, EDS 2018). En outre, entre 2010 et 2018, les décès maternels ont enregistré une baisse de 22 pour cent. Néanmoins, les progrès réalisés dans certains autres domaines ont connu un ralentissement : les décès néonataux se sont accrus de sept pour cent et les décès parmi les enfants de moins de cinq ans ne se sont que sensiblement réduits (EDS 2014, EDS 2018).

Une partie des gains réalisés sont attribuables à l'accent que le gouvernement met sur l'éducation des jeunes filles et sur la création de davantage de possibilités pour les femmes sur le marché du travail. La rétention scolaire des jeunes filles demeure néanmoins difficile. Les jeunes filles moins scolarisées sont davantage susceptibles de se marier et d'avoir des enfants de manière précoce, deux facteurs associés à une mortalité maternelle élevée. La malnutrition constitue également une menace pour les femmes et les jeunes filles – avec près d'une femme sur cinq et d'une adolescente sur trois souffrant de sous-alimentation en 2014 (EDS 2014).

Au niveau régional, ces défis sont aggravés par d'importantes disparités dans les résultats de santé et dans les déficits de financement, restreignant ainsi l'accès à des services de santé de qualité et la protection financière des familles. Par exemple, les paiements directs des ménages constituent un obstacle majeur pour les familles essayant d'échapper à la pauvreté, puisqu'ils couvrent 67 pour cent des dépenses générales de santé du pays (GHED-OMS). Depuis 2017, la part du budget public consacrée à la santé continue à sensiblement augmenter, avec 5 pour cent affectés à la santé en 2019 et 5,8 pour cent budgétisés pour la santé en 2020 (MTBF). L'exécution budgétaire pourrait continuer à constituer un défi, et le Bangladesh continue de bénéficier de financements externes pour soutenir sa stratégie de santé.

Une approche sectorielle axée sur une amélioration des résultats de santé et de nutrition

Le Bangladesh met en œuvre une approche sectorielle dans le cadre de laquelle les bailleurs de fonds et les créanciers fournissent des financements afin de combler les lacunes qui existent dans les domaines de la santé et de la nutrition. Cette approche sectorielle – représentant un effort d'un milliard de dollars américains – est financée par plusieurs partenaires internationaux, notamment la Banque mondiale, le Canada, les Pays-Bas et le Royaume-Uni. Le Fonds fiduciaire du GFF fournit une subvention catalytique de 15 millions de dollars américains afin de cofinancer le [Projet d'appui au secteur de la santé](#) de la Banque mondiale (500 millions de dollars américains).

Cette approche sectorielle constitue le dossier d'investissement du Bangladesh, elle mobilise et guide le GFF ainsi que les autres partenaires qui s'attachent à améliorer et à étendre les services de santé et de nutrition. Ce plan priorise l'équité dans les régions qui affichent un retard en matière de résultats de santé, comme Sylhet et Chattogram.

En 2019, alors que le taux de retard de croissance atteignait 31 pour cent au niveau national, il s'élevait à près de 50 pour cent à Sylhet et à 38 pour cent à Chattogram (tableau de bord de la nutrition).

Le plan se focalise également sur l'amélioration ainsi que sur l'expansion des services de nutrition pour les nourrissons, les enfants et les mères, ce à travers les systèmes gouvernementaux et les services de santé primaire et néonatale.

Outre sa subvention de 15 millions de dollars américains, le GFF fournit également une subvention de 10 millions de dollars américains afin de cofinancer le Transforming Secondary Education for Results Program qui fournit des services de santé aux adolescents par le biais de l'école. Ce soutien supplémentaire a permis aux ministères de l'Éducation, de la Santé et du Bien-être familial d'élaborer des programmes incitatifs qui s'attachent à améliorer la rétention scolaire des jeunes filles vulnérables, à investir dans des toilettes séparées pour les jeunes filles ainsi que dans des installations appropriées pour la prise en charge de l'hygiène menstruelle, à inclure la santé des adolescents dans le curriculum scolaire, à former des enseignants, à fournir des conseils, et à mener des activités de sensibilisation axées sur la violence à caractère sexiste.

Promouvoir une réforme du financement de la santé et renforcer les systèmes de santé

Une augmentation des dépenses publiques pour la santé est requise afin d'assurer une progression continue et durable dans les domaines de la santé des femmes, des enfants et des adolescents. Bien que le dossier d'investissement ne priorise pas une augmentation des ressources nationales, le GFF appuie la production de données probantes ainsi que les plaidoyers qui peuvent renseigner les décisions prises en matière de mobilisation de ressources. Le GFF soutient, par exemple, la mise en œuvre de la [Stratégie de financement des soins de santé](#). Le GFF s'attache également à fournir des analyses axées sur l'équité en matière de santé et la protection financière, sur les goulots d'étranglement de la gestion des finances publiques, et sur la constitution d'un plan d'engagement avec le secteur privé et d'un dialogue sur la mobilisation des ressources nationales.

Le GFF contribue également à promouvoir une meilleure efficacité dans les domaines de l'approvisionnement et de la planification budgétaire ainsi que ceux de la préparation et de l'exécution budgétaires. Cet appui a déjà entraîné d'importants changements. Par exemple, la part du budget allouée à la réparation et à l'entretien des établissements de santé de première ligne (de district et de niveau inférieur) a augmenté depuis 2016 ; le pourcentage d'appels d'offres concurrentiels effectués au niveau national et basés sur un système électronique (e-gouvernement) est passé à près de 18 pour cent ; et un système de gestion des biens est désormais utilisé dans quatre établissements d'aiguillage au niveau des districts (MTBF, DLI).

En outre, le GFF a aidé le gouvernement à explorer de nouvelles modalités susceptibles de renforcer la mobilisation du secteur privé – un acteur important de la prestation des services de santé dans le pays. En s'appuyant sur ses expériences de collaboration préalables, le GFF a soutenu un premier dialogue axé sur les stratégies de renforcement du partenariat public-privé afin d'étendre l'accès à des services de qualité.

Des systèmes de santé améliorés

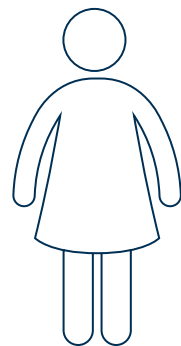


PLUS DE 2 500 POSTES DE SAGES-FEMMES

ont été créés dans le pays, ce qui représente une étape majeure en matière d'amélioration des résultats de santé maternelle. Au cours des trois dernières années, le nombre de centres de santé dans les upazilas (sous-districts) qui emploient au moins deux sages-femmes accréditées est passé de zéro à 306.⁵

En 2019, des plans d'action ont été approuvés pour des services de soins obstétricaux et néonataux dans les hôpitaux de district ciblés à Sylhet et Chattogram. Dans ce cadre, sept hôpitaux de district disposaient des capacités requises afin de fournir ces services, contre zéro en 2017.

Santé des adolescents améliorée



Entre 2014 et 2018, LE TAUX NATIONAL DE GROSSESSES PARMIS LES ADOLESCENTES A FAIBLEMENT DIMINUÉ, PASSANT DE 113 À 108

pour 1 000 filles. Le gouvernement continue à prioriser des programmes de santé pour les adolescents au sein des écoles de Sylhet et de Chattogram, tout en continuant à former les enseignants et à favoriser l'entraide entre adolescents.

Santé et nutrition infantiles améliorées

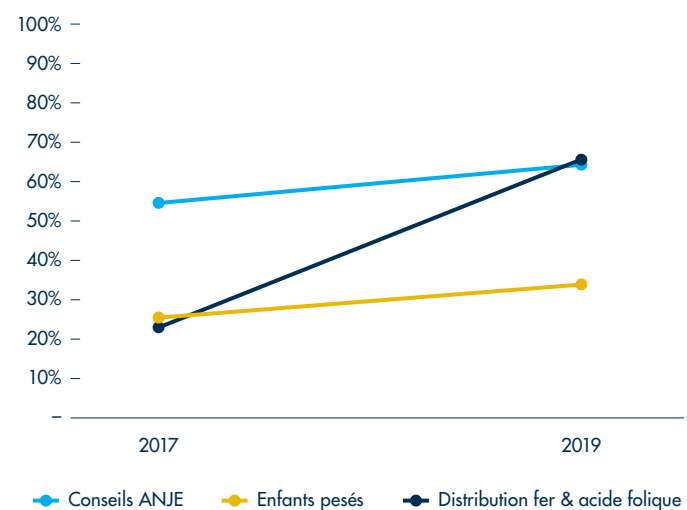


Entre 2014 et 2018, LES RETARDS DE CROISSANCE PARMIS LES ENFANTS DE MOINS DE CINQ ANS ONT CHUTÉ AU NIVEAU NATIONAL, PASSANT DE 36 À 28 POUR CENT (EDS 2014, EDS 2018).

À Sylhet et Chattogram, la nutrition infantile s'est améliorée entre 2017 et 2019/2020⁶ :

- 25 pour cent des enfants de moins de deux ans ont bénéficié de services de nutrition spécifiques ;
- Le nombre d'enfants pesés a augmenté de 21 à 28 pour cent. Les conseils en matière de nutrition des nourrissons et des jeunes enfants ont fortement augmenté en passant de 19 à 54 pour cent ;
- Le nombre d'enfants recevant des compléments de fer et d'acide folique s'est accru, passant de 45 à 54 pour cent ;
- En 2020, 15 districts ont atteint une couverture d'au moins 85 pour cent en matière de vaccination des nourrissons contre la rougeole/rubéole (contre 14 l'année précédente).

Indicateurs de nutrition, Sylhet et Chattogram



⁵ Sauf indication contraire, les données relatives aux résultats de SRMNEA-N du Bangladesh sont extraites des données inhérentes aux indicateurs liés aux décès vérifiées par le ministère de la Santé publique.

⁶ Les données infranationales spécifiques à Sylhet et Chattogram sont extraites du tableau de bord de la nutrition du Bangladesh.

APERÇU DU PAYS

BURKINA FASO : CONSTITUER DES SYSTÈMES DE SANTÉ RÉSILIENTS DANS DES RÉGIONS TOUCHÉES PAR DES CATASTROPHES

Au cours des vingt dernières années, le Burkina Faso a réalisé des progrès considérables en matière de santé et de nutrition maternelles et infantiles. La couverture des services essentiels s'est améliorée, et davantage d'enfants ont été immunisés et ont bénéficié d'interventions axées sur la nutrition. Cependant, la recrudescence du conflit armé a aggravé l'insécurité et impacté la prestation des services de santé dans six régions, laissant pour compte de nombreuses femmes et de nombreux enfants. Le Mécanisme de financement mondial (GFF) travaille avec le gouvernement pour renforcer la résilience des systèmes de santé et mettre en œuvre des réformes du financement de la santé et cela, afin d'étendre la couverture des services de qualité aux populations vulnérables de ces régions. Cette intensification des efforts axés sur l'équité constitue un élément fondamental de la progression du Burkina Faso vers une couverture de santé universelle.

Progrès réalisés, mais des défis subsistent

Le Burkina Faso a réalisé d'importants progrès en matière de santé maternelle et infantile. Les accouchements assistés en milieu institutionnel sont passés de 66 pour cent en 2010 à 84 pour cent en 2015, et le nombre de femmes bénéficiant de quatre consultations prénatales est passé de 28 pour cent en 2015 à 38 pour cent en 2017 (EDS 2010, EMDS 2015, AS/MS). En 2016, le nombre d'enfants bénéficiant d'une immunisation complète avait plus que doublé (86 pour cent) et cela, par rapport au 43 pour cent enregistré en 2003 (MIS 2018, EDS 2003). De 2010 à 2015, la mortalité des enfants de moins de cinq ans avait chuté par plus d'un tiers (36 pour cent), et la mortalité néonatale avait baissé de 28 pour cent (DHS 2010, EMDS 2015). La mortalité maternelle avait sensiblement diminué, les femmes avaient moins d'enfants et, l'accès à la contraception avait presque doublé passant de 15 à 27 pour cent (MIS 2017/18). Malgré les progrès réalisés, la malnutrition continue néanmoins à affecter de nombreux enfants, avec les retards de croissance passant de 25 à 21 pour cent et l'émaciation stagnant à 8,6 pour cent. (Enquête nationale de Nutrition).

En dépit de ressources financières limitées, le Burkina Faso a augmenté ses dépenses publiques pour la santé, passant de 10 dollars américains par habitant en 2015 à 16 dollars américains par habitant en 2017. La majeure partie de ces dépenses (85 pour cent) est consacrée aux services de santé primaire et aux services ambulatoires (GHED-OMS). Au cours de la même période, les dépenses totales de santé en tant que part des dépenses publiques globales n'avaient que sensiblement augmenté en passant de 12 à 14 pour cent. La part des paiements directs des ménages est restée stable, constituant près du tiers de l'ensemble des dépenses (GHED-OMS). Avec l'appui du GFF, le Burkina Faso s'attache à prioriser un accès étendu aux services et cela, sans causer de préjudices financiers aux familles.

Se concentrer sur les femmes et les enfants dans les régions touchées par le conflit

Au cours des dernières années, des troubles politiques et des insurrections ont perturbé la prestation de services dans les régions de la Boucle du Mouhoun, du Centre-Est, du Centre-Nord, de l'Est, du Nord et du Sahel. Aujourd'hui, 6 des 13 régions du pays sont confrontées à l'insécurité et cela, en dépit des efforts déployés par le gouvernement pour y répondre. Au 30 juin 2020, près de 1,3 millions de personnes – dont 85 pour cent de femmes et d'enfants – n'avaient pas accès à des services de santé primaire (UNHCR 2019). Animé par un ferme engagement envers la réalisation d'une couverture de santé universelle, le gouvernement a collaboré avec le GFF et d'autres partenaires pour développer un dossier d'investissement axé sur la priorisation et l'amélioration de l'accès à des services de santé de qualité pour les populations vulnérables. Le dossier d'investissement est financé par une subvention du GFF de 20 millions de dollars américains, reliée à 80 millions de dollars américains de la Banque mondiale à travers son Projet de Renforcement des Services de Santé.

Constituer une plateforme nationale cohérente

Le GFF a aidé le gouvernement à établir un groupe multipartite inclusif dirigé par le ministère de la Santé et composé de représentants de ministères publics, d'agences sanitaires, de bailleurs de fonds, de la

société civile et du secteur privé. En 2019, ce groupe a collaboré afin d'élaborer un dossier d'investissement initial donnant la priorité aux interventions susceptibles de renforcer les résultats de santé accusant un retard. Par la voie du dialogue et de consultations, le GFF s'est attaché à habiliter la société civile à suivre les progrès réalisés et à répondre aux objectifs du dossier d'investissement.

Révision du dossier d'investissement pour atteindre ceux dans le besoin

Le gouvernement réexamine actuellement le dossier d'investissement en fonction des enseignements tirés, s'attachant à mieux aborder (i) la résilience des systèmes de santé afin de fournir l'appui supplémentaire requis par les régions affectées par l'insécurité ; et (ii) les réformes financières, particulièrement la protection financière des populations. Le nouveau dossier d'investissement vise à étendre le programme actuel d'assurance santé à base communautaire et à assurer la gratuité des services essentiels de santé pour les mères et les jeunes enfants. Il inclura également l'achat stratégique de services afin d'encourager les prestataires de santé à accroître à la fois le volume et la qualité des services et cela, en associant les rémunérations aux performances. En mettant l'accent sur les lacunes à combler, le nouveau dossier d'investissement contribuera également à mobiliser des ressources pour appuyer la progression graduelle du pays vers une couverture de santé universelle.

Prioriser les populations les plus défavorisées

Le nouveau plan accorde la priorité aux ressources et aux interventions à fort impact dans les six régions accusant les retards les plus importants en matière de santé maternelle et infantile et étant confronté à des niveaux d'accès moindres. Ces régions incluent Boucle de Mouhoun, Centre-Est, Est, Sahel, Nord et Centre-Nord, avec les régions du Nord accueillant les personnes déplacées par le conflit. Le nouveau plan met l'accent sur la constitution de systèmes de santé communautaires plus résiliants, capables d'assurer la prestation continue de services essentiels pour les femmes et les enfants. Par exemple, dans des régions comme celle du Sahel, l'insécurité a contraint le redéploiement des agents de santé et a, par extension, causé des perturbations majeures en matière de prestation de services. Le nombre d'établissements de santé est insuffisant dans la région et le nombre d'agents de santé communautaire par habitant demeure très faible avec environ 8,6 agents pour 10 000 habitants (AS/MS 2018). L'accès aux services est d'autant plus difficile que près de la moitié de la population vit à plus de 10 kilomètres d'un établissement de santé (AS/MS 2017).

Identifier les déficits de financement

Le GFF et la Fondation Bill and Melinda Gates ont fourni un appui au gouvernement pour cartographier les ressources et renseigner les décisions prises en matière d'allocation budgétaire pour 2020 et 2021. Cette cartographie a indiqué un meilleur alignement des partenaires, un accroissement dans les financements octroyés par les bailleurs de fonds et une augmentation des ressources nationales consacrées aux priorités. Les données ont également souligné un déficit de financement de 30 pour cent – soit 30 millions de dollars américains requis d'ici 2021 – qui découle principalement de l'expansion des activités et des coûts y relatifs. Le GFF continuera à collaborer avec le gouvernement pour pérenniser les financements et intégrer des évaluations annuelles des affectations financières et cela, conformément au processus budgétaire du gouvernement.

Promouvoir des réformes du financement de la santé afin d'instaurer la résilience

Dans le cadre du nouveau dossier d'investissement, le GFF concentrera son appui sur une série de réformes axées sur l'accès équitable à des services de santé primaire de qualité, particulièrement dans les régions prioritaires. Ceci inclut notamment la prestation gratuite de services de santé aux femmes enceintes et aux enfants de moins de cinq ans et cela, en étendant le nouveau programme d'assurance santé à base communautaire, en optimisant les contrats basés sur la performance afin d'améliorer la quantité et la qualité des services fournis, et en renforçant les systèmes de santé communautaire.

- **Améliorer la protection sociale** : Le gouvernement couvrira les cotisations d'assurance santé pour les femmes enceintes, les enfants de moins de cinq ans et les ménages les plus pauvres. Il prévoit également d'ajouter la planification familiale à la gamme de services essentiels de santé couverts par ce programme.
- **Réformer les achats stratégiques** : Le système actuel de contrats basés sur la performance sera réformé afin de fournir un accès à des services supplémentaires à davantage de femmes et d'enfants. Dans le cadre du programme révisé, les établissements de santé recevront un financement initial et les services pourvus seront suivis

par des organisations non gouvernementales. Les réformes viseront également à augmenter le nombre d'établissements de santé privés offrant des services et des fournitures de santé plus accessibles pour les femmes et les enfants.

- **Renforcer la santé communautaire** : L'accent sera placé sur la constitution de systèmes de santé communautaire plus résilients et cela, à travers la formation de professionnels de santé compétents, l'augmentation du nombre de femmes employées au sein de ces établissements et, l'assurance que les établissements disposent d'un personnel adéquat.

Promouvoir une utilisation accrue de données de meilleure qualité pour renseigner la prise de décision

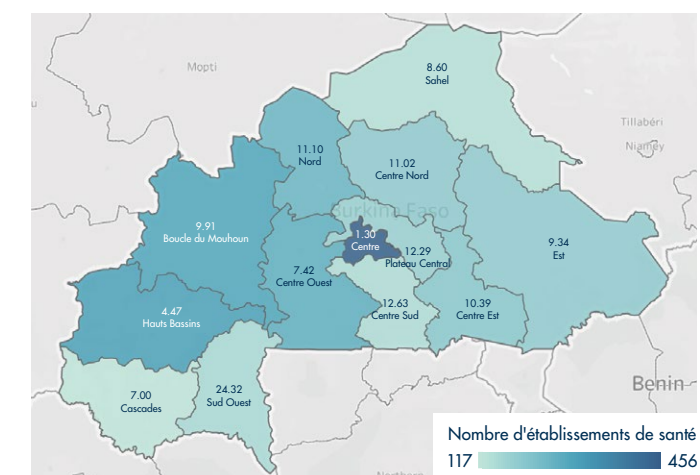
Le GFF fournit une assistance technique au gouvernement afin de renforcer les systèmes d'enregistrement et de statistiques de l'état civil et cela, pour permettre la collecte d'informations décisives sur les faits de l'état civil, particulièrement dans les régions excentrées. Pour promouvoir une utilisation accrue de données de meilleure qualité et mieux renseigner la prise de décision, le GFF a lancé un partenariat avec Countdown 2030 pour évaluer le dossier d'investissement sur une base annuelle et à mi-parcours, et renforcer les capacités de l'Institut Supérieur des Sciences de la Population de l'Université d'Ouagadougou en matière d'analyse de données. Enfin, le GFF et la Banque mondiale soutiennent le recensement de population mené par le pays dans le but de collecter des données sociodémographiques ainsi que des informations sur l'infrastructure publique, notamment les établissements de santé.

Réaliser le dossier d'investissement révisé : Étapes suivantes

En s'appuyant sur les gains précédemment générés, le Burkina Faso s'attachera à suivre les progrès réalisés dans le cadre d'indicateurs importants de prestation de services et cela, tout en assurant la redevabilité et un dialogue avec toutes les parties prenantes. Ensemble, ces efforts contribueront à renforcer la résilience des systèmes de santé et à étendre la couverture des services de qualité aux populations vulnérables.

⁷ Les données relatives à cette carte sont extraites du AS/MS 2018

Agents de santé communautaire pour 10 000 habitants⁷



RÉPUBLIQUE DÉMOCRATIQUE DU CONGO : POUR SUIVRE LA PROGRESSION VERS UNE ÉQUITÉ EN SANTÉ

La République démocratique du Congo (RDC) a continué à investir dans la santé et la nutrition des femmes, des enfants et des adolescents et cela, en s'appuyant sur les progrès récemment réalisés. Afin d'appuyer les priorités sanitaires les plus urgentes, le gouvernement a encore accru les ressources nationales consacrées à la santé et renforcé l'efficacité des ressources existantes et cela, avec le soutien du Mécanisme de financement mondial (GFF). Ceci a non seulement contribué à étendre des services de santé de qualité dans les régions les plus touchées du pays, mais aussi à protéger les ménages contre les difficultés financières. Dans ce cadre, davantage de femmes et d'enfants se rendent dans les établissements de santé et bénéficient d'accouchements assistés et d'autres services vitaux.

Maintenir la dynamique

En République démocratique du Congo (RDC), l'instabilité politique, le conflit armé et, au cours des dernières années, les multiples épidémies du virus Ebola ont exercé une pression supplémentaire sur des systèmes de santé déjà fragilisés. En raison de l'engagement et des efforts du gouvernement, les décès d'enfants de moins de cinq ont diminué d'un tiers entre 2014 et 2017 et, le taux de grossesses parmi les adolescentes s'est réduit par un cinquième. Néanmoins, la

malnutrition chronique demeure une préoccupation importante avec près de 42 pour cent des enfants accusant un retard de croissance.⁸

La RDC est confrontée à des défis exceptionnels qui ont historiquement entravé la capacité du pays à augmenter ses dépenses publiques de santé. Ceci souligne l'importance d'utiliser les ressources existantes de façon efficace et de les affecter en vue de répondre aux priorités les plus importantes. Avec l'appui du GFF, le gouvernement a élaboré

un plan national afin de prioriser les réformes axés sur les systèmes de santé et les financements de la santé, et d'accélérer une progression en matière de santé et de nutrition dans les 26 provinces du pays. Le plan 2019–2022 vise également à augmenter le budget consacré à la santé de 7,6 à 8,6 pour cent et à améliorer l'efficacité budgétaire pour atteindre 90 pour cent. Ce plan s'attache également à réduire le fardeau financier pour les familles (c.à.d. dépenses catastrophiques de santé) et cela, de 4 à 3 pour cent.

Progrès des réformes du financement de la santé

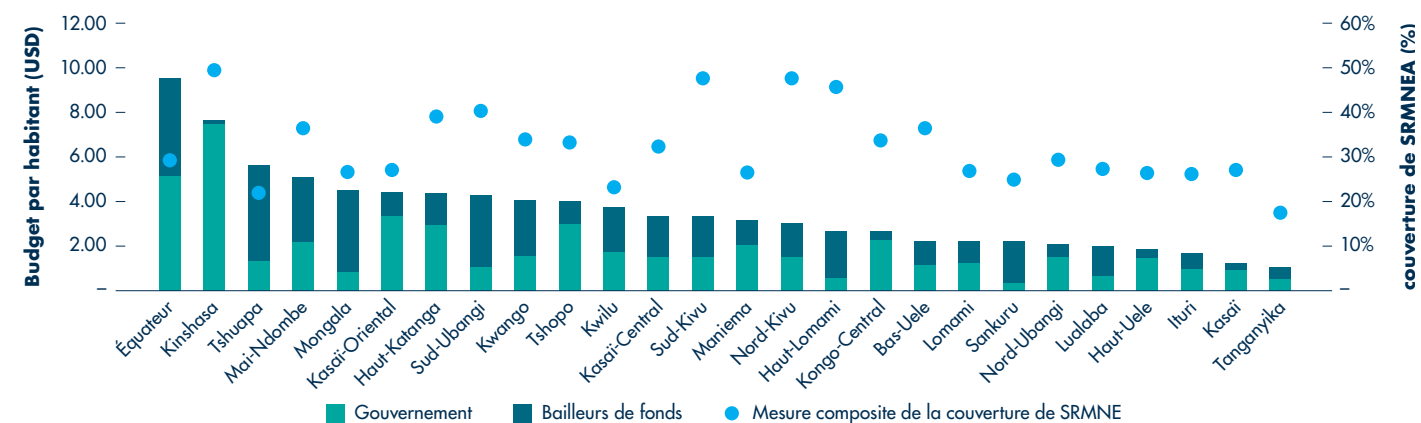
Le GFF appuie actuellement le plan national de la RDC avec un financement total de 60 millions de dollars américains, relié à un financement de 340 millions de dollars américains de l'Association internationale de développement (IAD) de la Banque mondiale. Les priorités du plan sont également financées par d'autres partenaires du GFF et d'autres bailleurs de fonds, notamment l'USAID, Gavi et le Fonds mondial. Après deux ans de mise en œuvre, le plan a réussi à appuyer les décideurs politiques lorsqu'ils doivent prendre des décisions difficiles en matière d'affectations budgétaires et de réformes du financement de la santé et cela, dans le but d'obtenir des résultats dans plusieurs domaines :

- **Accroissement de l'efficacité, de la transparence et de l'équité de l'affectation des ressources budgétaires existantes pour la santé :** Le GFF aide le ministère de la Santé à transiter vers une budgétisation basée sur les programmes – un processus permettant d'accroître la transparence des dépenses et d'assurer que ces dépenses contribuent aux priorités définies dans le dossier d'investissement. En 2019, en termes d'efficacité, le taux national d'exécution budgétaire – une mesure permettant de déterminer si le budget est dépensé tel qu'affecté – n'équivalait qu'à la moitié de l'efficacité des budgets des bailleurs de fonds (qui atteignait quasiment 100 pour cent). Il existe également d'importantes inégalités en matière d'allocation budgétaire entre les provinces, ce qui contribue à également à des résultats de santé médiocres. En fonction de ce nouveau processus budgétaire, le gouverneur de la province de Maniema – l'une des provinces les plus pauvres de la RDC – s'est engagé à affecter

davantage de ressources et d'accroître l'efficacité des ressources existantes consacrées à la santé. De même, la province de Lualaba s'est engagée à accroître les ressources nationales affectées à la santé et prévoit de piloter la budgétisation basée sur les programmes pour mieux associer les ressources aux résultats. Cela a également permis au ministère de la Santé de plaider pour une augmentation de la part du budget national consacré à la santé. (Figure 1).

- **Pérenniser les réformes :** La transition vers un processus budgétaire plus transparent, efficace et axé sur les résultats permet au gouvernement de générer des données annuelles plus fiables et, par extension, de suivre les dépenses et les résultats et d'assurer un financement pérenne des services essentiels de santé. Le gouvernement a également créé une nouvelle unité fiduciaire pour gérer les flux budgétaires et pour assurer une meilleure utilisation des ressources aux niveaux provincial et national.
- **Accroître les ressources nationales pour la santé :** Le GFF a appuyé le ministère de la Santé pour réaliser une cartographie des ressources et un suivi des dépenses – un exercice qui a souligné d'importants déficits de financement dans le cadre de la mise en œuvre des priorités du plan. Cet exercice a servi de catalyseur pour convaincre le gouvernement d'accroître les ressources nationales consacrées à la santé et cela, de 7 pour cent en 2017 à 8,5 pour cent en 2018 à 10,7 pour cent en 2019 – dépassant ainsi l'objectif fixé dans le plan pour 2022 (Budget BBP). En outre, le gouvernement a triplé ses dépenses en matière de vaccination, passant de 4,4 à 9 millions de dollars américains en 2019 et à 16,4 millions de dollars américains au cours du premier semestre 2020.
- **Réduire les paiements directs :** Avec l'appui du GFF, le gouvernement a développé et mis en œuvre des contrats pour l'achat stratégique de services dans 11 provinces. En reliant la rémunération des prestataires à la performance, ces contrats ont participé à étendre les services de qualité et cela, tout en réduisant le fardeau financier des ménages. D'autres partenaires du GFF, comme l'Union européenne, soutiennent également les réformes axées sur les achats stratégiques dans le pays.

Figure 1 : Budget par habitant x couverture SRMNE⁹



La Figure 1 représente la couverture de SRMNE constituée de plusieurs indicateurs de couverture, notamment les consultations prénatales, l'utilisation des méthodes de planification familiale, le recours aux soins pour la diarrhée et, le recours aux soins pour la fièvre/le paludisme.

⁹ Les données relatives au budget sont extraites du Budget 2020 de la RDC. Les données relatives à la SRMNE-N proviennent du MICS 2017-18.

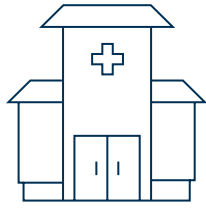
Accroissement de l'accès aux services de santé

En RDC, les efforts déployés pour améliorer l'allocation et l'utilisation efficaces des dépenses de santé ont déjà réduit les coûts de santé pour les patients, renforcer la qualité des services et accru l'utilisation des services à travers la mise en œuvre du financement basé sur la performance dans 11 provinces – parmi d'autres interventions. La Banque mondiale et le GFF contribuent conjointement à l'obtention de meilleurs résultats en concentrant leurs investissements dans ces 11 provinces.

Amélioration de l'accès aux soins de santé primaire

► Dans les établissements de santé où les paiements sont associés à la performance, le nombre moyen d'admissions ambulatoires a **AUGMENTÉ DE 59 À 67 POUR CENT**

entre 2018 et le premier trimestre 2020.¹⁰ Cette augmentation varie selon les provinces, allant de 21 pour cent dans le Haut-Katanga à 84 pour cent dans le Sud-Ubangi.



Amélioration des soins de santé maternelle et infantile

► Entre 2017 et 2019, le nombre de femmes supplémentaires ayant effectué leur première consultation prénatale a **AUGMENTÉ À RAISON DE 18 POUR CENT**

et, le nombre de femmes supplémentaires ayant effectué au moins quatre consultations prénatales a augmenté de 30 pour cent (cf. Carte 1a). Les soins postnataux ont quasiment doublé de 30 à 56 pour cent.

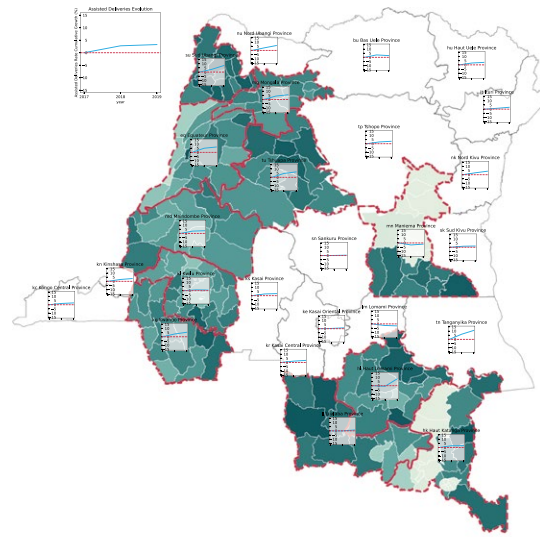
► Le nombre de femmes supplémentaires ayant accouché en présence d'un personnel qualifié s'est accru de trois pour cent, portant le taux de couverture à 91 pour cent dans 24 des 26 provinces du pays en 2019 (cf. Carte 1b).

► En 2019, le taux de mortalité lié au paludisme au niveau national a baissé de 58 pour cent pour atteindre 0,04 pour cent. Ces baisses ont été enregistrées dans 24 des 26 provinces du pays avec la seule augmentation significative se produisant dans la province de Sankuru où le taux est passé de 0,17 à 0,24 pour cent.

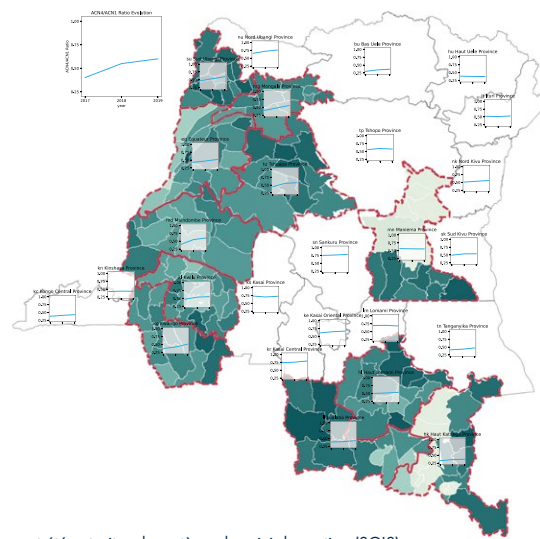
Alors que des disparités subsistent entre les provinces, la qualité demeure une question décisive dans plusieurs établissements de santé et cela, en raison de faibles compétences et de pénuries en matière de médicaments et d'équipements. À l'avenir, l'accent sera placé sur l'équité et cela, en concentrant davantage de ressources dans les provinces dont la progression accuse un retard.

¹⁰ Sauf indication contraire, toutes les données relatives à la SRMNEA en RDC, y compris les cartes, ont été extraites du système de suivi de routine (SGIS).

Carte 1a : **CPN4 : Taux de Changement, 2017-2019** : avec couverture des consultations ambulatoires sous financement basé sur la performance dans les établissements de santé de FBP grisée par zone



Carte 1b : **Accouchements assistés par province** : Taux de changement, 2017-2019 ; avec couverture des consultations ambulatoires sous financement basé sur la performance dans les établissements de santé de FBP grisée par zone.



APERÇU DU PAYS

ÉTHIOPIE : PROMOUVOIR DES RÉFORMES DU FINANCEMENT DE LA SANTÉ AFIN D'ASSURER UNE PROGRESSION PÉRENNE

Avec l'appui du Mécanisme de financement mondial (GFF) et d'autres partenaires, le gouvernement d'Éthiopie a élaboré un plan de transformation du secteur de la santé afin d'accélérer la réalisation de résultats, et cela en s'appuyant sur les progrès réalisés à ce jour. Ce plan constitue le dossier d'investissement pour la santé des femmes, des enfants et des adolescents d'Éthiopie, il aide à prioriser et à guider les investissements pour une expansion des services de santé de qualité, particulièrement dans les régions affichant une faible progression et étant confrontées aux besoins de financement les plus importants. Le GFF a facilité la réalisation d'importantes réformes qui ont permis de réduire les écarts financiers et de renforcer les systèmes de données axés sur le suivi des progrès réalisés. En outre, le GFF a aidé à stimuler un dialogue avec le secteur privé afin de mobiliser davantage d'investissements dans la santé. Ces efforts ont contribué à améliorer les résultats en matière de santé, notamment au niveau de la prestation de services, de l'augmentation du nombre d'accouchements assistés, du recours accru à la contraception, et de la participation des enfants de moins de deux ans aux programmes de suivi de la croissance.

Un leadership national catalyse de meilleurs résultats de santé

Une croissance économique constante, couplée à une forte gestion gouvernementale, a permis à l'Éthiopie d'obtenir de meilleurs résultats en matière de santé pour les femmes et les enfants. Entre 2000 et 2016, les taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans et des nourrissons ont respectivement chuté de 42 et de 28 pour cent. Au cours de la même période, le taux de fécondité des femmes est passé de 5,5 à 4,6 enfants par femme. L'Éthiopie accuse néanmoins un retard dans plusieurs domaines, notamment dans la planification familiale, la santé des adolescents et les retards de croissance.¹¹ Les dépenses de santé par habitant s'élevaient à 32 dollars américains – ce qui était inférieur à la moyenne de l'Afrique subsaharienne – et relevaient quasiment à part égale des bailleurs de fonds, des paiements directs et des ressources publiques. Entre 2000 et 2017, les ressources nationales pour la santé en tant que part des dépenses totales se sont accrues de 7,5 à 8,6 pour cent, mais cette augmentation découlait principalement des ressources externes canalisées à travers le gouvernement (budgétisées).¹² Les progrès vers une couverture médicale universelle nécessiteront des réformes de financement visant à accroître la mobilisation des ressources nationales pour la santé et à aligner les ressources existantes des bailleurs de fond sur une prestation de services équitable.

Stimuler une transformation sanitaire à travers un appui ciblé

L'Éthiopie a été le premier pays à rejoindre le GFF, et son Plan de transformation du secteur de la santé est prévu pour aider le pays à atteindre la couverture universelle de santé en priorisant l'expansion de services de santé équitables et de qualité, et de renforcer les systèmes de santé et leur infrastructure. Le plan est mis en œuvre avec le soutien d'une subvention du GFF de 60 millions de dollars américains qui a mobilisé une contribution de 150 millions de dollars américains de la part de l'IDA, qui gère les fonds pour les pays les plus pauvres. Il est également soutenu par le Fonds de développement durable, un fonds commun de 11 donateurs géré par le ministère fédéral de la Santé.

En collaboration avec les partenaires et la Banque mondiale, le GFF a joué un rôle décisif dans la mise en œuvre du plan. Plus précisément, le partenariat du GFF avec l'Éthiopie a contribué à :

- **Stimuler des résultats** en incorporant des indicateurs pertinents au projet de la Banque mondiale et en conditionnant les paiements à de meilleurs résultats.
- **Prioriser les interventions** dans les domaines qui affichent la plus faible progression, particulièrement la planification familiale et la santé des adolescents, et conditionner les paiements à la réalisation de résultats spécifiques. Ceci a mené à l'élaboration de la première politique nationale pour la santé des adolescents.
- **Réduire les écarts** entre les résultats de santé des régions accusant un retard et le reste du pays. Par exemple, le GFF a soutenu les régions de l'Afar et de l'Oromia ainsi que la région Somali en vue d'accroître les accouchements en présence d'un personnel qualifié.
- **Renforcer les systèmes de santé** en allouant des ressources aux systèmes d'approvisionnement et de distribution de produits pharmaceutiques et à l'infrastructure sanitaire. Le GFF a également soutenu l'amélioration des systèmes d'enregistrement et de

statistiques de l'état civil (CRVS), et ce en fournissant également un soutien à l'Agence fédérale d'enregistrement des faits de l'état civil afin de passer à un système d'enregistrement électronique.

Faciliter les réformes du financement de la santé ainsi que l'engagement du secteur privé

Pour aider le gouvernement à accroître ses propres ressources et à utiliser les financements existants de manière plus efficace, le GFF – avec le soutien de la Banque mondiale et de la Fondation Bill et Melinda Gates – a fourni un appui et une analyse techniques en vue d'instaurer un dialogue axé sur les réformes du financement de la santé et d'identifier les déficits de financement ainsi que les obstacles qui entravent une exécution budgétaire efficace. Le GFF a également soutenu l'expansion nationale de l'assurance santé à base communautaire – un régime volontaire d'assurance santé conçu pour réduire les paiements directs pour les personnes du secteur informel.

Avec ce soutien, le gouvernement a pu mettre en œuvre des réformes spécifiquement axées sur le financement de la santé :

- **Suppression des obstacles financiers et accroissement de la couverture des services** : L'assurance santé à base communautaire (CBHI) a été étendue dans cinq des neuf régions d'Éthiopie, notamment les régions de l'Amhara, du Benishangul-Gumuz, de l'Oromia, des Nations, Nationalités et peuples du Sud (SNNP) et du Tigray, ainsi que les administrations des villes d'Addis-Abeba et Dire-Dawa. Cette expansion a permis de couvrir 28 pour cent de la population nationale, par rapport à seulement un pour cent de la population en 2015. Elle a également entraîné une utilisation accrue des services de santé – les visites effectuées par les personnes assurées dans les établissements de santé étaient 43 pour cent plus élevées que la moyenne nationale. Une couverture plus importante de l'assurance a également contribué à réduire la part des paiements directs, et ce de 34 pour cent en 2010 à 30 pour cent en 2017.¹³
- **Augmentation significative des ressources nationales pour mettre en œuvre le dossier d'investissement** : En un peu plus d'une année seulement, les allocations budgétaires nationales effectuées en soutien au plan ont augmenté de 40 pour cent (de 42 pour cent en 2018/19 à 59 pour cent en 2019/20). Ceci a permis de réduire le déficit financier de 35 à 20 pour cent dans le cadre des 4,7 milliards de dollars américains requis pour la mise en œuvre du plan.
- **Réalisation de nouveaux partenariats public-privé pour la santé** : Une évaluation du secteur privé de la santé a été menée afin de comprendre comment tirer parti des investissements sanitaires du secteur privé. Cela a notamment inclus une évaluation des réglementations et des politiques requises afin de soustraire les risques associés aux marchés. Ce dialogue a entraîné la création d'une fédération de parties prenantes du secteur privé, incluant les hôpitaux privés, les sociétés pharmaceutiques, les organisations de la société civile et d'autres.
- **Amélioration des données pour renseigner la prise de décision** : Le GFF a soutenu la mise à jour de la base de données BOOST, ce qui a permis au gouvernement de fournir des données sur le financement de la santé à tous les niveaux de manière plus systématique afin d'éclairer les réformes politiques. En 2019, une évaluation de la disponibilité et de l'état de préparation des services menée avec le soutien du partenariat du GFF a également souligné que la collecte et l'utilisation des données ainsi que la réalisation de rapports s'étaient améliorés, ce avec 84 pour cent des centres de santé transmettant des données sanitaires en temps opportun – dépassant ainsi l'objectif initialement fixé à 80 pour cent.

Contribuer à de meilleurs résultats de santé

Le partenariat du GFF avec l'Éthiopie a joué un rôle décisif dans la progression constante du pays vers une couverture de santé universelle. À partir de février 2020, et avec l'appui du GFF, l'Éthiopie s'est attachée à augmenter la couverture des services de santé maternelle et infantile, dépassant ainsi les objectifs fixés dans le plan de transformation.

Augmentation des consultations prénatales, des accouchements assistés et de l'utilisation des contraceptifs modernes

- ▶ Le nombre de femmes bénéficiant de **QUATRE CONSULTATIONS PRÉNATALES A AUGMENTÉ DE 32 À 43 POUR CENT.** De même, le nombre de femmes enceintes recevant des comprimés de fer et d'acide folique est passé de 42 à 60 pour cent.¹⁴
- ▶ Les accouchements assistés par un personnel qualifié sont passés de 19 à 33 pour cent dans les régions moins performantes de l'Oromia, de l'Afar et Somali, et ont quasiment triplé au niveau national en passant de 18 à 50 pour cent.
- ▶ L'utilisation des méthodes modernes de contraception a atteint 41 pour cent, avec 27 pour cent des femmes utilisant des contraceptifs modernes injectables.



Amélioration de la santé infantile

- ▶ Le nombre d'enfants de moins de deux ans inscrits au programme de Promotion du suivi de croissance a augmenté de 38 à 54 pour cent. En outre, dans les régions plus développées, le nombre de **DISTRICTS DISTRIBUANT DES COMPLÉMENTS DE VITAMINE A AUX ENFANTS A PLUS QUE DOUBLÉ** passant de 48 à 100 pour cent. La prévalence de l'émaciation a également diminué de 3 pour cent pour atteindre 7 pour cent en 2019.
- ▶ La vaccination des enfants de moins de deux ans s'est améliorée de manière globale. Le nombre d'enfants vaccinés au pentavalent 3 a augmenté de 54 à 61 pour cent ; deux tiers des enfants avaient reçu toutes les injections du vaccin antirotavirus et 60 pour cent avaient bénéficié d'une vaccination complète contre la polio.

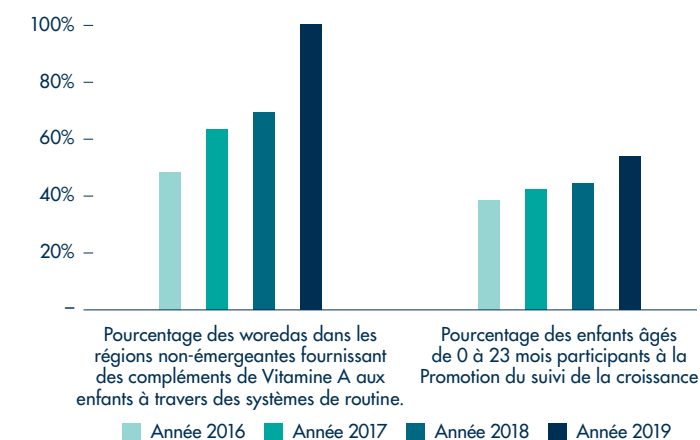


Renforcement des données de santé

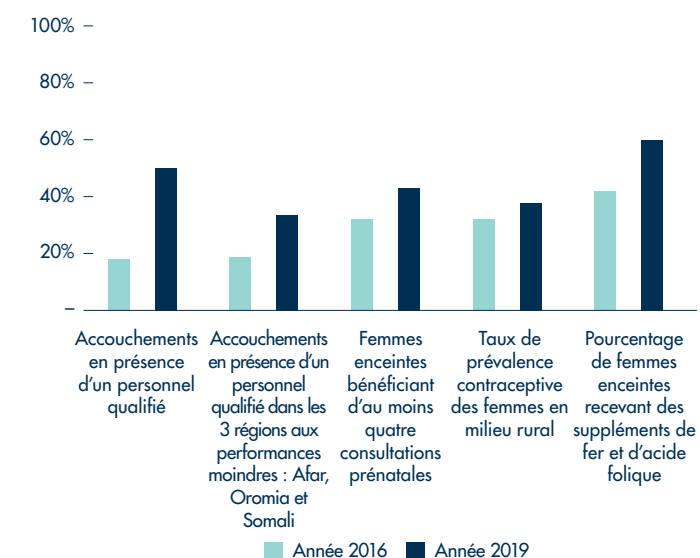
- ▶ La collecte et l'utilisation de données ainsi que l'établissement de rapports en temps opportun ont considérablement **AUGMENTÉ, PASSANT DE 68 À 84 POUR CENT** entre 2016 et 2018 (SARA 2018). Le nombre d'établissements de santé primaire disposant d'un accès aux médicaments essentiels est passé de 42 à 48 pour cent (MDS).



Prestation de services, systèmes de suivi de routine, 2016–2019



Prestation de services, EDS 2016, EDS 2018–2019



11 Toutes les données d'impact relatives à la SRMNEA-N sont extraites de l'EDS 2000 et de l'EDS 2016.

12 Les données de base relatives au financement de la santé sont extraites du GHED-OMS.

13 Les données relatives à la couverture des services sont extraites du Rapport administratif annuel 2019 de l'Agence éthiopienne de l'Assurance santé.

14 Sauf indication contraire, les données relatives aux résultats de SRMNEA-N de l'Éthiopie, y compris les graphiques, sont extraites des enquêtes EDS.

INDONÉSIE : ACCÉLÉRER LA LUTTE CONTRE LES RETARDS DE CROISSANCE CHEZ LES ENFANTS

Au cours de la dernière décennie, l'Indonésie a réalisé des progrès remarquables en matière de santé maternelle et infantile. Néanmoins, la malnutrition demeure une préoccupation majeure et les retards de croissance restent obstinément élevés, et ce malgré les efforts considérables déployés par le gouvernement. Une ambitieuse stratégie nationale veille à ce que les ménages ayant des femmes enceintes ou des enfants de moins de deux ans puissent accéder à un ensemble de services essentiels afin de prévenir les retards de croissance. Cette stratégie vise 48 millions de mères et d'enfants dans 514 districts du pays et s'attache à permettre aux enfants de sépanouir pleinement. Le Mécanisme de financement mondial (GFF) apporte un appui catalytique au gouvernement pour renforcer l'engagement politique, la coordination et la redevabilité à tous les niveaux, l'expansion de systèmes d'information innovants et l'adoption des réformes du financement de la santé requises pour accélérer l'impact.

Aligner les secteurs sur un seul objectif

Au cours de la dernière décennie, l'Indonésie a progressé de manière significative en matière de santé. Entre 1990 et 2017, la mortalité des enfants de moins de 5 ans a chuté de 67 pour cent et l'espérance de vie est passée de 63 ans en 1990 à 69 ans en 2015. En 2018, bien que le gouvernement ait beaucoup investi dans la nutrition des mères et des jeunes enfants, un enfant de moins de cinq ans sur trois souffrait d'un retard de croissance ; près de 18 pour cent affichaient un poids insuffisant ; et 10 pour cent avaient un faible rapport poids/taille.¹⁴ Ces indicateurs ont de graves conséquences pour le potentiel du pays à développer son capital humain, à accroître la productivité et à promouvoir la croissance économique.

L'expérience et les enseignements tirés au niveau mondial indiquent que faire face aux retards de croissance requiert un leadership, et ce à travers de multiples secteurs et à tous les niveaux du gouvernement. Sur cette base, le gouvernement s'est engagé à haut niveau en lançant une ambitieuse stratégie nationale de 14,6 milliards de dollars américains afin d'accélérer une réduction des retards de croissance. Dirigée par le président et le vice-président d'Indonésie, cette stratégie coordonne 23 ministères à travers divers secteurs comme la santé, l'eau et l'assainissement, l'éducation de la petite enfance, la protection sociale et la sécurité alimentaire. L'objectif est d'assurer que chaque ménage dans le pays ait accès à un ensemble de services de base dont l'efficacité en matière de réduction des retards de croissance a été démontrée. Le programme a initialement ciblé les 100 districts les plus touchés et s'étendra rapidement pour atteindre l'ensemble des 514 districts du pays d'ici à 2022. En 2019, il était estimé que le programme couvrirait déjà 3,9 millions de mères et 10,6 millions d'enfants de moins de deux ans.

Catalyser le changement à travers un engagement politique et le renforcement des capacités

Pour renforcer la stratégie nationale axée sur la réduction des retards de croissance, le GFF a engagé 20 millions de dollars américains, reliés à un projet de 400 millions de dollars américains financé par la Banque mondiale – Investing in Nutrition and Early Years Program for Results. L'appui du GFF se focalise sur des actions catalytiques spécifiques, notamment le renforcement de la coordination et de la redevabilité nationales, la mise à l'échelle d'interventions spécifiques pour combler les lacunes en matière de prestation de services, et la conduite de réformes du financement de la santé. Par exemple, le GFF soutient une série de « Sommets sur le retard de croissance » dans les 100 districts prioritaires afin d'obtenir des engagements politiques de la part des chefs de district. Ces sommets ont permis d'établir des plans d'action concrets et de mobiliser des ressources de façon coordonnée en vue d'atteindre les objectifs fixés par le programme. En outre, le GFF a aidé le bureau du vice-président à établir un système de suivi de la performance axé sur des données et à améliorer la disponibilité des données importantes liées aux résultats de santé et de nutrition, permettant ainsi de signaler et de répondre aux goulots d'étranglement et de promouvoir la redevabilité.

L'assistance technique financée par le GFF soutient également la mise à l'échelle d'interventions spécifiques qui ciblent les lacunes qui existent en matière de prestation de services de santé et de nutrition. Afin de mieux comprendre les lacunes et les défis actuels, le GFF aide les gouvernements locaux à renforcer la capacité de leur personnel de développement humain – qui s'attache à faire du porte-à-porte pour

cartographier les ménages ayant des femmes et des enfants de moins de deux ans, à identifier les lacunes en matière de services, à fournir des informations sur la nutrition et à inciter les familles à accéder aux services. De 2018 à 2019, le nombre d'agents employés par le programme s'est vu multiplié par 20, passant d'environ 3 500 agents à près de 73 000 agents et couvrant 97 pour cent des villages. Parmi ces agents, 95 pour cent ont été formés dans des domaines pertinents liés à la nutrition. En s'appuyant sur le système de tableaux de bord existant pour suivre les résultats, le GFF a aidé l'Indonésie à déployer des solutions technologiques innovantes, dont une application numérique permettant de suivre les résultats en temps réel dans l'ensemble des 75 000 villages du pays. À ce jour, 39 pour cent de tous les villages ont déjà mis en œuvre cette application numérique.¹⁶

Le GFF soutient également la communication visant à stimuler un changement de comportement en matière de nutrition, de stimulation de la petite enfance, d'assainissement et d'hygiène parmi les familles vulnérables. En 2019, 72 districts prioritaires avaient mis en œuvre des activités de communication axées sur le changement de comportement adaptées aux réalités locales. Près de 2 000 enseignants ont été formés à la santé de la petite enfance et 843 enseignants ont été certifiés.

En outre, le GFF soutient des programmes visant à assurer la sécurité alimentaire des ménages. En 2019, des aliments riches en vitamines et en protéines ont été introduits dans le programme d'aide alimentaire et ont été distribués à 20 millions de bénéficiaires au niveau national.

Accroître les ressources et l'efficacité des dépenses a permis d'aligner les services

Afin de promouvoir une prestation de services plus intégrée, le GFF a aidé le ministère des Finances à adopter une nouvelle réglementation qui exige que les gouvernements locaux alignent leur processus de planification et de budgétisation sur les priorités de la stratégie nationale. Le GFF a également travaillé avec le gouvernement pour introduire un nouveau mécanisme de transfert budgétaire – une réforme importante qui facilite la coordination de la prestation de services au niveau des districts et à travers les secteurs. En 2019, en utilisant ce nouveau modèle de transfert budgétaire, le gouvernement a mis 88 millions de dollars américains à la disposition des gouvernements locaux. Une part de ce transfert fiscal a été alloué au Fonds des villages – un fonds spécial établi pour effectuer directement des transferts en espèces aux villages. Dans ce cadre, la part moyenne des dépenses de nutrition dans les villages s'est accrue de 26,2 pour cent dans les districts prioritaires. Dans l'ensemble, les dépenses nationales consacrées aux interventions spécifiquement axées sur les retards de croissance ont augmenté de 8,5 dollars américains par habitant en 2017 à 12,3 dollars américains par habitant en 2018 (GHED-OMS)

Le GFF a également soutenu la mise en place de systèmes plus intelligents axés sur le suivi des ressources et des performances. En 2019, le ministère des Finances a publié une étude qui relie les dépenses de nutrition aux résultats obtenus, indiquant comment le budget a été dépensé. Cela a permis au gouvernement d'améliorer la coordination et de garantir une meilleure utilisation des ressources.

¹⁵ Toutes les données d'impact relatives à l'Indonésie sont extraites de l'Enquête démographique et de santé (EDS)

¹⁶ Sauf indication contraire, les données relatives à la SRMNEA-N en Indonésie sont extraites du SUSENAS 2017, du Riskesdas 2018, et du SUSENAS 2019.

Une mise en œuvre réussie produit des résultats positifs

Les résultats préliminaires suggèrent que la stratégie de l'Indonésie, appuyée de façon catalytique par le GFF et d'autres partenaires, produit des résultats positifs pour les femmes, les enfants et les adolescents.

Progression dans les services de santé et de nutrition maternels et infantiles

Entre 2018 et 2019, **LE TAUX DE RETARD DE CROISSANCE PARI MI LES ENFANTS DE MOINS DE CINQ ANS EST PASSÉ DE 30,8 À 27,7 POUR CENT.**



Entre 2017 et 2019, le nombre de nourrissons (0-6 mois) allaités de façon exclusive a augmenté de manière significative, passant de 60,2 pour cent à 66,7 pour cent. L'allaitement maternel dans l'heure qui suit la naissance est passé de 42,7 pour cent en 2016 à 58,2 pour cent en 2018.

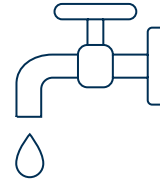
Le pourcentage de bébés âgés de 6 à 23 mois ayant reçu un régime alimentaire minimum acceptable est passé de 56,2 pour cent en 2018 à 58,2 pour cent en 2019 au niveau national, et de 52,6 pour cent en 2017 à 55,9 pour cent en 2019 dans les 100 districts prioritaires.

Entre 2017 et 2019, le nombre d'enfants âgés de 1 à 3 ans recevant une vaccination complète s'est accru, passant de 37,3 pour cent à 47 pour cent au niveau national, et de 39,2 pour cent à 48 pour cent dans les 100 districts prioritaires.

La couverture en matière de supplémentation en fer pendant la grossesse (plus de 90 comprimés de fer au cours de la grossesse) est passée de 35,5 pour cent à 37,7 pour cent entre 2016 et 2018.

Amélioration de l'accès à l'eau potable et à l'assainissement

Entre 2017 et 2019, le pourcentage de ménages avec des enfants de moins de deux ans ayant **ACCÈS À UNE EAU POTABLE AMÉLIORÉE EST PASSÉ DE 70 POUR CENT À 72 POUR CENT AU NIVEAU NATIONAL,** et de 65,3 pour cent à 69 pour cent dans les 100 districts prioritaires.



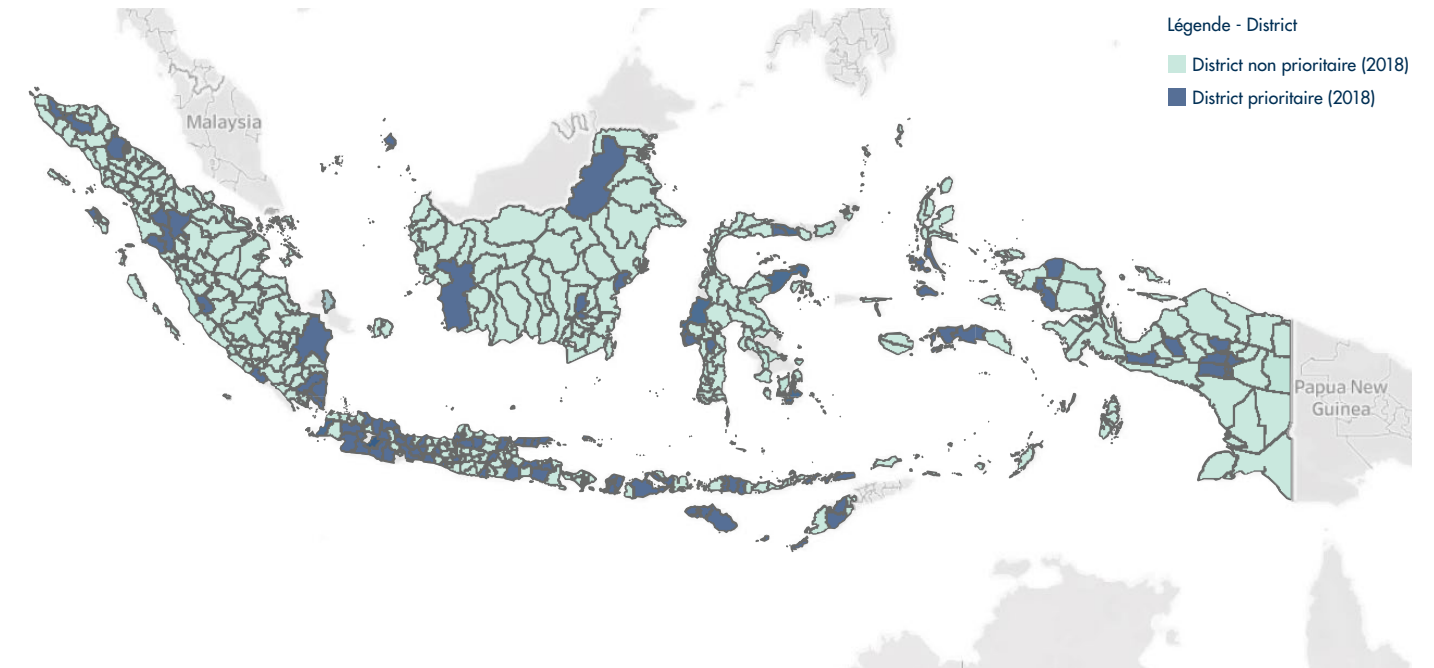
Le pourcentage de ménages ayant accès à un meilleur assainissement est passé de 62,4 pour cent à 66,6 pour cent au niveau national, et de 54,3 pour cent à 58 pour cent dans les 100 districts prioritaires.

Augmentation de l'enregistrement des naissances

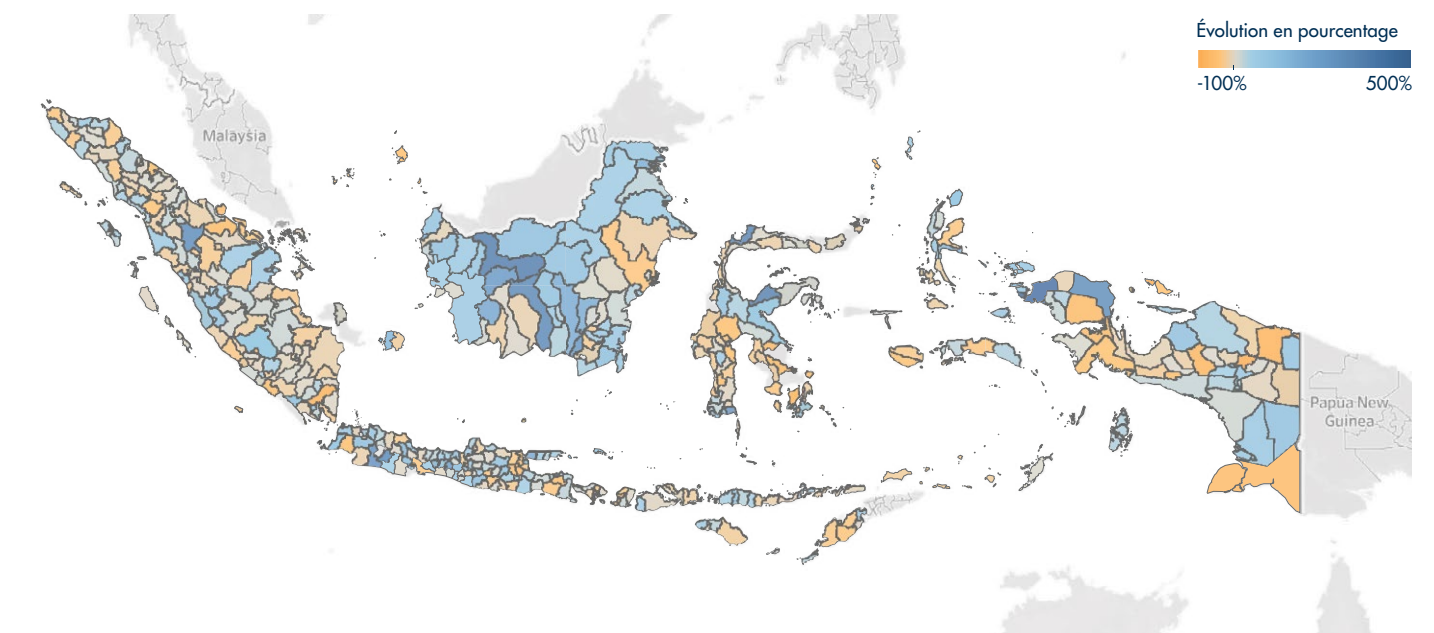
Le pourcentage d'enfants de moins de cinq ans ayant reçu un **CERTIFICAT DE NAISSANCE EST PASSÉ DE 69,5 POUR CENT À 71,7 POUR CENT AU NIVEAU NATIONAL,** et de 62,9 pour cent à 65 pour cent dans les 100 districts prioritaires.



Indonésie, Année 1, Districts prioritaires



Régime alimentaire minimum acceptable, Évolution en pourcentage, 2017-2019



LIBÉRIA : ALIGNER L'APPUI DES PARTENAIRES SUR LA PRESTATION DE SERVICES ÉQUITABLE

Depuis 2016, le Mécanisme de financement mondial (GFF) travaille avec le gouvernement du Libéria afin de répondre aux besoins sanitaires les plus pressants du pays. Par le biais du dossier d'investissement, le GFF aide le pays à combler les lacunes qui existent en matière de prestation de services et de résultats de santé maternelle et infantile, et ce en focalisant les ressources disponibles sur les six comtés accusant un retard. Le dossier d'investissement a permis d'accélérer les progrès réalisés dans la santé au sein de ces comtés : 10 pour cent d'enfants de moins de deux ans supplémentaires ont été vaccinés ; la fécondité des adolescents a chuté de 14 pour cent ; les accouchements assistés ont augmenté de 24 pour cent ; et le nombre de femmes bénéficiant de soins postnataux s'est vu multiplié par six.

Répondre aux priorités sanitaires dans un environnement difficile

Le Libéria se remet encore de plusieurs années de conflits qui ont pris fin en 2003. Cette période troublée a été suivie en 2014-2016 par une épidémie du virus Ebola qui a encore fragilisé le système de santé. Avec un appui ciblé du GFF et de partenaires internationaux, le Libéria est parvenu à réduire les grossesses parmi les jeunes filles âgées de 15 à 19 ans, et cela de 14 pour cent entre 2013 et 2019.¹⁷ Les programmes axés sur l'amélioration de la nutrition ont permis de réduire les retards de croissance de 31,6 à 30 pour cent et l'émaciation de 5,6 à 3 pour cent. Les résultats en matière de mortalité maternelle, infantile et néonatale restaient néanmoins décevants. En 2013, la mortalité maternelle s'élevait à 1 072 décès pour 100 000 naissances vivantes ; entre 2013 et 2019, la mortalité des enfants de moins de cinq ans n'avait que sensiblement baissé de 94 à 93 décès pour 1 000 naissances vivantes ; et la mortalité néonatale avait augmenté de 42 pour cent. Il reste donc beaucoup plus à faire, particulièrement dans les comtés aux résultats les plus faibles.

En 2017, les paiements directs des ménages représentaient près de la moitié des dépenses de santé, malgré des dépenses publiques de santé par habitant relativement importantes à hauteur de 57 dollars américains (GHED-OMS) – avec les bailleurs de fonds extérieurs assumant un tiers de ce coût. En parallèle, le Libéria est confronté à d'importantes disparités entre ses 15 comtés, et ce en matière d'accès aux soins, de résultats de santé et de financements. Alors que des efforts sont déployés en vue d'augmenter les dépenses nationales pour la santé sur le long terme, l'espace fiscal restreint constitue un défi majeur. Le soutien apporté par le GFF au Libéria pour promouvoir une coordination efficace et une hiérarchisation des ressources extérieures existantes est donc particulièrement décisif pour garantir l'accès des femmes, des enfants et des adolescents aux services essentiels de santé.

Promouvoir un accès équitable aux services de santé en comblant les déficits financiers

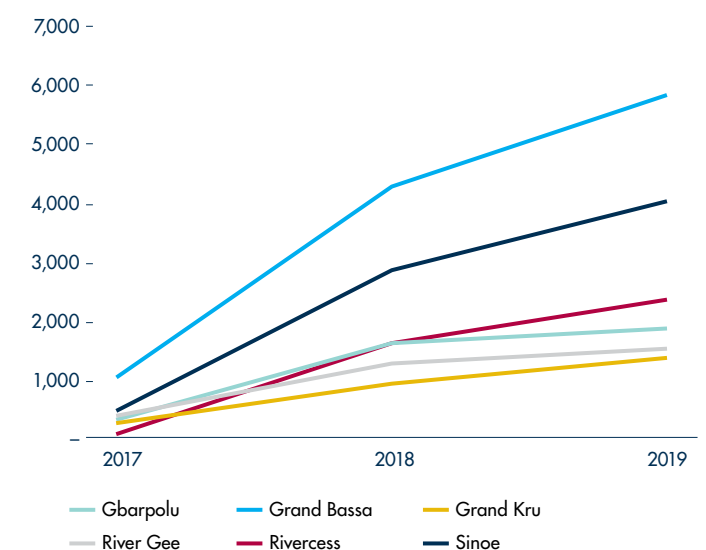
Bien que le gouvernement du Libéria appuie les 15 comtés du pays, il existe de grandes disparités sanitaires entre les comtés. Le GFF s'est attaché à soutenir le gouvernement pour élaborer un dossier d'investissement ambitieux, centré sur les six comtés aux résultats de santé et de nutrition les plus faibles – Gbarpolu, Grand Bassa, Grand Kru, River Gee, River Cess et Sinoe. Cela a permis de mettre l'accent sur les financements supplémentaires requis afin de répondre aux priorités principales de ces comtés, notamment les soins obstétricaux et néonataux d'urgence, la santé des adolescents, la préparation aux urgences, les systèmes d'enregistrement et des statistiques de l'état civil (CRVS), l'engagement de la communauté et le recours aux données pour la prise de décisions. En complément de ces efforts, un projet soutenu par l'USAID finance un ensemble de services essentiels de santé dans six comtés afin de couvrir 1,8 million de personnes avec des services de planification familiale, de santé maternelle et infantile ainsi que des services de prévention et de traitement du paludisme.

Les dépenses nationales pour la santé étant fortement contraintes, le GFF a aidé le gouvernement à cartographier les ressources et à élaborer un plan d'action pour améliorer l'efficacité de l'aide au développement. Le plan a contribué à l'alignement des ressources existantes, et ce dans

le but de combler les déficits de financement relatifs aux domaines prioritaires détaillés dans le dossier d'investissement. Dans ce cadre, les engagements pris en matière de financements externes se sont vu augmenter de façon constante, doublant sur une période de trois années pour passer de 27 millions de dollars américains au cours de l'exercice financier 2017-2018 à 30 millions de dollars américains au cours de l'exercice financier de 2018-2019 et à 55 millions de dollars américains au cours de l'exercice financier de 2019-2020. En outre, le gouvernement a également augmenté les dépenses publiques pour la santé en tant que part des dépenses publiques, et ce de 10,5 pour cent au cours de l'exercice financier de 2016-2017 à 14,1 pour cent au cours de l'exercice financier de 2018-2019. Un outil numérique de suivi et de cartographie des ressources permettra prochainement au gouvernement et aux partenaires d'accéder en temps réel à des informations relatives à l'allocation des ressources et aux dépenses, permettant ainsi de mieux orienter les décisions politiques prises en matière d'affectation de fonds et d'aligner au mieux les ressources sur les besoins les plus pressants.

Le GFF fournit également une assistance technique dans le cadre de réformes à long terme du financement de la santé, ce à travers une subvention de 16 millions de dollars américains visant à appuyer la mise en œuvre du dossier d'investissement, reliée au Projet de renforcement des systèmes de santé financé par la Banque mondiale. Ce projet se focalise sur le renforcement des capacités du gouvernement à réformer et à étendre l'achat stratégique des services en fonction de la performance des prestataires. Cela incite à étendre les services de qualité aux populations mal desservies et à augmenter le financement des services de première ligne. Dans trois des six comtés prioritaires, le paiement des prestataires de services est conditionné par l'obtention de résultats relatifs aux indicateurs de santé maternelle, infantile et des adolescents, et d'indicateurs de qualité, ce à la fois au niveau des hôpitaux et au niveau des services de santé primaire.

Femmes bénéficiant de CPoN, Comtés prioritaires



¹⁷ Toutes les données d'impact relatives à la SRMNEA-N au Libéria sont extraites de l'EDS 2013 et de l'EDS 2019.

Encourager les résultats de santé

L'attention portée à l'alignement des ressources sur les priorités a déjà permis d'améliorer des résultats de santé ainsi que la prestation de services, et contribue à réduire l'écart qui existe entre les comtés accusant un retard et le reste du pays. Le GFF s'attache actuellement à travailler avec le gouvernement afin d'étendre ce modèle basé sur la performance à l'échelle nationale. Les enquêtes démographiques auprès des ménages de 2013 et de 2019 révèlent plusieurs résultats positifs.

Accouchements en milieu institutionnel

Entre 2016 et 2019, le nombre **D'ACCOUchements ASSISTÉS EN ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ A AUGMENTÉ DE 24 POUR CENT** dans les six comtés prioritaires (DHIS2). Au niveau national, les accouchements assistés ont augmenté de 43 pour cent entre 2013 et 2019 (EDS).



Soins de santé prénataux et postnataux

Entre 2017 et 2019, le nombre total de femmes ayant bénéficié de **QUATRE CONSULTATIONS PRÉNATALES A PRESQUE QUINTUPLÉ AU NIVEAU NATIONAL (PASSANT DE 19 000 À PRESQUE 84 000)**, et quadruplé dans les six comtés prioritaires (passant de près de 3 000 à plus de 12 000). Le nombre de femmes ayant reçu des soins postnataux de la part d'un personnel qualifié dans les 24 heures suivant l'accouchement s'est vu quasiment multiplié par 6, passant de près de 16 000 à plus de 100 000 au niveau national, et passant de près de 2 500 à 17 000 dans les six comtés prioritaires (DHIS2).



Vaccination des enfants

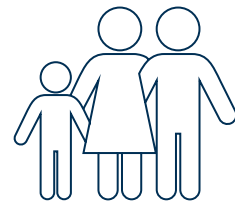
Entre 2016 et 2019, le nombre de nouveau-nés ayant été vaccinés de façon complète a augmenté de 20 pour cent au niveau national (DHIS2). De 2013 à 2019, **LA COUVERTURE VACCINALE DE BASE POUR LES ENFANTS DE MOINS DE DEUX ANS A AUGMENTÉ DE 55 À 65 POUR CENT, ATTEIGNANT 134 500 ENFANTS (EDS)**. Étant donné que seuls deux comtés prioritaires affichent un taux de couverture supérieur à la moyenne nationale, des efforts supplémentaires seront encore requis afin de combler les écarts existants.



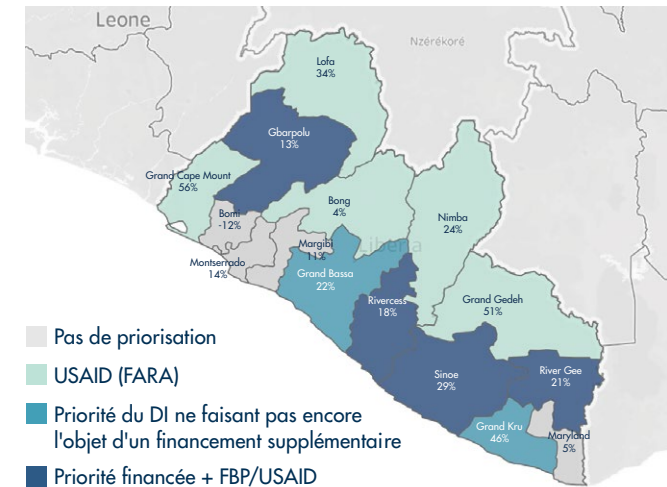
Planification familiale

Entre 2016 et 2019, **LES CONSULTATIONS AXÉES SUR LA PLANIFICATION FAMILIALE ONT AUGMENTÉ DE 60 POUR CENT AU NIVEAU NATIONAL (DHIS2)**. Seul le comté prioritaire de Rivergee a enregistré des progrès sur cet indicateur ; les autres enregistrent des baisses. Les comtés soutenus par le programme FARA de l'USAID, qui se concentre spécifiquement sur les services de planification familiale, ont connu d'importantes améliorations.

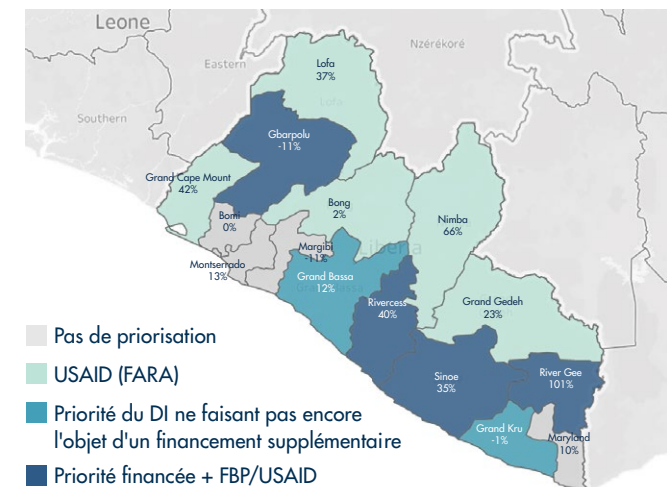
Entre 2013 et 2019, le taux de prévalence contraceptive est passé de 19 à 25 pour cent au niveau national ainsi que dans les six comtés prioritaires. Les plus fortes augmentations ont été enregistrées dans les comtés de Grand Kru (25 pour cent), de Grand Bassa et River Cess (16 pour cent). Au niveau national, la fécondité des adolescentes a chuté de 14 pour cent.



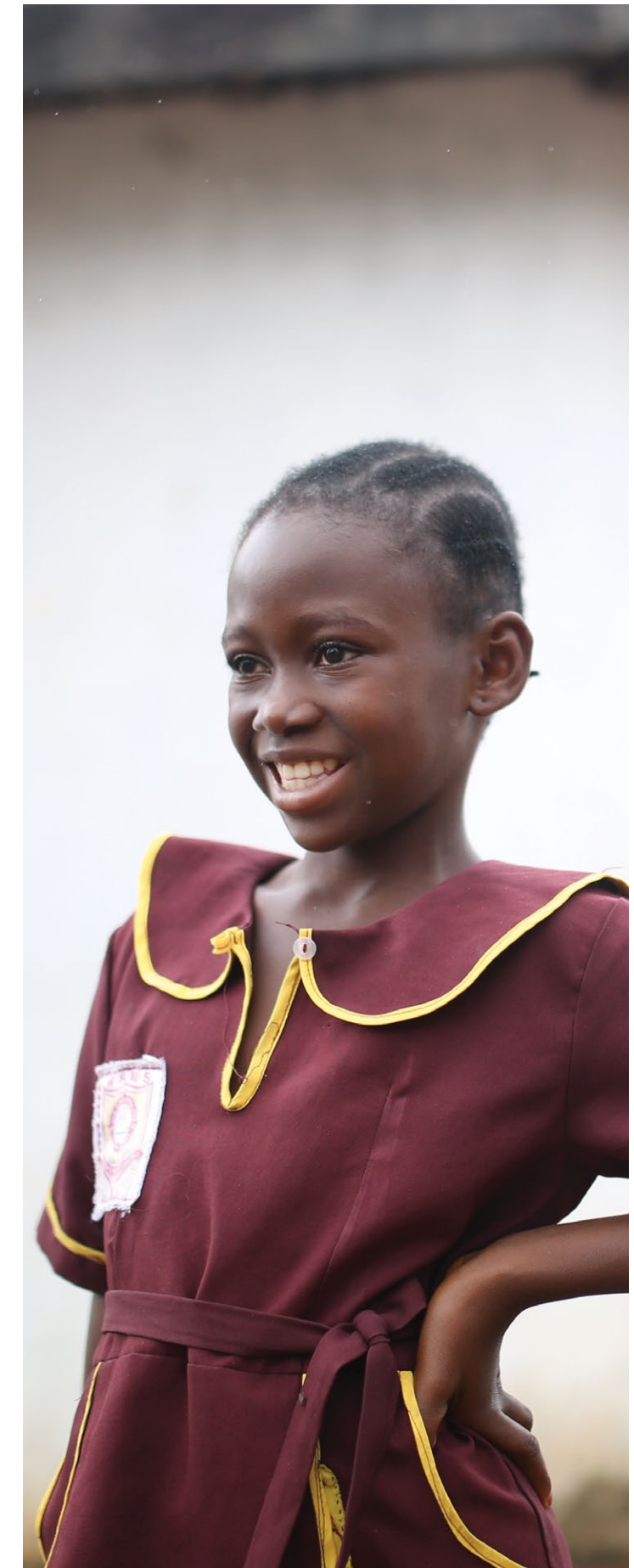
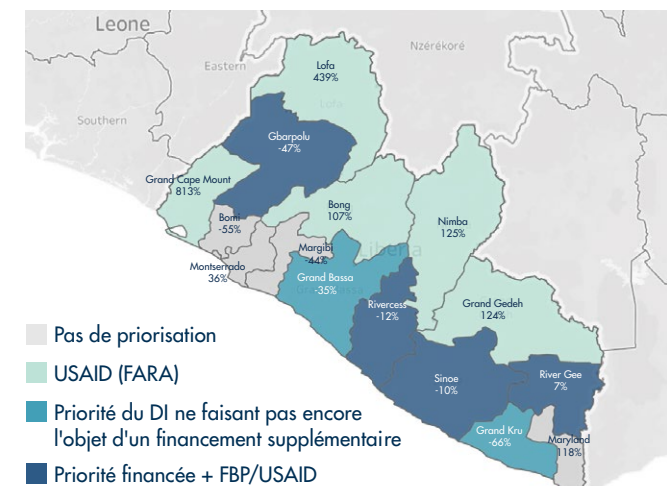
Accouchements assistés par un personnel qualifié, Évolution en pourcentage (2016-2019)



Immunisation complète, Enfants <1 an, Évolution en pourcentage (2016-2019)



Clients conseillés en matière de planification familiale, Évolution en pourcentage (2016-2019)



RWANDA : CHANGER LA TENDANCE EN MATIÈRE DE RETARDS DE CROISSANCE AFIN DE CONSTITUER UN CAPITAL HUMAIN

Au cours des deux dernières décennies, le Rwanda a progressé de manière remarquable en matière de santé. La mortalité maternelle a décliné, l'accès aux soins prénatals est devenu quasiment universel et l'utilisation accrue de la contraception a entraîné une réduction en des grossesses. Néanmoins, alors que davantage de nourrissons et d'enfants survivent aujourd'hui plus que jamais, de nombreux enfants de moins de cinq ans continuent à accuser un retard de croissance. Le Mécanisme de financement mondial (GFF) soutient actuellement les efforts déployés par le Rwanda afin d'accélérer une réduction des retards de croissance, de constituer un capital humain et d'assurer un avenir plus sain et plus productif à ses enfants. L'approche adoptée par le Rwanda afin de répondre aux retards de croissance va au-delà des secteurs de la santé et de la nutrition pour inclure des mesures de protection sociale et renforcer les systèmes d'enregistrement et de statistiques de l'état civil. Le rôle catalytique du GFF contribue à maximiser l'impact de ces investissements afin de fournir un ensemble de services essentiels aux familles qui en ont le plus besoin. Ceci se traduit par une meilleure nutrition pour les enfants et un accès élargi aux services, particulièrement pour les familles les plus démunies. En parallèle, le GFF soutient d'importantes réformes politiques et de financements publics qui posent les bases requises pour un impact à long terme.

Progression remarquable en matière de santé, mais persistance de la malnutrition chronique

Le Rwanda a beaucoup investi dans ses systèmes de santé, amélioré l'accès aux services de santé primaire et déployé des dizaines de milliers d'agents de santé communautaire au niveau des premières lignes. Ces efforts ont permis d'enregistrer des progrès significatifs en matière de santé des femmes, des enfants et des adolescents. Par exemple, entre 2000 et 2014, la mortalité maternelle avait chuté de 80 pour cent. En 2014, plus de 95 pour cent des femmes enceintes recevaient des soins prénatals et 90 pour cent accouchaient en présence d'un personnel qualifié. En outre, les services de planification familiale sont également largement disponibles et octroient aux femmes un meilleur accès à la contraception moderne. Alors que le Rwanda a également amélioré les taux de survie des nourrissons et des enfants, les retards de croissance au cours de l'enfance demeurent obstinément élevés à 38 pour cent. Parmi les familles les plus pauvres, les retards de croissance touchent près de la moitié des enfants de moins de cinq ans.¹⁸

Maximiser l'impact d'une approche multisectorielle axée sur les retards de croissance

Le gouvernement du Rwanda a élaboré un plan national intégré de lutte contre la malnutrition chronique, en partenariat avec le GFF, la Banque mondiale et The Power of Nutrition. Constituant également le dossier d'investissement du pays, le plan coordonne les partenaires ainsi que divers secteurs, comme la nutrition et la protection sociale, afin de fournir un ensemble de services essentiels aux femmes et aux enfants. Le plan cible les districts affichant des taux élevés de retards de croissance, les populations vulnérables ainsi que les années charnières de la vie des enfants – période au-delà de laquelle les effets d'un retard de croissance deviennent largement irréversibles.

Le GFF contribue actuellement au plan à hauteur de 18 millions de dollars américains. Une subvention de 10 millions de dollars américains est reliée à un projet de prévention et de réduction des retards de croissance financé par l'Association internationale de développement (IDA) de la Banque mondiale à raison de 25 millions de dollars américains. Ce projet contribue à la réforme du programme des agents de santé communautaire et à l'expansion des interventions multisectorielles dans 13 districts présentant des taux de retard de croissance élevés et comptant de nombreux ménages confrontés à l'insécurité alimentaire. Dans le but de soutenir les innovations en matière de protection sociale et de renforcer les systèmes d'enregistrement et de statistiques de l'état civil dans 17 districts, le GFF fournit une subvention supplémentaire de 8 millions de dollars américains reliée au projet de 80 millions de dollars américains de l'IDA de la Banque mondiale – le Projet de renforcement de la protection sociale. Le GFF maximise l'impact de ces investissements grâce à son soutien pour identifier les interventions prioritaires susceptibles d'atteindre les plus vulnérables et aligner les incitations auprès des ménages, des communautés, des prestataires de services et des gouvernements locaux. En parallèle, le GFF apporte une assistance technique dans le cadre de réformes politiques stratégiques, de financements efficaces et pérennes, et du suivi des résultats.

Étendre les interventions à fort impact

En appuyant le projet de protection sociale, le GFF a aidé à établir et à étendre des transferts monétaires aux familles vulnérables en vue de les inciter à recourir aux services de santé et de nutrition. Par exemple, les transferts monétaires directs sont liés à des consultations prénatales et postnatales et à des bilans de santé réguliers au cours desquels le poids et la taille des enfants sont mesurés. En 2019, plus de 20 000 bénéficiaires issus des ménages les plus pauvres ont été inscrits pour recevoir des transferts monétaires. Un élargissement des critères d'éligibilité opéré en 2020 a permis au programme d'atteindre 73 000 bénéficiaires, dont 12 000 femmes enceintes et 61 000 enfants de moins de deux ans. En partenariat avec le programme d'Identification pour le développement (ID4D) de la Banque mondiale, le GFF a également apporté son soutien à l'élaboration d'un système national de paiement électronique pour les transferts monétaires, dans le but de réduire considérablement les coûts de transaction et améliorer l'efficacité. Sur la base de ces améliorations, le gouvernement rwandais a approuvé une expansion du programme dans le but de doubler le nombre de bénéficiaires inscrits en 2023 et 2024.

Le GFF soutient également l'expansion rapide d'un programme gouvernemental qui veille à ce que les familles reçoivent des services essentiels au cours des premières années de vie de l'enfant. Ce



¹⁸ Les données relatives à l'impact de la SRMNEA-N au Rwanda sont extraites de l'Enquête démographique et de santé.

programme fournit des aliments aux jeunes enfants issus de familles démunies et prévoit une stimulation précoce et un environnement ludique dispensés par des agents qualifiés et des centres offrant des services à domicile de développement de la petite enfance. En février 2020, plus de 25 600 initiatives de développement de la petite enfance avaient été mises en œuvre dans les 30 districts du Rwanda.¹⁹ Dans le cadre de ces initiatives, près de 216 000 agents ont dispensé des services de développement de la petite enfance à des enfants de moins de six ans. Par le biais d'un projet de développement du capital humain à venir, le gouvernement étendra ces initiatives à chaque district afin de mieux répondre aux besoins des familles.

Le GFF soutient également les outils innovants, à faible coût et faciles d'utilisation, comme les matelas spéciaux qui aident les familles à suivre la croissance de leurs enfants et leur permettent d'intervenir rapidement pour éviter les retards de croissance. Depuis 2019, plus de 15 000 matelas ont été distribués aux ménages contre environ 1 000 en 2018 (NECDP). En outre, plus de 24 000 agents de santé communautaire ont été formés à l'utilisation de cet outil, ce qui a permis l'examen mensuel d'environ 140 000 enfants âgés de 3 à 18 mois, et ce afin de déceler une éventuelle malnutrition.

Améliorer la prestation de services et le suivi des données

Le GFF soutient les agents de santé communautaire du Rwanda – qui jouent un rôle décisif dans le cadre des plans nationaux d'amélioration de la prestation de services de santé et de nutrition. De par le passé, le manque de formation, des incitations inadéquates ainsi que les ruptures de stocks régulières des produits de base, avaient néanmoins limité leur impact. Le GFF finance la formation, la certification et l'accréditation et renforce les systèmes de paiements incitatifs. En 2020, les 26 000 agents de santé des 13 districts prioritaires avaient été formés à la nutrition maternelle, infantile et du jeune enfant.

Le GFF renforce également les systèmes d'enregistrement et de statistiques de l'état civil (CRVS) du Rwanda pour favoriser l'enregistrement des naissances et veiller à ce que les bénéficiaires reçoivent des services sociaux. Avec l'assistance technique du GFF, le gouvernement a décentralisé et simplifié l'enregistrement des naissances. Il a notamment modifié la législation nationale, attribuant désormais l'enregistrement des naissances et des décès aux agents des établissements de santé. En partenariat avec le programme ID4D, le GFF aide également à renforcer les systèmes d'information pour un enregistrement plus efficace des familles éligibles au programme de transferts monétaires axé sur la nutrition, et pour assurer le suivi du respect des normes en vigueur. Le système de CRVS amélioré est désormais relié au programme de nutrition afin que les familles puissent recevoir en temps opportun les transferts monétaires dont elles ont besoin pour se procurer de la nourriture. Afin de faire progresser la mise en œuvre, plus de 4 500 agents ont été formés dans le cadre du système intégré. L'impact de ces investissements de renforcement des systèmes est clair, notamment avec la publication en 2020 du premier

Rapport sur les statistiques de l'état civil du Rwanda qui indique que l'enregistrement des naissances se situe à 87 pour cent avec 78 pour cent des naissances enregistrées en temps opportun en 2019.

Accroître l'efficacité financière et la pérennité

Le GFF a également financé une revue des dépenses de nutrition et utilisé cette information pour aider le ministère des Finances à établir et à institutionnaliser un système capable de catégoriser et de suivre le budget consacré à la nutrition. Ceci contribue à améliorer l'efficacité des dépenses, à suivre les performances et à veiller à ce que les ressources ciblent les groupes les plus vulnérables.

En outre, le GFF aide à renforcer l'efficacité du programme d'assurance santé à base communautaire du Rwanda – un programme qui a historiquement joué un rôle décisif dans l'expansion de l'accès aux services de santé et dans l'amélioration des résultats de santé. Le GFF s'attache à assurer une adhésion plus équitable et à éviter que les ménages les plus pauvres ne s'enfoncent davantage dans la pauvreté à cause des dépenses de santé.



Progression pour l'expansion de services de nutrition pour les enfants

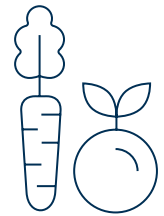
Les efforts renouvelés du Rwanda en vue d'accélérer les progrès réalisés contre la malnutrition chronique se reflètent déjà de façon préliminaire dans l'utilisation des services.

► En 2019, près de **315 000 NOUVEAU-NÉS SUPPLÉMENTAIRES ÉTAIENT ALLAITÉS DANS L'HEURE QUI SUIT L'ACCOUCHEMENT**, soit une augmentation de 15 pour cent par rapport à 2018. Parmi les enfants nés dans des établissements de santé, 93,2 pour cent ont été allaités dans l'heure qui suit la naissance, ce qui représente une hausse par rapport aux 84,6 pour cent enregistrés en 2018.



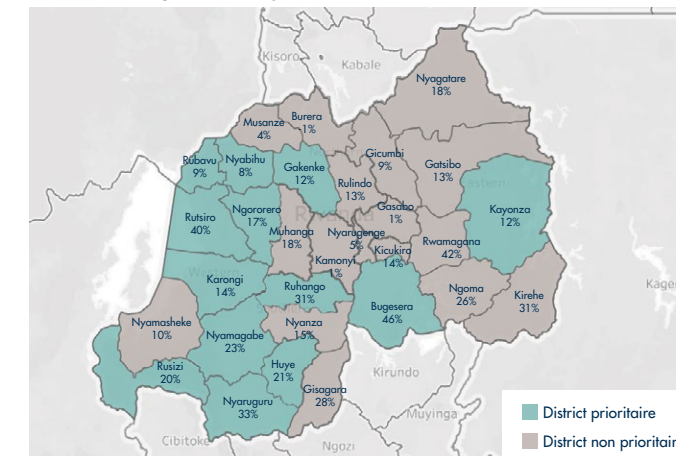
► En 2019, près de 220 000 nouveau-nés ont reçu la visite à domicile d'un agent de santé communautaire au troisième jour suivant la naissance, ce qui représente une augmentation par rapport aux 17,6 pour cent enregistrés en 2018. Dans les districts prioritaires, 21 pour cent des nouveau-nés ont bénéficié de ce type de visites.

► Le nombre **D'ENFANTS AYANT REÇU DES ALIMENTS ENRICHIS A AUGMENTÉ DE 13,3 POUR CENT**

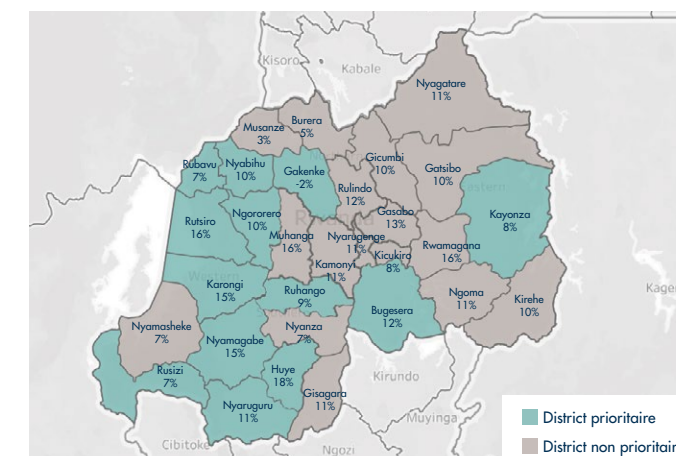


entre 2018 et 2019. Dans les 13 districts prioritaires, l'élargissement des critères d'éligibilité relatifs à ces services a permis une augmentation de 18 pour cent en matière d'adhésion, contre une augmentation de 3,7 pour cent seulement dans les districts non prioritaires. Le nombre de femmes ayant reçu un soutien a augmenté de 19,5 pour cent au niveau national et de 54 pour cent dans les districts prioritaires.

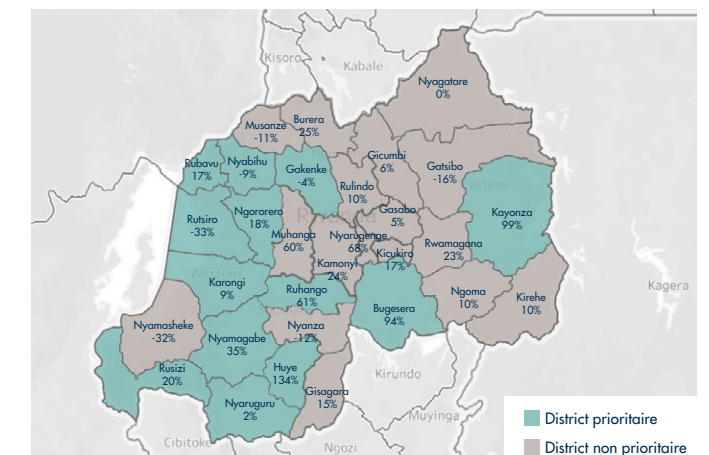
Bénéficiaires d'aliments composés enrichis, Évolution en pourcentage, 2018-2019



Nouveau-nés allaités dans l'heure qui suit la naissance, Évolution en pourcentage, 2018-2019



Visites à domicile des nouveau-nés par les ASC dans les 3 jours, Évolution en pourcentage, 2018-2019



¹⁹ Sauf indication contraire, toutes les données relatives au suivi de routine de la SRMNEA-N au Rwanda sont extraites du système de suivi de routine, DHIS2.

INTRODUCTION :

PROFILS DES PAYS

La section dédiée aux profils des pays fournit les données les plus récentes et disponibles sur les progrès réalisés au sein de chaque pays partenaires du GFF en matière de couverture et d'impact sur la santé reproductive, de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent et de la nutrition (SRMNEA-N). Elle souligne également les progrès réalisés dans le cadre des indicateurs de base et indicateurs spécifiques aux pays du financement de la santé, et décrit le positionnement de chaque pays quant à la mise en œuvre du dossier d'investissement et de la cartographie de ses ressources.

Le rôle catalyseur du GFF : Cette section détaille l'appui apporté par le GFF pour la mise en œuvre des dossiers d'investissement nationaux. Elle décrit le travail passé et en cours des pays ayant rejoint le GFF entre 2015 et 2018. Pour les pays ayant rejoint le GFF en 2019, l'accent est placé sur ce qui est prévu.

Les indicateurs de couverture de la SRMNEA-N : Cette section présente des données de tendances relatives aux indicateurs de couverture. Tous les profils de pays incluent un ensemble standard de 9 indicateurs de SRMNEA-N extraits des enquêtes de population disponibles pour la période 2010–2019. Des indicateurs supplémentaires spécifiques à la nutrition et à l'éducation sont présentés pour les pays dans lesquels le GFF cofinance des projets Banque Mondiale qui mettent l'accent sur la nutrition et les pays dans lesquels le DI met l'accent sur l'éducation.

9 indicateurs standards de couverture de la SRMNEA-N

- Consultations prénatales: 4+ consultations
- Recherche de traitement pour la pneumonie
- Couverture des DTC3 (trois doses de vaccin contre la diphtérie, le tétanos, et la coqueluche)
- Accouchement dans un établissement de santé
- Sels de réhydratation par voie orale pour le traitement de la diarrhée
- Consultations postnatales pour les mères
- Accouchement assisté par un prestataire qualifié
- Supplémentation en vitamine A, couverture totale
- Demande de planification familiale satisfaite par des méthodes modernes

La **cartographie des ressources (CR)**, une composante essentielle de l'approche du GFF, aide les pays à estimer les déficits de financement, à aligner les ressources des bailleurs et des gouvernements et à améliorer l'efficacité et l'équité des dépenses de santé. Les données issues de la cartographie des ressources de chaque pays diffèrent en fonction de la complétude au niveau national d'un ou de deux exercices de cartographie des ressources.

Les principaux indicateurs d'impact de la SRMNEA-N sont collectés par les pays et les partenaires par le biais d'enquêtes de population, incluant les enquêtes démographiques et de santé (EDS), les enquêtes en grappes à indicateurs multiples (MICS), les SMART et les enquêtes sur les indicateurs du paludisme (EIP).

Principaux indicateurs d'impact du GFF : SRMNEA-N

- Taux de mortalité maternelle
- Taux de mortalité des < moins de 5 ans
- Taux de mortalité néonatale
- Taux de natalité parmi les adolescentes (15–19 ans)
- Naissances < 24 mois après l'accouchement précédent
- Retard de croissance parmi les enfants de moins de 5 ans
- Émaciation modérée à sévère parmi les enfants de moins de 5 ans

Les indicateurs du financement de la santé se concentrent essentiellement sur les trois indicateurs principaux du GFF, extraits de la base de données mondiale sur les dépenses de santé (GHED), ainsi que sur les indicateurs nationaux importants provenant de sources nationales de données comme BOOST, les comptes nationaux de santé et autres rapports budgétaires. Lorsque les données sont disponibles, de multiples points de données sont présentés pour chaque indicateur entre 2015 et 2019.

Principaux indicateurs du GFF : Financement de la santé

- Dépenses publiques générales de santé (DGGHE), par habitant (US\$)
- Dépenses publiques générales de santé (DGGHE) en tant que part des dépenses publiques générales (%)
- Paiements directs de santé, par habitant (US\$)

Indicateurs spécifiques aux pays

- Part du budget public consacré à la santé (%)
- Exécution budgétaire (%)
- Part des dépenses de santé allant aux prestataires de première ligne (%)

Le suivi des processus pilotés par les pays permet d'obtenir des informations sur la progression des pays et cela, à travers l'ensemble des indicateurs de processus importants inhérents à l'approche du GFF. Chaque pays reçoit ainsi un score compris entre 1 et 5 pour chaque indicateur. Ce score n'a pas pour objectif de comparer les pays, étant donné que chaque pays se situe à un stade différent du processus et dispose de ses propres priorités.

LE RÔLE CATALYSEUR DU GFF

1 Réduire la fragmentation des ressources externes et accroître la coordination et l'harmonisation des investissements budgétaires actuels.

Le GFF fournit un appui analytique pour définir les investissements hors budget et dans les budgets établis au niveau infranational qui complètent le paquet de base des services de santé (BPHS) et le paquet essentiel de contrats de services de santé (EPHS) et cela, afin d'accroître l'alignement, la coordination et la redevabilité mutuelle.

2 Améliorer les gains d'efficacité des soins de santé en gérant mieux les contrats avec les ONG.

Le GFF et la Banque mondiale appuient le ministère de la Santé Publique (i) pour institutionnaliser le passage à la gestion des performances des prestataires de services de santé, (ii) pour appuyer l'élaboration d'un cadre de suivi et d'évaluation qui couvre les programmes budgétaires et non budgétaires et (iii) pour mieux mesurer la qualité des soins dispensés dans le cadre des contrats de prestation de services.

3 Adapter les innovations basées sur des données probantes pour réduire la mortalité maternelle et le retard de croissance et accroître l'accès à des services de santé et de nutrition de qualité, tels que la planification familiale.

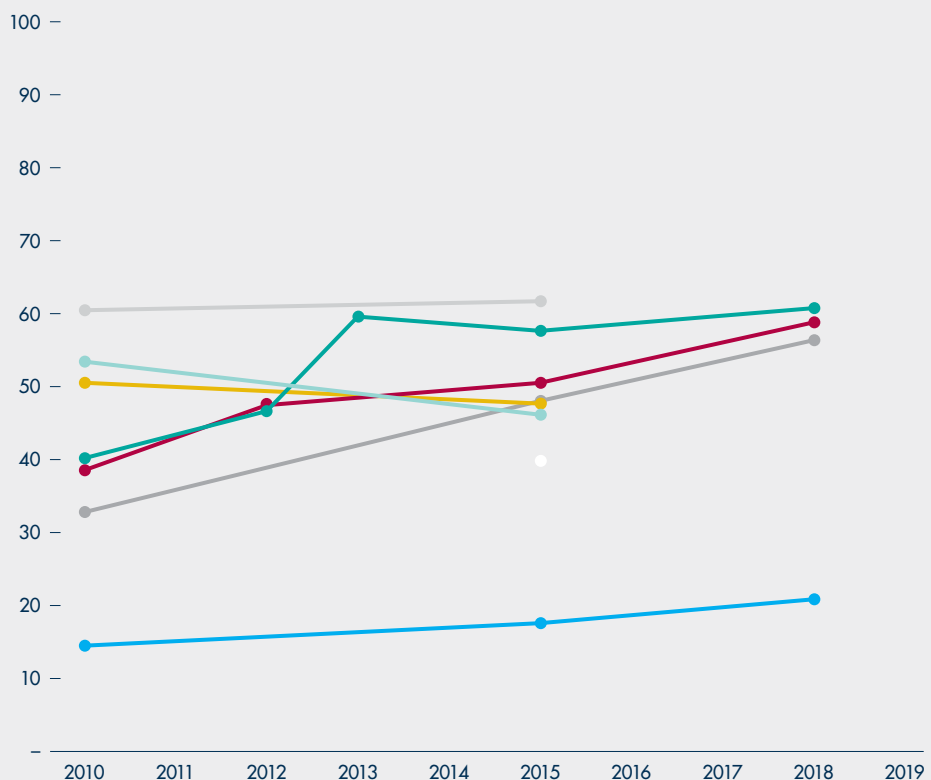
Le GFF a appuyé des analyses visant à identifier les innovations existantes qui ont augmenté la qualité et l'utilisation de ces services et à élaborer une feuille de route pour intégrer ces interventions dans le programme budgétaire. Les interventions comprennent une intervention visant à prévenir l'hémorragie post-partum et la septicémie néonatale au niveau communautaire et la mise à l'échelle de nouvelles méthodes de planification familiale.

4 Renforcer la coordination et l'engagement entre les différentes parties prenantes, y compris le secteur privé et les organisations de la société civile, avec une réponse collective aux impacts de SRMNEAN.

Le GFF apporte son appui à la plateforme nationale (Comité de contrôle de haut niveau) qui sert de mécanisme de gouvernance pour la mise en oeuvre des contrats BPHS/EPHS et de forum pour la coordination des bailleurs. Le GFF finance un officier de liaison basé à Kaboul qui appuie le ministère de la Santé Publique et le Comité de contrôle de haut niveau dans ses efforts pour aligner les partenaires sur les priorités nationales et faciliter la communication entre les parties prenantes.

INDICATEURS DE COUVERTURE DE SRMNEA-N

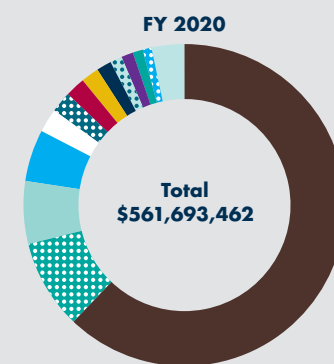
Les données sur la vaccination sont présentées à partir du processus de rapport conjoint OMS/UNICEF et d'enquêtes démographiques récentes. Tous les autres indicateurs de couverture de SRMNEA-N sont présentés à partir des enquêtes démographiques disponibles les plus récentes.



- Consultations prénatales: 4+ consultations
- Couverture des DTC3 (trois doses de vaccin contre la diphtérie, le tétanos, et la coqueluche)
- Accouchement assisté par un prestataire qualifié
- Sels de réhydratation par voie orale pour le traitement de la diarrhée
- Consultations postnatales pour les mères
- Recherche de traitement pour la pneumonie
- Accouchement dans un établissement de santé
- Supplémentation en vitamine A, couverture totale

CARTOGRAPHIE DES RESSOURCES

En Afghanistan, un exercice de cartographie des ressources a été commandé pour appuyer l'alignement et l'harmonisation du budget de la santé et faire le point sur les ressources budgétaires et non budgétaires de la santé aux niveaux national et infranational. L'une des principales conclusions de cette cartographie des ressources est qu'une part importante du financement de la santé est couverte par le budget (62 %), le gouvernement contribuant à hauteur d'environ 5 % du financement global. Les principales conclusions de cet exercice aideront le ministère de la Santé Publique (MoPH) et ses partenaires internationaux à prendre des décisions éclairées dans le cadre du processus de planification et de budgétisation en cours et futur, à appuyer la mise à jour du Dossier d'Investissement (DI) pour l'Afghanistan et à promouvoir l'alignement, la coordination et l'efficacité dans l'utilisation de ressources limitées. La cartographie pour le gouvernement et les partenaires de développement a permis de saisir les ressources sanitaires réelles disponibles pour la période 2018-2019 et les budgets prévisionnels pour la période 2020-2021. Le Ministère de la santé publique est en train de finaliser le chiffrage du DI, ce qui permettra de calculer le déficit de financement pour l'ensemble du secteur de la santé, ainsi que par priorité spécifique en fonction du DI.



- GOVERNEMENT/SUR LE BUDGET*
- AIDE CANADIENNE
- USAID
- GAVI
- UNICEF
- FM
- ROTARY INTERNATIONAL
- UNION EUROPÉENNE
- OMS
- JICA
- BMGF
- ALLEMAGNE
- CERF
- AUTRES BAILLEURS

* Comprend les contributions de la Banque mondiale/GFF ainsi que les fonds provenant d'autres bailleurs qui tirent des ressources du Fonds fiduciaire pour la reconstruction de l'Afghanistan (ARTF).

PRINCIPAUX INDICATEURS D'IMPACT DE LA SRMNEA-N

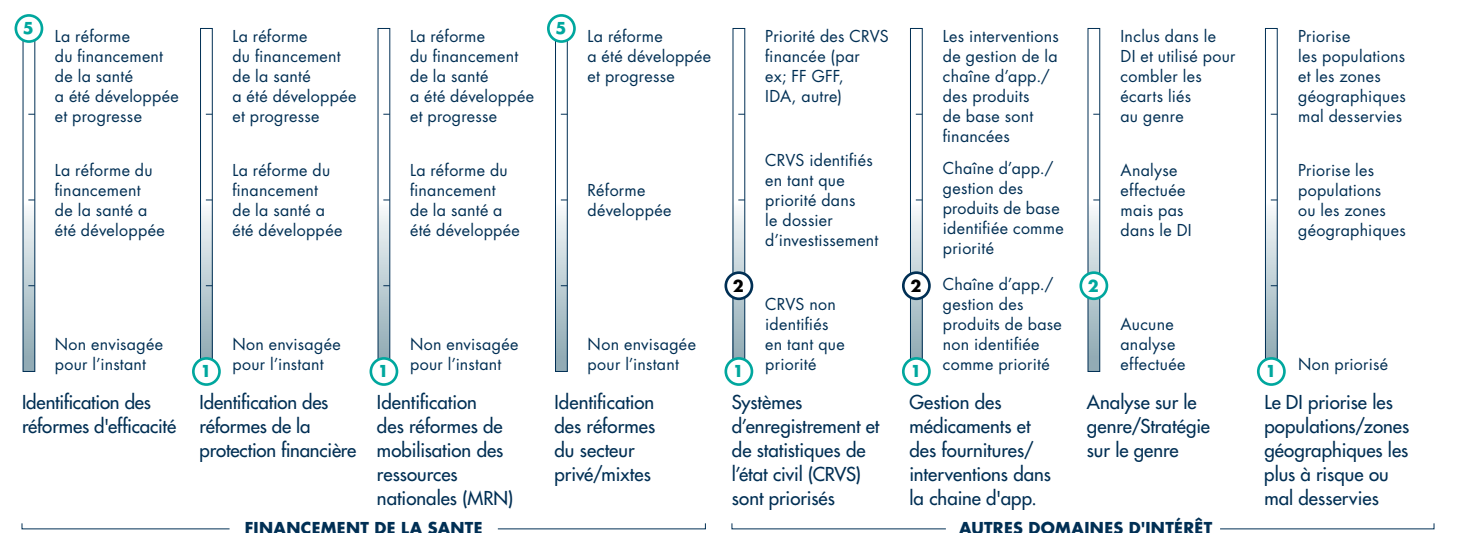
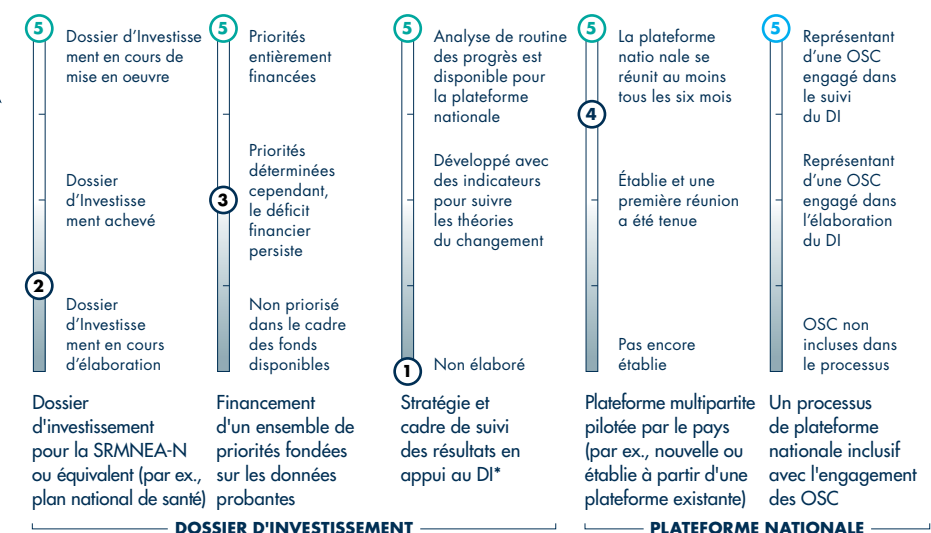
	Précédents	Récents
Taux de mortalité maternelle (pour 100 000 naissances vivantes)	701 (2015)	638 (2017)
Taux de mortalité des moins de 5 ans (pour 1000 naissances vivantes)	76.8 (2015)	49.6 (2018)
Taux de mortalité néonatale (pour 1000 naissances vivantes)	34.9 (2015)	23 (2018)
Taux de natalité parmi les adolescentes - 15-19 ans (pour 1 000 femmes)	28 (2015)	62 (2018)
Naissances <24 mois après l'accouchement précédente (%)	32.4 (2015)	-
Retard de croissance parmi les enfants de moins de 5 ans (%)	40.4 (2013)	36.6 (2018)
Émaciation modérée à sévère parmi les enfants de moins de 5 ans (%)	9.5 (2013)	5 (2018)

FINANCEMENT DE LA SANTÉ

Principaux indicateurs	2015	2016	2017
Dépenses publiques générales de santé (DGGHE), par habitant (US\$)	3	3.2	3.4
Dépenses publiques générales de santé (DGGHE) en tant que part des dépenses publiques générales (%)	2	2.1	2.3
Paievements directs de santé, par habitant (US\$)	45.3	47.4	50.7

Indicateurs spécifiques aux pays	2016	2017	2018	2019
Part du budget public consacré à la santé (%)	4.5	4.9	4.2	-
Exécution budgétaire (%)	78	89	142	-
Part des dépenses de santé allant aux prestataires de première ligne (%)	56	55	55	-

LE SUIVI DU PROCESSUS PILOTÉ PAR LE PAYS



○ Note du rapport annuel 2019/2020 ○ Note du rapport annuel 2018/2019 ○ Aucun changement entre la note de l'année dernière et celle de cette année

* Tous deux inclus dans le document du DI ou dans un document séparé

LE RÔLE CATALYSEUR DU GFF

1 Contribuer : (i) au renforcement des systèmes fiduciaires ; (ii) à l'amélioration des services de SRMNEA-N dans les régions accusant un retard ; et (iii) à l'amélioration de la santé des adolescents à travers des interventions intersectorielles dans les domaines de la santé et de l'éducation.

Le projet d'appui au secteur de la santé (HSSP), cofinancé par le GFF, appuie le développement de la gouvernance du système de santé, la mise en œuvre d'un ensemble de services essentiels qui comprend les services clés de SRMNEA-N, une attention particulière aux régions accusant un retard, en particulier les régions de Sylhet et de Chattogram, ainsi que le développement et la mise en œuvre d'un programme de santé des adolescents en milieu scolaire.

2 Renforcer les capacités en matière de financement de la santé afin d'appuyer la production des données probantes et la sensibilisation à la nécessité d'augmenter les ressources nationales allouées à la santé et d'améliorer l'utilisation des ressources.

Le projet d'appui au secteur de la santé comprend plusieurs indicateurs liés aux décaissements pour améliorer la planification, l'exécution et le suivi du budget, ainsi que pour augmenter l'allocation et l'exécution du budget pour la prestation de services de première ligne. Le GFF a appuyé une évaluation des modalités de gestion des finances publiques et de leur impact sur la prestation des services et la mise en œuvre de la stratégie de financement de la santé. En outre, le GFF appuie le plaidoyer en faveur de la mobilisation des ressources nationales.

3 Appuyer l'analyse et le dialogue sur l'équité en santé et la protection financière.

L'analyse s'est concentrée sur l'enquête sur la consommation des ménages et sur une évaluation approfondie des différentes voies permettant de réduire les dépenses des ménages.

4 Renforcer l'engagement et la collaboration du secteur privé dans la prestation des services de santé.

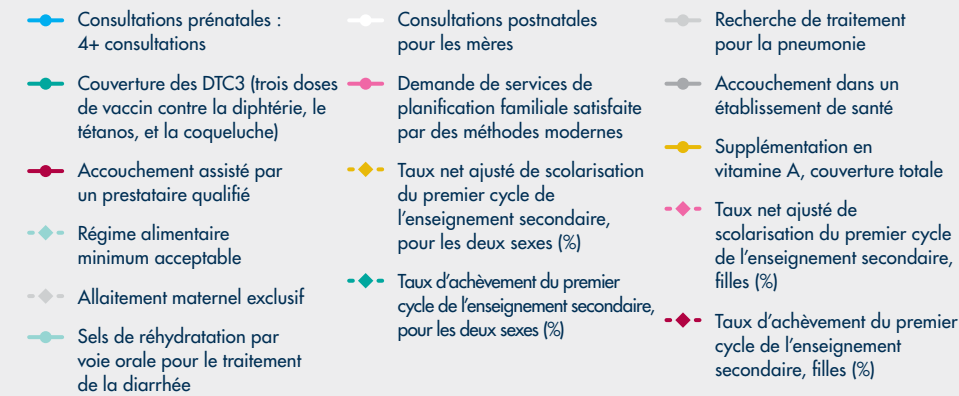
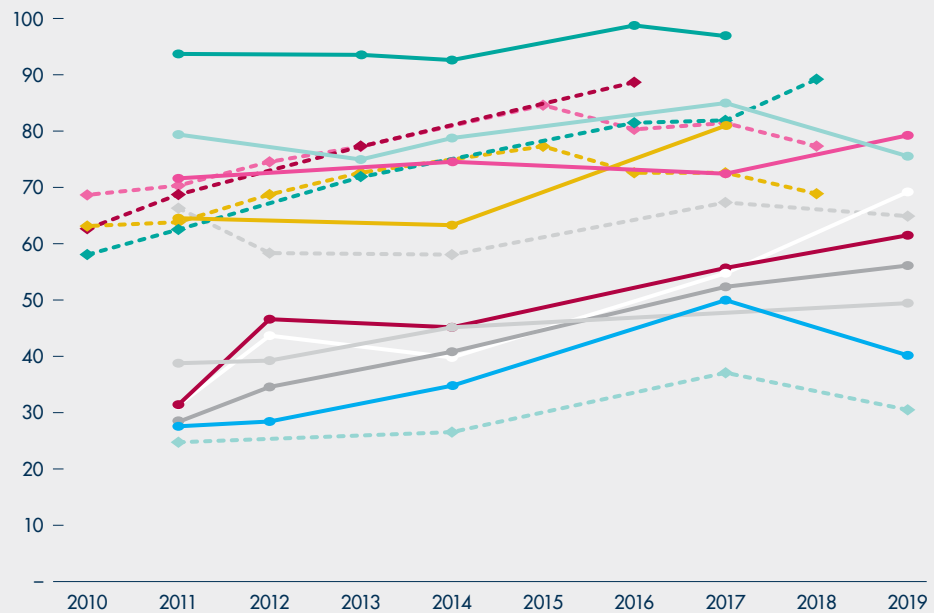
La forte dépendance à l'égard des prestataires du secteur privé a entraîné des dépenses élevées (66 pour cent des dépenses totales de santé des ménages). Le GFF appuie une mise au point initiale et un dialogue sur les stratégies visant à engager les prestataires du secteur privé et cela, en s'appuyant sur les données des évaluations du secteur privé de la santé et les évaluations des capacités menées par le GFF-Banque mondiale, ainsi que les expériences en cours en matière de collaboration public-privé.

5 Appuyer une approche multisectorielle pour améliorer la santé des adolescents.

Le GFF a appuyé la préparation de programmes de santé des adolescents au niveau des écoles et la formation de formateurs dans les régions de Sylhet et de Chattogram pour s'attaquer en particulier aux taux de grossesse parmi les adolescentes, en maintenant les filles à l'école et en augmentant l'accès aux services de santé et de nutrition pour les adolescents.

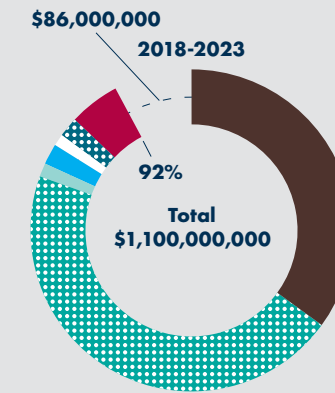
INDICATEURS DE COUVERTURE DE SRMNEA-N

Les données sur la vaccination sont présentées à partir du processus de rapport conjoint OMS/UNICEF et d'enquêtes démographiques récentes. Les indicateurs sur l'éducation sont présentés à partir des Indicateurs du développement dans le monde (WDI). Tous les autres indicateurs de couverture de SRMNEA-N sont présentés à partir des enquêtes démographiques les plus récentes disponibles.



CARTOGRAPHIE DES RESSOURCES

Le Bangladesh dispose d'une plateforme de coordination des bailleurs de fonds bien établie qui permet d'aligner les partenaires autour de priorités communes grâce à une approche sectorielle, ce qui a aidé le gouvernement à orienter les financements nationaux et internationaux pour appuyer les principaux objectifs de santé. À ce titre, les éléments de cartographie des ressources et de suivi des dépenses sont inhérents aux mécanismes de l'approche sectorielle de planification conjointe, d'affectation des ressources et de suivi de la mise en œuvre. Grâce à l'approche sectorielle, le gouvernement du Bangladesh a aligné plus de 1,1 milliard de dollars de financement public national et international pour appuyer son Quatrième Programme Sectoriel en matière de santé, de nutrition et de population pour 2017-2022 ; le GFF contribue et fait pleinement partie de ce partenariat.



PRINCIPAUX INDICATEURS D'IMPACT DE LA SRMNEA-N

	Précédents		Récents	
Taux de mortalité maternelle (pour 100 000 naissances vivantes)	169	2018	165	2019
Taux de mortalité des moins de 5 ans (pour 1000 naissances vivantes)	46	2014	45	2017
Taux de mortalité néonatale (pour 1000 naissances vivantes)	28	2014	30	2017
Taux de natalité parmi les adolescentes - 15-19 ans (pour 1 000 femmes)	113	2014	108	2017
Naissances < 24 mois après l'accouchement précédent	11.3	2014	-	-
Retard de croissance parmi les enfants de moins de 5 ans (%)	36	2014	30.8	2017
Émaciation modérée à sévère parmi les enfants de moins de 5 ans (%)	14	2014	8.4	2017

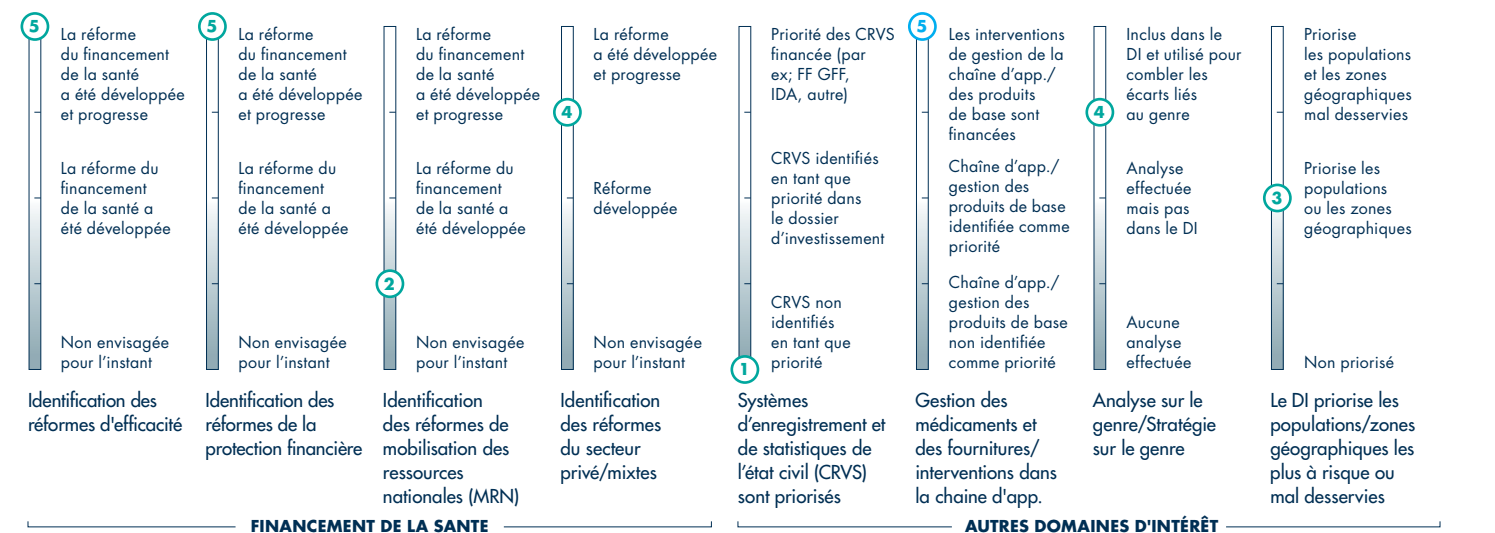
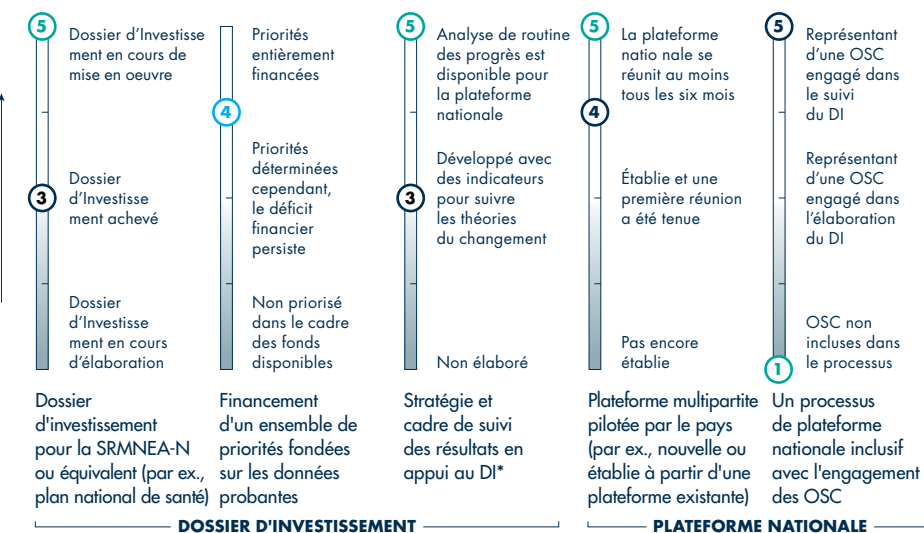
FINANCEMENT DE LA SANTÉ

Principaux indicateurs	2015	2016	2017	
Dépenses publiques générales de santé (DGGHE), par habitant (US\$)	6.1	5.7	6.1	
Dépenses publiques générales de santé (DGGHE) en tant que part des dépenses publiques générales (%)	3.4	3	3	
Paievements directs de santé, par habitant (US\$)	25	25.3	26.8	

Indicateurs spécifiques aux pays	2016	2017	2018	2019
Part du budget public consacré à la santé (%)	4.7	5.2	5.2	5
Exécution budgétaire (%)	-	84	85	85
Part des dépenses de santé allant aux prestataires de première ligne (%)	-	19	33*	31*
Amélioration de la planification et de l'allocation du budget: Approbation des paiements directs, y compris des activités et des budgets pour la réalisation des DLI	-	0	13	13
Le processus d'achat est amélioré grâce à l'informatique : Pourcentage des appels d'offres nationaux (NCT) utilisant le système de marchés publics électroniques (e-GP) émis par le ministère de la santé (MOHFW)	-	0	0	18

*33% et 31% se réfèrent uniquement au budget

LE SUIVI DU PROCESSUS PILOTÉ PAR LE PAYS



○ Note du rapport annuel 2019/2020 ○ Note du rapport annuel 2018/2019 ○ Aucun changement entre la note de l'année dernière et celle de cette année

* Tous deux inclus dans le document du DI ou dans un document séparé

LE RÔLE CATALYSEUR DU GFF

1 Améliorer l'accès, la couverture et l'utilisation équitables d'un ensemble intégré d'interventions à fort impact de SRMNEA-N, en particulier dans les zones géographiques rurales/éloignées. Le GFF appuie la mise à disposition de centres de soins obstétricaux et néonataux d'urgence fonctionnels, de base et complets, et l'extension des services de santé communautaires à d'autres villages afin d'encourager davantage de femmes à recourir aux services.

2 Renforcer la disponibilité des ressources humaines, des infrastructures, des équipements et des produits de base. Le GFF a contribué au financement de l'organisation de deux événements d'apprentissage afin de garantir la disponibilité d'un personnel opérationnel, compétent, motivé et équitablement réparti.

3 Appuyer les efforts visant à améliorer la disponibilité et l'analyse des données à travers les systèmes d'information sur la santé, y compris les CRVS. Le GFF appuie l'élaboration de systèmes des CRVS numériques pour améliorer l'enregistrement des naissances et des décès. Pour améliorer la disponibilité des données, le GFF appuie le déploiement du recensement de la population et cela, dans le but de faciliter toutes les données de couverture, ainsi qu'une évaluation du Système national d'information sanitaire et un soutien au Ministère de la Santé pour la récupération des données de 2019.

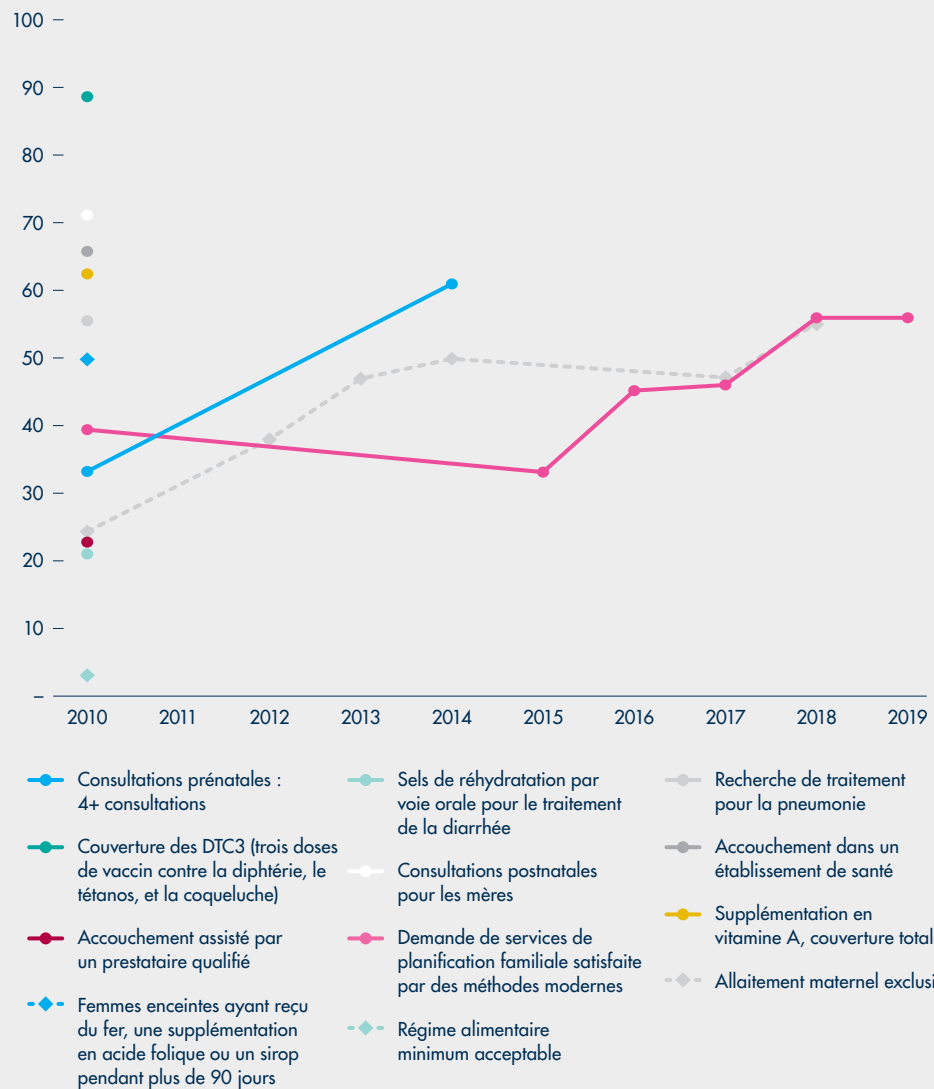
4 Appuyer les principales réformes du financement de la santé. Le GFF a fourni une assistance technique et une coordination des parties prenantes pour développer et prioriser les réformes du financement de la santé : (i) déploiement de la gratuité des soins de santé pour les femmes enceintes et les enfants de moins de cinq ans ; (ii) extension de l'assurance de santé avec la CNAMU ; et (iii) mise en oeuvre du FBP.

5 Renforcer l'efficacité stratégique et la qualité des soins. Le GFF a contribué à améliorer les contrats de performance et a financé une étude sur la qualité des soins en matière de planification familiale. Cinq partenaires principaux du DI y compris le GFF, vont accroître leur appui à la mise en oeuvre des achats stratégiques.

6 Renforcer les organisations de la société civile (OSC). Le GFF permet aux OSC de suivre les progrès réalisés dans le cadre du dossier d'investissement et d'engager un dialogue en vue de sa mise à jour.

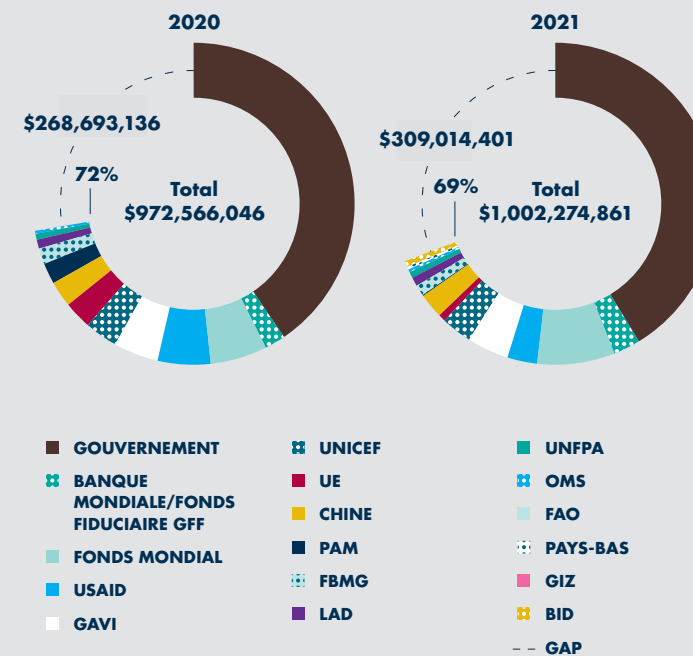
INDICATEURS DE COUVERTURE DE SRMNEA-N

Les données sur la planification familiale sont présentées à partir de la base de données PMA2020 et d'enquêtes démographiques récentes. Tous les autres indicateurs de couverture de SRMNEA-N sont présentés à partir des enquêtes démographiques disponibles les plus récentes.



CARTOGRAPHIE DES RESSOURCES

Une cartographie des ressources de la stratégie de CSU (2020-2024) a été réalisée en 2020. Le Dossier d'Investissement du GFF constitue un élément essentiel de la stratégie de CSU puisqu'il a été révisé dans le but de devenir le document central du prochain forum de Haut niveau sur le financement de la CSU. La cartographie des ressources se concentre sur les priorités de renforcement de la SRMNEA et du système de santé pour 2020 et 2021. L'analyse révèle que le gouvernement du Burkina Faso maintient son engagement dans le financement de la stratégie de CSU et reste la principale source de financement en 2020 et 2021. 16 bailleurs de fonds sont alignés sur la stratégie de CSU en 2020 et 2021. Le déficit de financement a légèrement augmenté entre 2020 et 2021 en raison d'une augmentation du coût de la stratégie de CSU de 2020 à 2021. L'analyse du déficit de financement par domaine prioritaire révèle que la nutrition, le paludisme, la santé infantile et la santé communautaire sont particulièrement sous-financés, tandis que le volet "renforcement du système de santé" est légèrement surfinancé, ce qui souligne la possibilité d'améliorer l'efficacité des allocations. Une analyse plus approfondie doit être menée par le ministère de la Santé afin de mieux comprendre les raisons du sous-financement des principales priorités pour atteindre les objectifs de CSU et définir des stratégies pour rendre les ressources existantes plus efficaces.



PRINCIPAUX INDICATEURS D'IMPACT DE LA SRMNEA-N

Indicateur	Précédents		Récents	
	Année	Valeur	Année	Valeur
Taux de mortalité maternelle (pour 100 000 naissances vivantes)	2010	341	2015	330
Taux de mortalité des moins de 5 ans (pour 1000 naissances vivantes)	2010	129	2015	82
Taux de mortalité néonatale (pour 1000 naissances vivantes)	2010	28	2015	23
Taux de natalité parmi les adolescentes - 15-19 ans (pour 1 000 femmes)	2014	132	2018	132.3
Naissances < 24 mois après l'accouchement précédent	2014	17.4	2018	16.1
Retard de croissance parmi les enfants de moins de 5 ans (%)	2017	24.9	2018	21.1
Émaciation modérée à sévère parmi les enfants de moins de 5 ans (%)	2017	8.4	2018	8.6

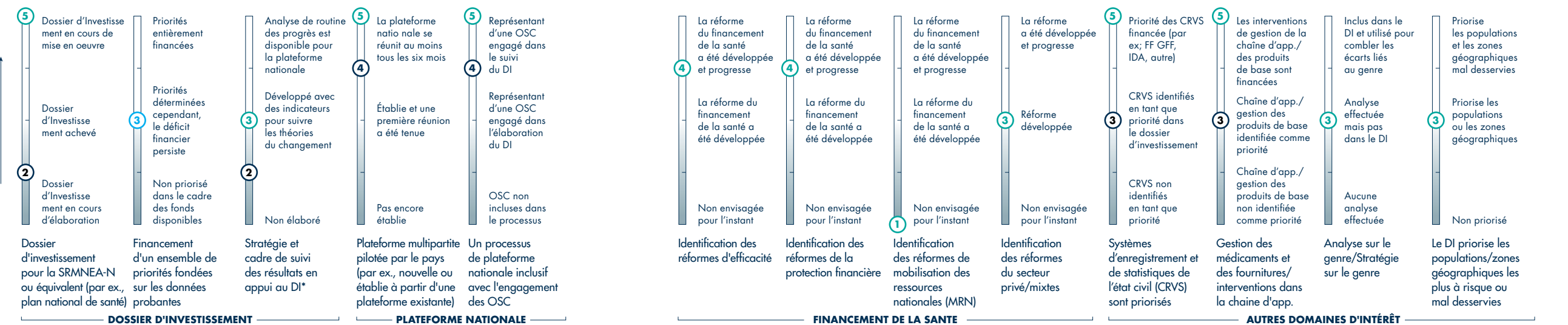
FINANCEMENT DE LA SANTÉ

Principaux indicateurs	2015	2016	2017
Dépenses publiques générales de santé (DGGHE), par habitant (US\$)	10	16	16
Dépenses publiques générales de santé (DGGHE) en tant que part des dépenses publiques générales (%)	12	13	14
Paiements directs de santé, par habitant (US\$)	7.2	11	10

Indicateurs spécifiques aux pays	2016	2017	2018	2019
Part du budget public consacré à la santé (%)	-	12	11	11
Exécution budgétaire (%)	-	93	100	100
Part des dépenses de santé allant aux prestataires de première ligne (%)*	-	-	-	-

* Il s'agit d'un nouvel indicateur qui est encore en cours de définition au niveau national.

LE SUIVI DU PROCESSUS PILOTÉ PAR LE PAYS



○ Note du rapport annuel 2019/2020 ○ Note du rapport annuel 2018/2019 ○ Aucun changement entre la note de l'année dernière et celle de cette année

* Tous deux inclus dans le document du DI ou dans un document séparé

LE RÔLE CATALYSEUR DU GFF

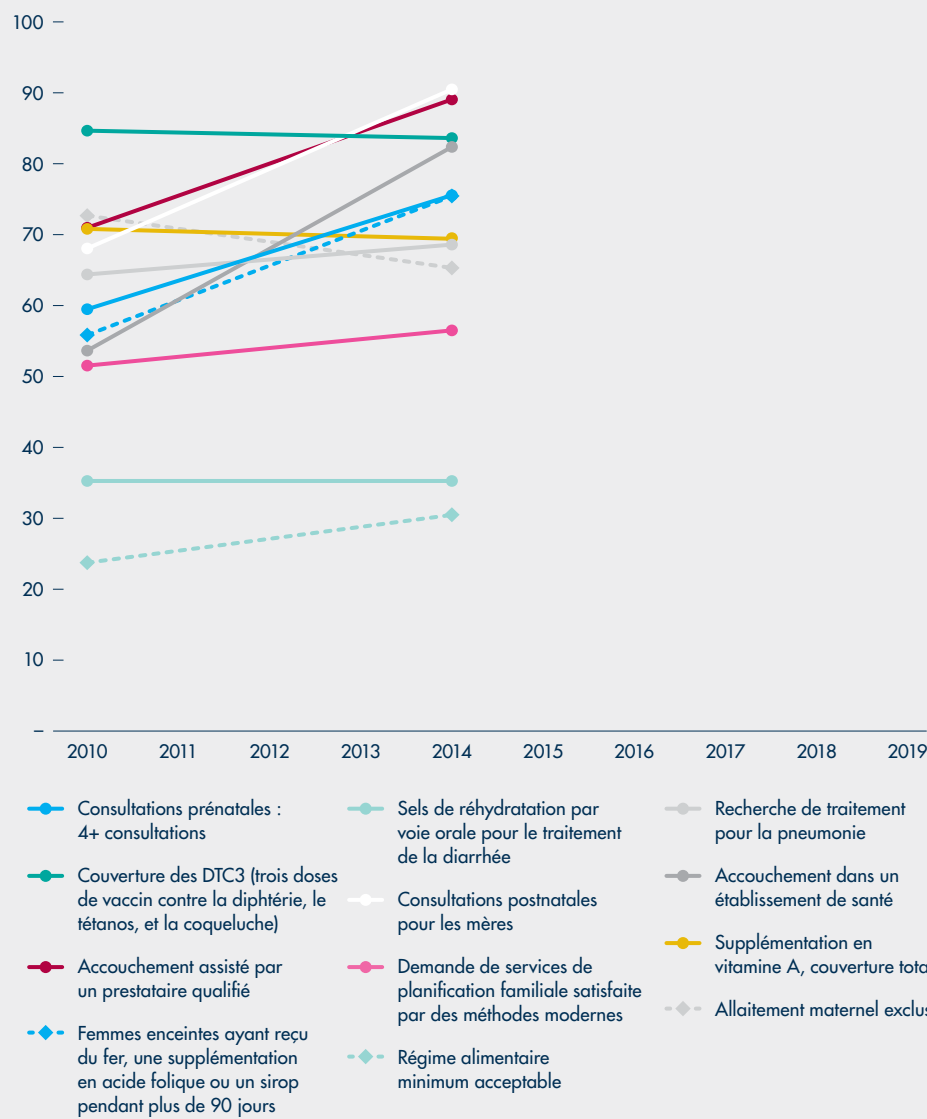
1 Appuyer le programme de financement de la santé qui comprend la mobilisation des ressources nationales (MRN) pour la SRMNEA-N, l'amélioration de l'efficacité et la protection financière pour les pauvres. Le GFF fournira une assistance technique pour l'analyse et le renforcement des capacités en vue d'un appui continu au programme de réforme du financement de la santé au Cambodge. Les réformes s'appuieront sur le succès du fonds d'équité en santé (HEF) et des systèmes de subventions pour la prestation de services. Le HEF offre une protection financière aux pauvres qui se font soigner dans les établissements de santé publics, tandis que les SDG canalisent des financements flexibles vers les établissements de santé publics. L'assistance technique sera axée sur (i) le renforcement et l'institutionnalisation des systèmes et des processus ; et (ii) l'appui d'un accès équitable à des services de santé de qualité à mesure que le pays s'oriente vers la décentralisation/déconcentration des services publics aux autorités aux niveaux local et infranational.

2 Défragmenter le financement des services de SRMNEA-N et intégrer la prestation de services dans les systèmes et les réformes gouvernementales classiques afin d'améliorer la coordination, la qualité, l'efficacité et la durabilité des interventions de SRMNEA-N. En collaboration avec d'autres partenaires et ONG, le GFF finance une assistance technique pour renforcer le système de santé, améliorer la prestation de services de nutrition et les comportements en matière de nutrition de la mère, du nourrisson et du jeune enfant (MICYN). L'AT appuie le développement d'outils d'évaluation de la qualité des établissements de santé publiques par le biais d'un processus d'évaluation trimestriel. Des modules de formation et d'encadrement basés sur les compétences sont également en cours d'élaboration ; ils aligneront le contenu, le matériel et les messages sur une stratégie et une campagne de communication multicanaux améliorée du MICYN et cela, en matière de changement social et comportemental.

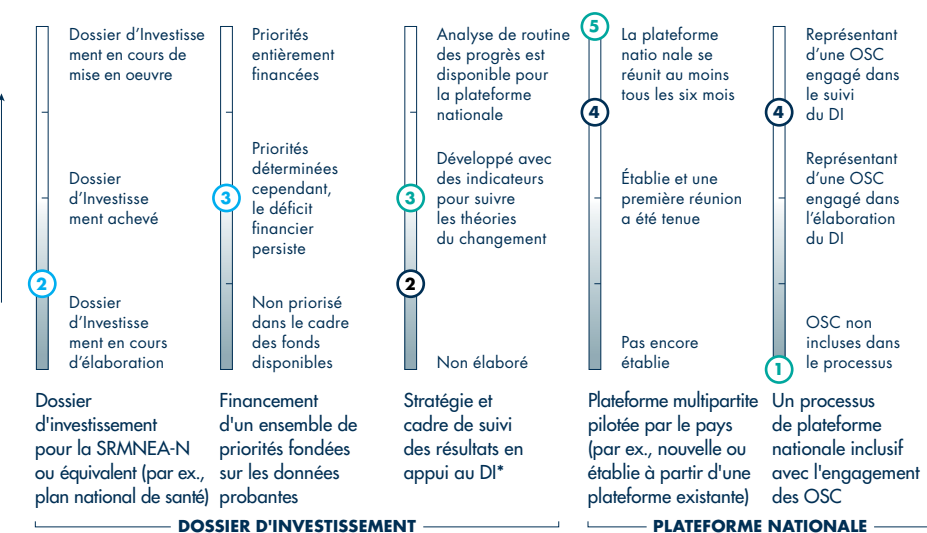
3 Appuyer la production de données probantes et l'élaboration de politiques fondées sur des données probantes. Le GFF appuie l'intégration des priorités de la SRMNEA-N dans le dialogue politique pour les réformes du financement de la santé et de la prestation de services. Cela comprend des exercices de nutrition et d'immunisation pour l'évaluation de la stratégie de financement de la santé afin de développer des options pour le financement durable des priorités du Dossier d'Investissement ; des évaluations et une assistance technique pour la conception et le financement d'une plateforme communautaire de santé et de nutrition ; un échange de connaissances ; et un appui à l'évaluation et à la recherche, y compris l'évaluation de l'impact du projet et la recherche sur la mise en œuvre.

INDICATEURS DE COUVERTURE DE SRMNEA-N

Tous les indicateurs de couverture de SRMNEA-N sont présentés à partir des enquêtes démographiques les plus récentes disponibles.

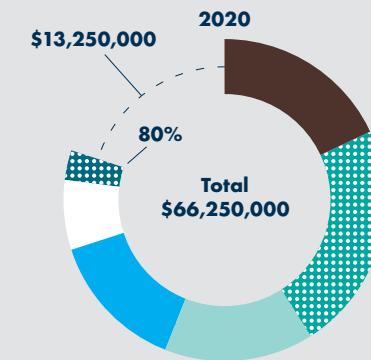


LE SUIVI DU PROCESSUS PILOTÉ PAR LE PAYS



CARTOGRAPHIE DES RESSOURCES

Le Dossier d'Investissement du Cambodge est axé sur trois questions clés : la réduction de la mortalité néonatale, la réduction de la dénutrition infantile et la diminution de la fécondité parmi les adolescentes. Le projet de nutrition au Cambodge (2019-2024), une opération de prêt à l'investissement de 53 millions de dollars, financera environ 80 % des activités incluses dans le Dossier d'Investissement et est étroitement lié à ses priorités stratégiques. Le CNP harmonise le financement de l'IDA, du GFF, de la KfW allemande, du DFAT australien et du MDTF (qui regroupe le financement de l'aide australienne, de la KfW allemande et de la KOICA), et comprend 23 % de ressources nationales provenant du gouvernement royal du Cambodge. Un exercice détaillé de cartographie des ressources du Dossier d'Investissement était prévu pour le début de l'année 2020, mais il a été retardé en raison de la pandémie de covid-19 et reprendra au cours de l'année fiscale 2021. La cartographie des ressources identifiera les déficits de financement par priorité et révélera les tendances de la mobilisation des ressources nationales et de l'alignement des bailleurs de fonds sur le Dossier d'Investissement.



- GOVERNEMENT**
- BANQUE MONDIALE**
- FONDS FIDUCIAIRE DU GFF**
- KFW**
- DFAT AUSTRALIEN**
- PROJET D'ÉQUITÉ EN SANTÉ ET D'AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ MDTF**
- GAP**

PRINCIPAUX INDICATEURS D'IMPACT DE LA SRMNEA-N

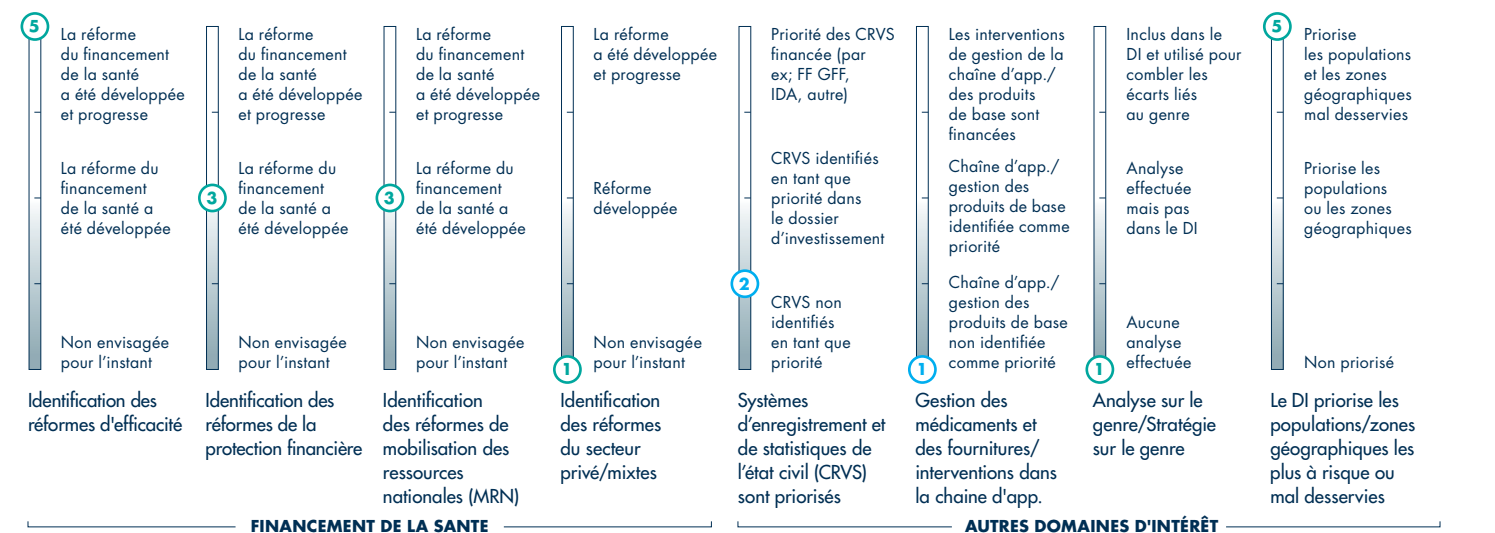
	Précédents		Récents	
Taux de mortalité maternelle (pour 100 000 naissances vivantes)	-	-	170	2014
Taux de mortalité des moins de 5 ans (pour 1000 naissances vivantes)	54	2010	35	2014
Taux de mortalité néonatale (pour 1000 naissances vivantes)	27	2010	18	2014
Taux de natalité parmi les adolescentes - 15-19 ans (pour 1 000 femmes)	46	2010	57	2014
Naissances < 24 mois après l'accouchement précédent	16.1	2010	13.3	2014
Retard de croissance parmi les enfants de moins de 5 ans (%)	39.8	2010	32.4	2014
Émaciation modérée à sévère parmi les enfants de moins de 5 ans (%)	11	2010	9.7	2014

FINANCEMENT DE LA SANTÉ

Principaux indicateurs	2015	2016	2017
Dépenses publiques générales de santé (DGGHE), par habitant (US\$)	16.8	17.6	19.5
Dépenses publiques générales de santé (DGGHE) en tant que part des dépenses publiques générales (%)	6.4	6	6.1
Paievements directs de santé, par habitant (US\$)	44.4	47.1	49.6

Indicateurs spécifiques aux pays	2016	2017	2018	2019
Part du budget public consacré à la santé (%)	14.2	12.9	13	11.7
Exécution budgétaire (%)	-	-	-	-
Part des dépenses de santé allant aux prestataires de première ligne (%)*	-	-	-	-
Montant des services ambulatoires du Fonds pour l'équité en santé dans les zones cibles (nombre de services en millions)	-	-	2.5	2.6

* Il s'agit d'un nouvel indicateur qui est encore en cours de définition au niveau national.



○ Note du rapport annuel 2019/2020 ○ Note du rapport annuel 2018/2019 ○ Aucun changement entre la note de l'année dernière et celle de cette année

LE RÔLE CATALYSEUR DU GFF

1 Accroître les ressources nationales destinées aux prestataires de soins de santé de première ligne ainsi que l'efficacité de l'allocation des ressources. Le GFF appuie la revue des règles financières pour booster le financement en première ligne.

2 Étendre le financement basé sur les résultats dans les régions défavorisées, afin d'améliorer l'équité des dépenses. Grâce à l'appui du GFF, la couverture du financement basé sur la performance (FBP) a considérablement augmenté : sur 189 districts, elle est passée de 78 districts en 2017 à 148 districts en 2018 et à 172 districts en 2019.

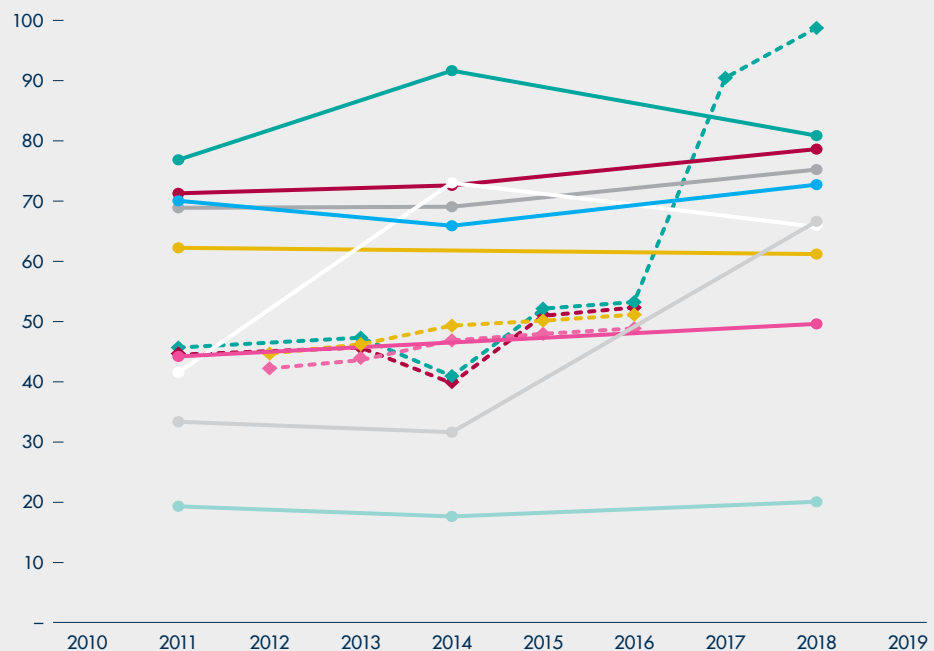
3 Renforcer la Technique de la Mère Kangourou et les soins de santé néonatale à travers une obligation à impact sur le développement, afin de réduire la mortalité néonatale et le nombre de nourrissons de faible poids à la naissance et de prématurés. La mobilisation de l'Obligation à Impact sur le Développement pour la Technique de la Mère Kangourou a commencé en janvier 2019. Six hôpitaux sur dix fournissent maintenant des services de soins liés à la Technique de la Mère Kangourou, collectant des données et renforçant les capacités de leur personnel pour fournir des soins de plus haute qualité, et plus de 380 bébés ont été inscrits à ce programme dans ces six hôpitaux. En outre, avec l'appui du GFF, l'accent a été mis sur le renforcement des capacités des prestataires de services (formation en cours d'emploi, mentorat) et sur l'équipement adéquat pour les soins obstétricaux et néonataux d'urgence, tant de base que complets, dans plus de 100 établissements de santé au niveau primaire (centres de santé intégrés et hôpitaux de district) dans les régions prioritaires.

4 Mettre davantage l'accent sur la santé reproductive des adolescents, dans le but de réduire les taux élevés de fécondité parmi les adolescentes et les grossesses non désirées, d'améliorer l'accès des adolescents aux services sociaux et les possibilités d'éducation, en particulier pour les filles. Le GFF appuie la mise à disposition de services pour les adolescents et les jeunes dans les hôpitaux de district et régionaux des régions prioritaires.

5 Encourager l'enregistrement des naissances à travers un financement basé sur la performance, adopter des normes internationales pour l'enregistrement des événements, améliorer l'interopérabilité des systèmes et augmenter les centres d'enregistrement et le nombre de fonctionnaires de l'état civil.

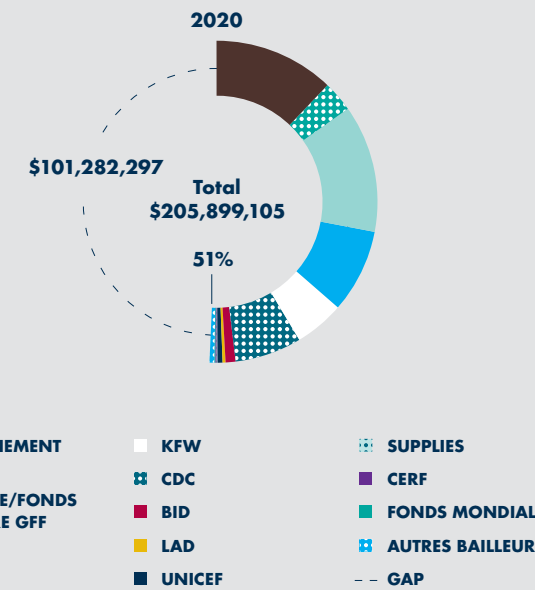
INDICATEURS DE COUVERTURE DE SRMNEA-N

Les indicateurs de l'éducation sont présentés à partir des Indicateurs du développement dans le monde (WDI). Tous les autres indicateurs de couverture de SRMNEA-N sont présentés à partir des enquêtes démographiques disponibles les plus récentes.



CARTOGRAPHIE DES RESSOURCES

Un exercice détaillé de cartographie des ressources et de suivi des dépenses a été mené au Cameroun, sur la base des quatre priorités de la SRMNE identifiées dans le Dossier d'Investissement 2018-2022. L'objectif était d'analyser l'évolution des ressources engagées par le gouvernement camerounais et ses partenaires en faveur de ces priorités sanitaires, et de déterminer le déficit de financement à combler à travers un meilleur alignement de l'aide externe et une mobilisation accrue du financement national. La cartographie des ressources signale les déficits par priorité mais aussi par région infranationale. Malgré un nombre assez important de 25 partenaires finançant les priorités du DI, il reste un déficit de financement de 57% du coût total sur quatre ans (le déficit est de 49% en 2020). La mobilisation de financements nationaux et externes en faveur des priorités de la SRMNE est essentielle, en particulier compte tenu des dépenses élevées, qui représentent plus de 70 % des dépenses de santé actuelles au Cameroun.



PRINCIPAUX INDICATEURS D'IMPACT DE LA SRMNEA-N

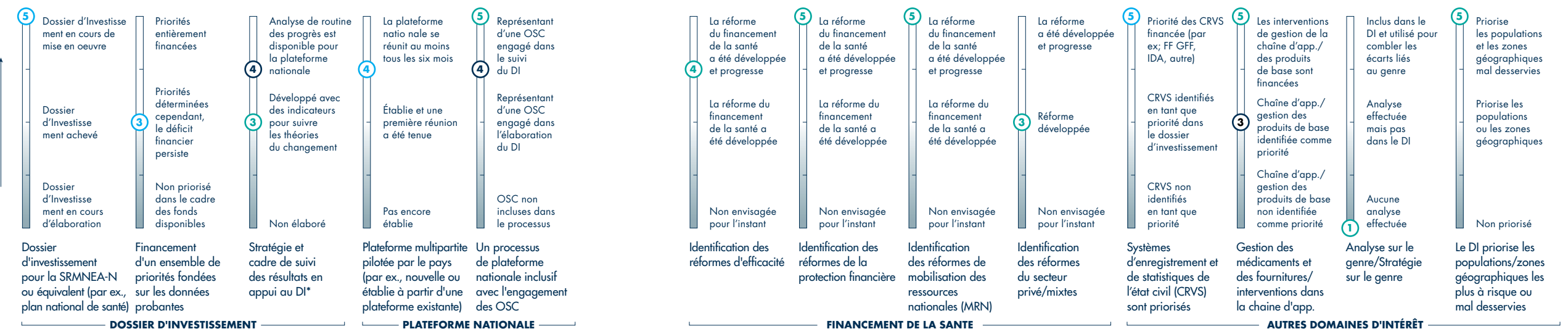
	Précédents	Récents
Taux de mortalité maternelle (pour 100 000 naissances vivantes)	782 (2011)	406 (2018)
Taux de mortalité des moins de 5 ans (pour 1000 naissances vivantes)	103 (2014)	80 (2018)
Taux de mortalité néonatale (pour 1000 naissances vivantes)	28 (2014)	28 (2018)
Taux de natalité parmi les adolescentes - 15-19 ans (pour 1 000 femmes)	119 (2014)	122 (2018)
Naissances < 24 mois après l'accouchement précédent	21.3 (2011)	25.3 (2018)
Retard de croissance parmi les enfants de moins de 5 ans (%)	31.7 (2014)	28.9 (2018)
Émaciation modérée à sévère parmi les enfants de moins de 5 ans (%)	5.2 (2014)	4.3 (2018)

FINANCEMENT DE LA SANTÉ

Principaux indicateurs	2015	2016	2017
Dépenses publiques générales de santé (DGGHE), par habitant (US\$)	9.6	8.9	9
Dépenses publiques générales de santé (DGGHE) en tant que part des dépenses publiques générales (%)	3.3	3	3.1
Paiements directs de santé, par habitant (US\$)	46.3	46.9	48.1

Indicateurs spécifiques aux pays	2016	2017	2018	2019
Part du budget public consacré à la santé (%)	5.6	5.7	4.8	4
Exécution budgétaire (%)	-	95	97	98
Part des dépenses de santé allant aux prestataires de première ligne (%)	-	1	3	-

LE SUIVI DU PROCESSUS PILOTÉ PAR LE PAYS



○ Note du rapport annuel 2019/2020 ○ Note du rapport annuel 2018/2019 ○ Aucun changement entre la note de l'année dernière et celle de cette année

* Tous deux inclus dans le document du DI ou dans un document séparé

LE RÔLE CATALYSEUR DU GFF

1 Renforcer la coordination des bailleurs.

Le GFF appuie la cartographie des ressources qui permet de mettre en évidence les zones sur- et sous-financées et fournit un outil pour améliorer la priorisation.

2 Appuyer l'utilisation et la mobilisation des ressources nationales (DRUM) en plaidant pour une augmentation du budget national alloué à la santé et sa part dans les soins de santé primaires (SSP).

Le GFF financera un appui analytique visant à identifier des solutions pour optimiser la gestion des finances publiques et le déploiement efficace de la programmation budgétaire.

3 Améliorer l'efficacité en priorisant et en coordonnant les investissements dans les soins de santé primaires, y compris les services de santé communautaires, à travers la décentralisation et la mise à l'échelle nationale des achats stratégiques.

Le GFF, par le biais du Dossier d'Investissement et du projet cofinancé par la Banque mondiale, appuie l'augmentation du financement basé sur la performance au niveau national ainsi que l'élaboration et la mise en œuvre d'une budgétisation basée sur les programmes. Ces initiatives contribuent à la priorisation des soins de santé primaires dans le budget.

4 Renforcer les prestataires de services du secteur privé dans les réformes stratégiques des achats grâce à des mécanismes de réglementation, d'accréditation et de passation de marchés.

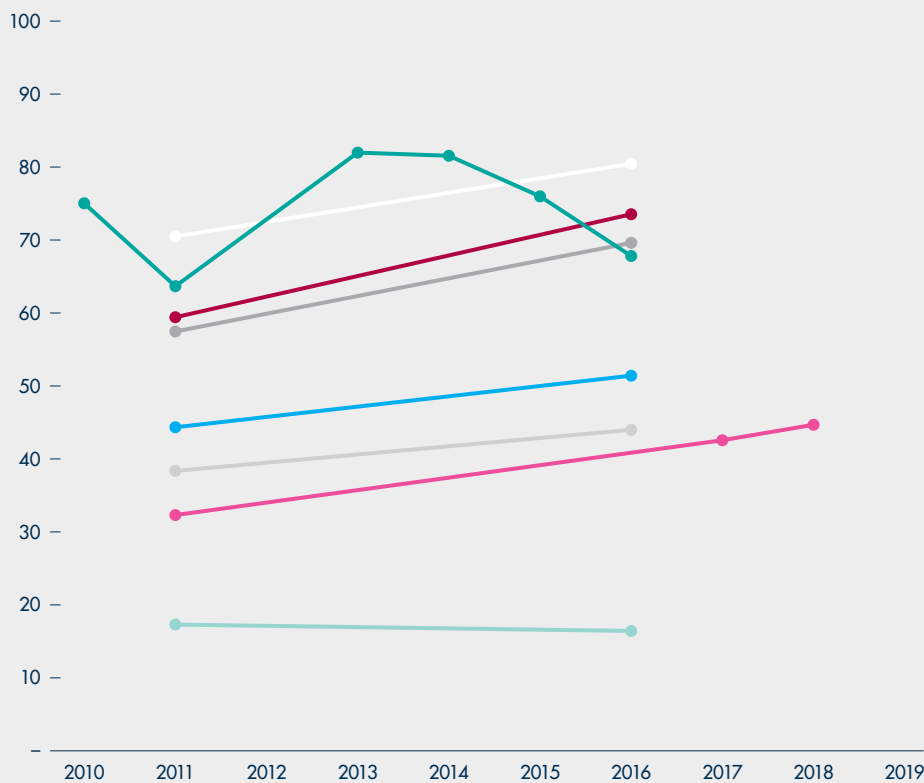
Une évaluation du secteur privé réalisée en 2019 a identifié les principales lacunes des réglementations et des systèmes, qui seront comblées avec l'appui du GFF. Grâce au processus du GFF, des options supplémentaires, telles que la génération de ressources du secteur privé (par ex, pour le paiement des primes d'assurance de santé sociale du secteur informel), l'utilisation des technologies mobiles, les options pour les chaînes d'approvisionnement et d'autres seront explorées afin de renforcer la possibilité pour le secteur privé de contribuer à l'amélioration des résultats en matière de santé.

5 Appuyer le renforcement des capacités sur le financement des soins de santé et le rattachement au régime d'assurance de santé universelle.

Le GFF appuie la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAM) pour développer sa capacité à fonctionner comme acheteur, en l'orientant vers une véritable séparation des fonctions dans le secteur. Le GFF appuie le rassemblement des principaux financiers de l'assistance technique avec des experts (régionaux) au sein d'un conseil consultatif auprès de la CNAM qui peut fournir des conseils sur les plans de travail techniques.

INDICATEURS DE COUVERTURE DE SRMNEA-N

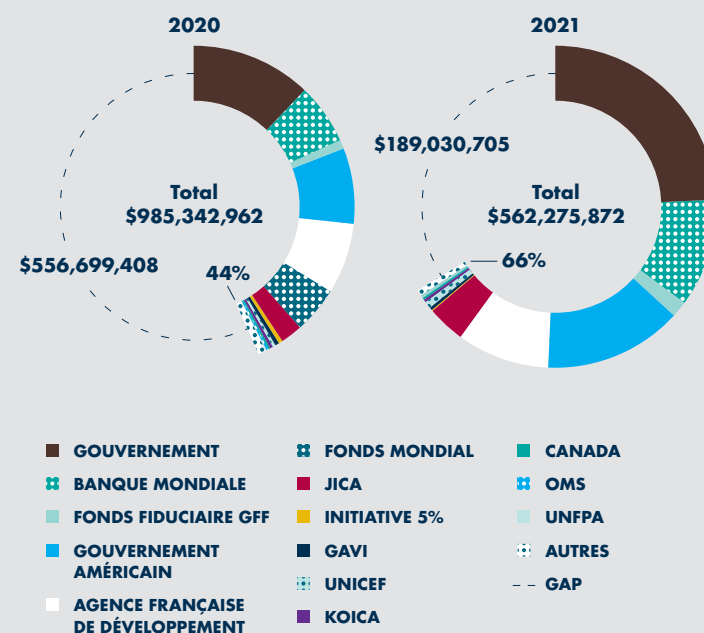
Les données sur la vaccination sont présentées à partir du processus de rapport conjoint OMS / UNICEF et de récentes enquêtes démographiques. Les indicateurs de planification familiale sont présentés à partir de la base de données PMA2020 et d'enquêtes démographiques récentes. Tous les autres indicateurs de couverture de SRMNEA-N sont présentés à partir des enquêtes démographiques disponibles les plus récentes.



- Consultations prénatales : 4+ consultations
- Couverture des DTC3 (trois doses de vaccin contre la diphtérie, le tétanos, et la coqueluche)
- Accouchement assisté par un prestataire qualifié
- Sels de réhydratation par voie orale pour le traitement de la diarrhée
- Consultations postnatales pour les mères
- Demande de services de planification familiale satisfaite par des méthodes modernes
- Recherche de traitement pour la pneumonie
- Accouchement dans un établissement de santé

CARTOGRAPHIE DES RESSOURCES

En CIV, le dossier d'investissement a été un moyen de favoriser les ressources nationales par rapport à un ensemble d'interventions sanitaires prioritaires. Le budget du Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique a augmenté de 16,6 % entre 2019 et 2020, ce qui traduit l'engagement ferme du gouvernement à augmenter son budget annuel de santé de 15 %. Sur la base de l'augmentation du budget du gouvernement et des données de cartographie des ressources collectées auprès des bailleurs, le déficit de financement de l'investissement a été réduit de 50 % entre 2020 et 2021, passant de 57 % en 2020 à 34 % en 2021. La cartographie des ressources pour 2020 et 2021 par domaines prioritaires signale également que les déficits de financement pour les domaines importants ont diminué. Néanmoins, plusieurs domaines prioritaires restent non financés, comme la qualité des soins de santé primaires et la chaîne d'approvisionnement, tandis que l'approche de la santé communautaire continue d'être surfinancée, ce qui indique une efficacité limitée de l'allocation des fonds. Le résultat de l'exercice de cartographie des ressources peut aider le gouvernement de CIV à demander aux bailleurs de transférer le financement des domaines surfinancés vers les domaines sous-financés. Si les exercices de cartographie des ressources permettent de saisir des données financières désagrégées par région, il n'est pas possible de fournir des données précises sur chaque bailleur et sur la contribution du gouvernement par région. Près de 80 % des financements se rapportent à une catégorie appelée Multi-régions. Le reste va au district autonome d'Abidjan (15 %) et au niveau central, ce qui suggère que le financement est alloué de manière équitable, puisque 80 % vont au niveau décentralisé qui est généralement à l'origine des résultats du pays en matière de santé.



PRINCIPAUX INDICATEURS D'IMPACT DE LA SRMNEA-N

Indicateur	Précédents		Récents	
	Année	Valeur	Année	Valeur
Taux de mortalité maternelle (pour 100 000 naissances vivantes)	2011	614	-	-
Taux de mortalité des moins de 5 ans (pour 1000 naissances vivantes)	2011	108	96	2016
Taux de mortalité néonatale (pour 1000 naissances vivantes)	2011	38	33	2016
Taux de natalité parmi les adolescentes - 15-19 ans (pour 1 000 femmes)	2011	129	124	2016
Naissances < 24 mois après l'accouchement précédent	2011	14.9	-	-
Retard de croissance parmi les enfants de moins de 5 ans (%)	2011	29.8	21.6	2016
Émaciation modérée à sévère parmi les enfants de moins de 5 ans (%)	2011	7.5	6	2016

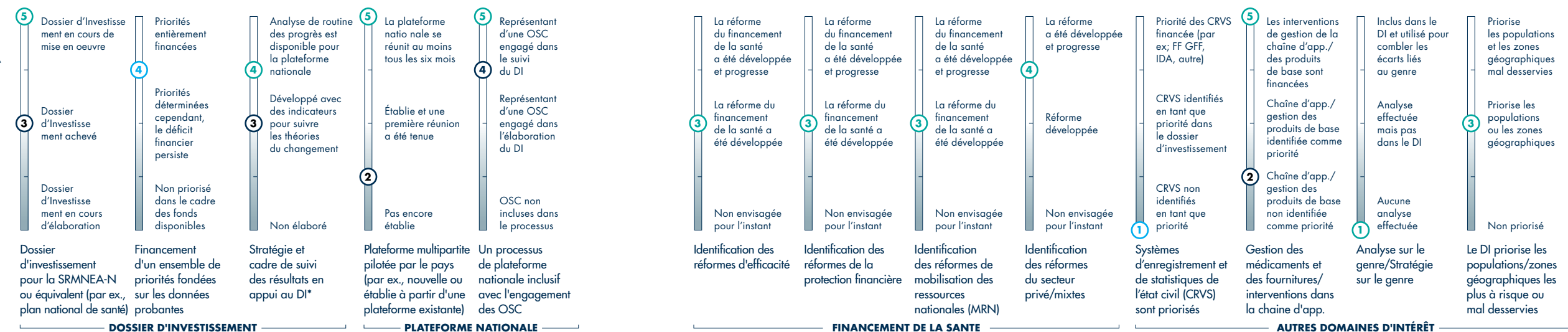
FINANCEMENT DE LA SANTÉ

Principaux indicateurs	2015	2016	2017
Dépenses publiques générales de santé (DGGHE), par habitant (US\$)	15.3	17.2	19.9
Dépenses publiques générales de santé (DGGHE) en tant que part des dépenses publiques générales (%)	4.8	4.8	5.1
Paiements directs de santé, par habitant (US\$)	26.8	27.2	27.5

Indicateurs spécifiques aux pays	2016	2017	2018	2019
Part du budget public consacré à la santé (%)	6	6.1	5.4	5.3
Exécution budgétaire (%)	90	90	87	93
Part des dépenses de santé allant aux prestataires de première ligne (%)*	-	-	-	-
Nombre de districts couverts par le FBP	4	17	17	19
Nombre de personnes couvertes par la CMU (en millions)	-	-	-	1.9
Nombre de pauvres et de personnes vulnérables couverts par la CMU (en milliers)	-	-	-	190.5

* Il s'agit d'un nouvel indicateur qui est encore en cours de définition au niveau national.

LE SUIVI DU PROCESSUS PILOTÉ PAR LE PAYS



○ Note du rapport annuel 2019/2020 ○ Note du rapport annuel 2018/2019 ○ Aucun changement entre la note de l'année dernière et celle de cette année

* Tous deux inclus dans le document du DI ou dans un document séparé

LE RÔLE CATALYSEUR DU GFF

1 Inciter les résultats de SRMNEA-N et du financement de la santé à travers des indicateurs liés aux décès (DLI) reliés au plan de transformation du secteur de la santé. La Banque mondiale et le GFF fournissent un appui par le biais des DLI dans lesquels les paiements sont effectués sur la base d'objectifs pré-approuvés.

2 Accentuer la priorisation des interventions qui accusent un retard. Le GFF a aidé le gouvernement à mettre l'accent sur deux domaines mal desservis : la planification familiale et la santé des adolescents. L'opération cofinancée par le GFF et la Banque mondiale comprend des DLI sur l'amélioration de la prévalence des contraceptifs dans les zones rurales et la qualité des services de santé pour les adolescents. Cela a conduit à l'élaboration d'une politique nationale de santé des adolescents.

3 Encourager une plus grande attention à l'équité. Le GFF met l'accent sur la réduction de l'écart entre la moyenne nationale et certaines régions en ce qui concerne la SRMNEA-N et cela, en augmentant la proportion d'assurance de santé communautaire fonctionnelle. En outre, l'opération cofinancée par le GFF et la BM encourage l'augmentation de l'assistance qualifiée au moment de l'accouchement dans les trois régions les moins performantes (Afar, Oromia et Somali).

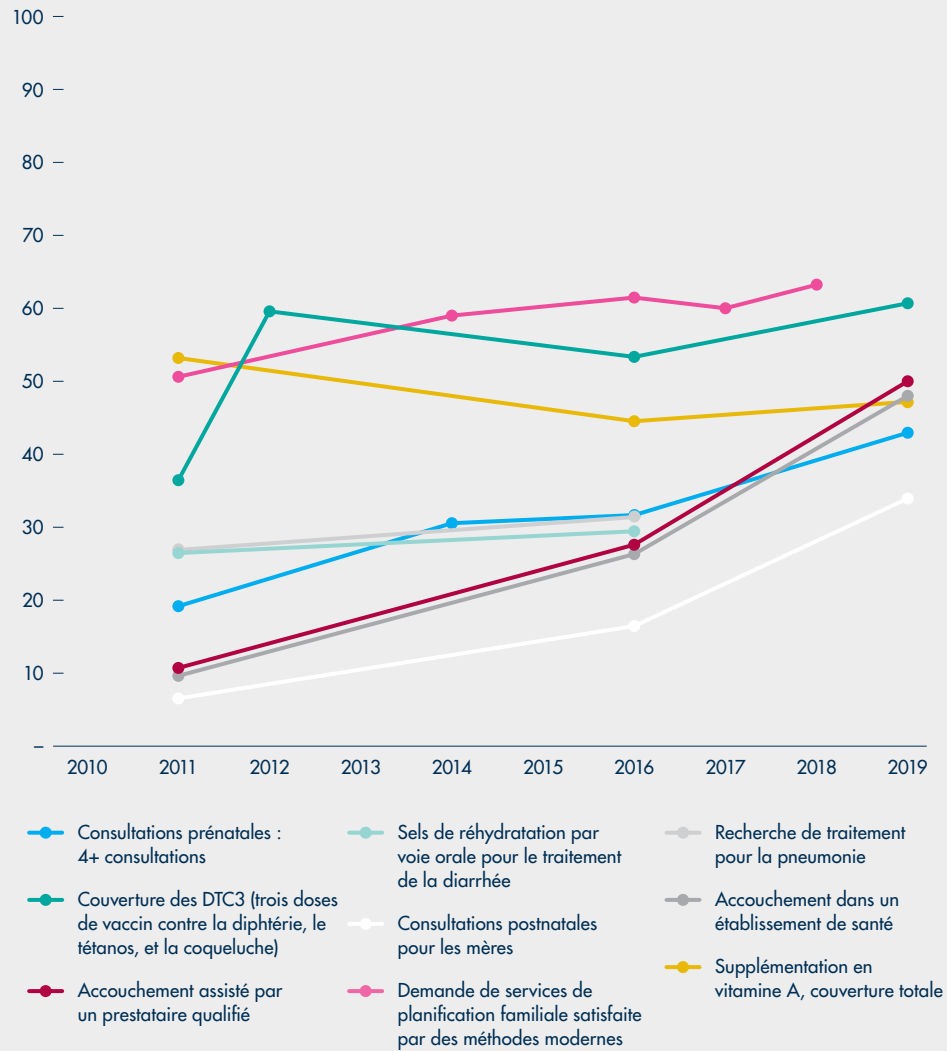
4 Transformer le système des CRVS. Le GFF et ses partenaires ont contribué à renforcer le système des CRVS en aidant à la transition du système d'enregistrement sur papier au système électronique et en fournissant une formation aux agents de santé sur l'enregistrement des causes de décès et les exigences en matière d'enregistrement des naissances et des décès.

5 Appuyer les réformes de la gestion des finances publiques afin d'améliorer l'exécution du budget et soutenir les efforts visant à augmenter la part du budget consacrée à la santé. Le GFF appuie un dialogue politique sur la priorisation de la santé dans le budget, et une efficacité accrue dans l'utilisation des ressources existantes, notamment à travers des achats stratégiques.

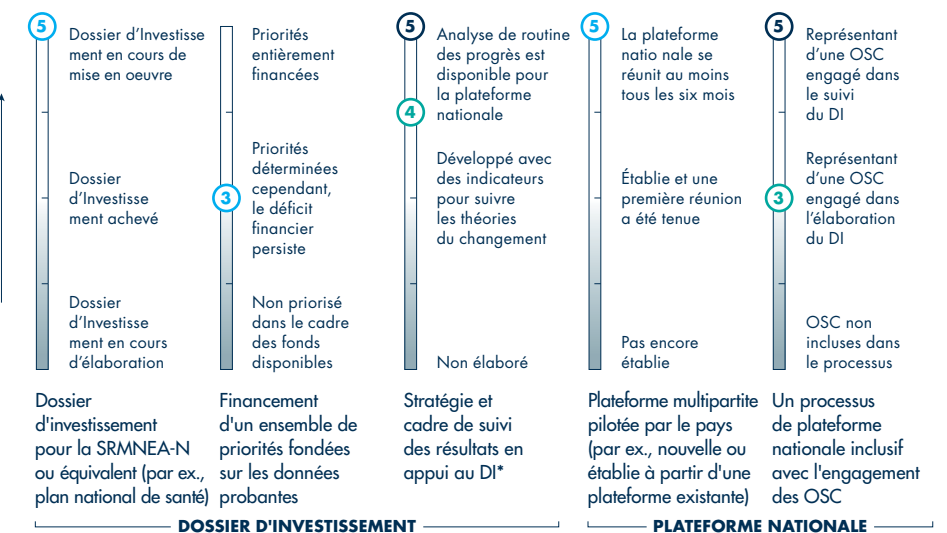
6 Renforcer l'engagement du secteur privé. Le GFF a appuyé une évaluation de la santé du secteur privé pour comprendre les réglementations, les politiques, les opportunités et les défis afin de mieux exploiter le secteur privé pour la santé.

INDICATEURS DE COUVERTURE DE SRMNEA-N

Les données sur la vaccination sont présentées à partir du processus de rapport conjoint OMS/UNICEF et d'enquêtes démographiques récentes. Les données sur la planification familiale sont présentées à partir de la base de données PMA2020 et d'enquêtes démographiques récentes. Tous les autres indicateurs de couverture de SRMNEA-N sont présentés à partir des enquêtes démographiques les plus récentes disponibles.

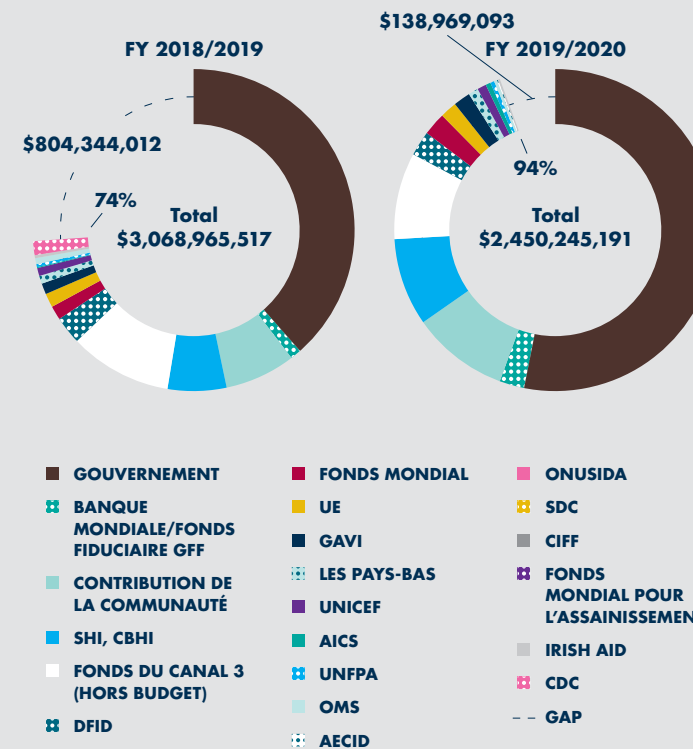


LE SUIVI DU PROCESSUS PILOTÉ PAR LE PAYS



CARTOGRAPHIE DES RESSOURCES

La cartographie des ressources (CR) présente une analyse des tendances entre les exercices 2018/2019 et 2019/2020. La cartographie des ressources en Éthiopie est basée sur le plan de transformation du secteur de la santé (HSTP). Le HSTP est la stratégie nationale de santé et le Dossier d'Investissement (DI). Les données consolidées pour cette évaluation ont été basées sur le budget annuel réel du HSTP et la cartographie annuelle des ressources du HSTP fournie par le ministère de la Santé (MS). L'analyse des tendances de la CR a permis de dégager des conclusions importantes en termes d'amélioration de l'engagement du gouvernement dans le secteur de la santé, ce qui a entraîné une baisse significative du déficit de financement du HSTP. Le financement du gouvernement pour le secteur de la santé a connu une augmentation significative, passant de 38,5 % en 2018/2019 à 53,1 % en 2019/2020. En conséquence, le déficit de financement du HSTP a diminué de 26 % en 2018/2019 à 5,7 % en 2019/2020. D'autre part, les contributions des bailleurs de fonds, qu'elles soient budgétisées ou non, et l'alignement sur le DI sont plus ou moins similaires au cours des deux exercices. En outre, la contribution communautaire impliquant à la fois la contribution en espèces et en nature de la société au secteur a indiqué des niveaux de contribution similaires au cours des deux années.



PRINCIPAUX INDICATEURS D'IMPACT DE LA SRMNEA-N

Indicateur	Précédents		Récents	
	Année	Valeur	Année	Valeur
Taux de mortalité maternelle (pour 100 000 naissances vivantes)	2016	412	-	-
Taux de mortalité des moins de 5 ans (pour 1000 naissances vivantes)	2016	67	55	2019
Taux de mortalité néonatale (pour 1000 naissances vivantes)	2016	29	30	2019
Taux de natalité parmi les adolescentes - 15-19 ans (pour 1 000 femmes)	2016	80	-	-
Naissances < 24 mois après l'accouchement précédent	2016	21.7	-	-
Retard de croissance parmi les enfants de moins de 5 ans (%)	2016	38.4	36.8	2019
Émaciation modérée à sévère parmi les enfants de moins de 5 ans (%)	2016	9.8	7.2	2019

FINANCEMENT DE LA SANTÉ

Principaux indicateurs	2015	2016	2017
Dépenses publiques générales de santé (DGGHE), par habitant (US\$)	6.2	6.2	6.3
Dépenses publiques générales de santé (DGGHE) en tant que part des dépenses publiques générales (%)	5.6	5	4.8
Paievements directs de santé, par habitant (US\$)	9	8.7	8.7

Indicateurs spécifiques aux pays	2016	2017	2018	2019
Part du budget public consacré à la santé (%)	8.6	8.1	8.9	-
Exécution budgétaire (%)	80	77	83	-
Part des dépenses de santé allant aux prestataires de première ligne (%)	36	41	37	-
Pourcentage d'établissements de soins de santé primaires disposant de tous les médicaments figurant sur la liste des médicaments essentiels du ministère de la Santé	42	-	48	-
Couverture de l'assurance maladie communautaire (CBHI) : Pourcentage de districts disposant du régime d'assurance maladie communautaire fonctionnel	-	30	51	63.5

○ Note du rapport annuel 2019/2020 ○ Note du rapport annuel 2018/2019 ○ Aucun changement entre la note de l'année dernière et celle de cette année

* Tous deux inclus dans le document du DI ou dans un document séparé

LE RÔLE CATALYSEUR DU GFF

1 Le Ghana a intégré le GFF en 2019 et est en train d'élaborer un dossier d'investissement priorisé.

Le Ghana a déjà mis en place une plateforme à multiples parties prenantes pilotée par le pays qui se réunit régulièrement et comprend des représentants d'OSC déjà engagés dans le processus d'élaboration du DI.

2 Accélérer les progrès vers un meilleur capital humain et une couverture de santé universelle en assurant une mise en oeuvre efficace des interventions multisectorielles qui affectent la santé et la feuille de route de la couverture de santé universelle (CSU).

Pour atteindre l'objectif de capital humain, le GFF aidera le gouvernement à élaborer un plan opérationnel priorisé et chiffré (POP-C) pour rendre opérationnelle la Feuille de route de la CSU, avec des objectifs clairs et une stratégie de suivi et de financement. Les impacts spécifiques à atteindre sont les suivants (i) réduction des décès et des handicaps évitables chez les mères, les adolescents et les enfants ; (ii) amélioration de l'accès à des services de santé de qualité, mieux gérés et plus efficaces ; (iii) amélioration de l'accès aux principales interventions multisectorielles en matière d'éducation, d'eau, d'assainissement et d'hygiène (WASH) et de nutrition ; et (iv) amélioration de l'accès à des services d'urgence cliniques et de santé publique adaptés et de leur qualité.

3 Appuyer le gouvernement dans la mise en oeuvre de certaines réformes de santé et réformes de financement

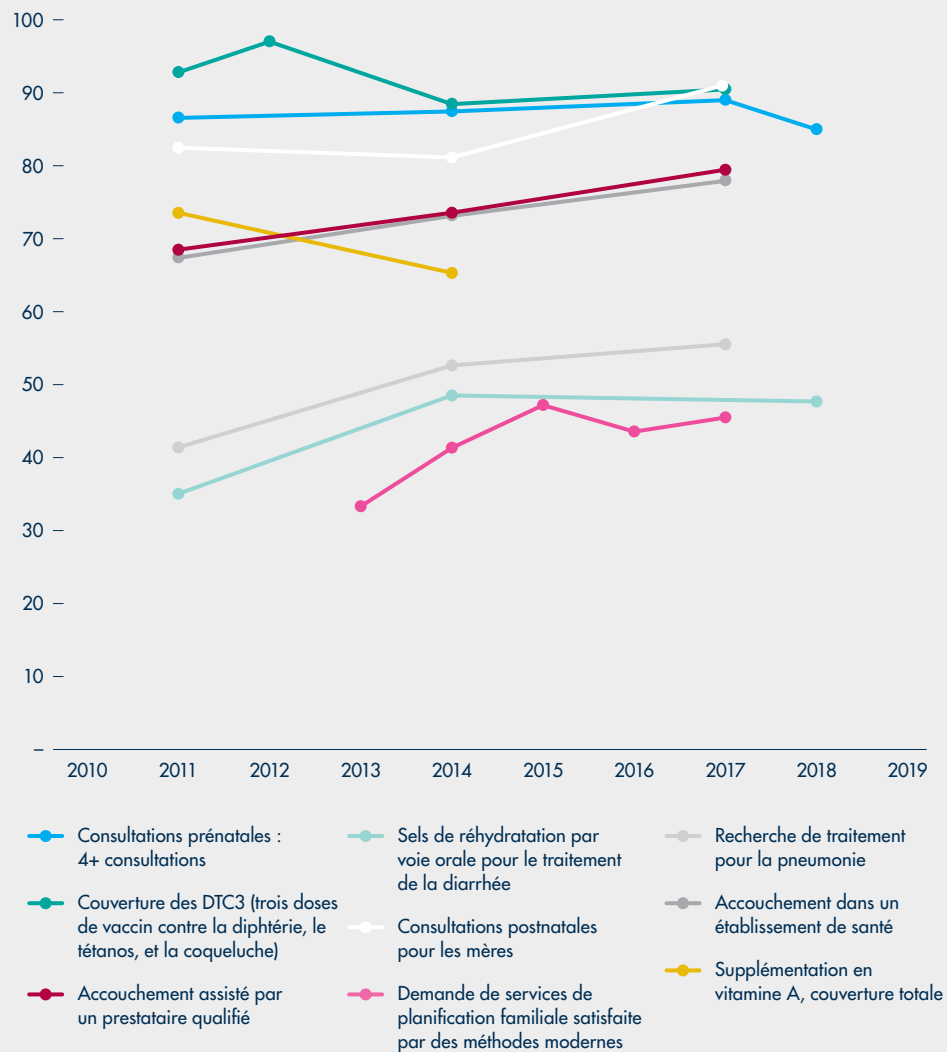
dans le domaine de la réorganisation du modèle de prestation de services, de la qualité des soins, de l'utilisation et de la mobilisation des ressources nationales (DRUM), de la gestion des finances publiques et des marchés publics, la gouvernance et l'utilisation stratégique de l'intelligence sanitaire, qui comprend les enquêtes, l'intelligence artificielle et l'utilisation des données pour la prise de décision.

4 Appuyer la cartographie des ressources pour le POP-C, qui a commencé en juin 2020 et qui saisit les engagements de financement dans tout le secteur de la santé qui financent la mise en oeuvre du plan.

Avec les scénarios chiffrés de mise à l'échelle, les données de la cartographie des ressources seront utilisées pour prioriser les interventions et trouver des gains d'efficacité allocative et technique.

INDICATEURS DE COUVERTURE DE SRMNEA-N

Les données sur la vaccination sont présentées à partir du processus de rapport conjoint OMS/UNICEF et d'enquêtes démographiques récentes. Les données sur la planification familiale sont présentées à partir de la base de données PMA2020 et d'enquêtes démographiques récentes. Tous les autres indicateurs de couverture de la SRMNEA-N sont présentés à partir des enquêtes démographiques les plus récentes disponibles.



CARTOGRAPHIE DES RESSOURCES

En 2020, le Ghana a commencé à élaborer son DI, le Plan Opérationnel Priorisé (POP) pour la Couverture de Santé Universelle, qui définit les interventions prioritaires pour atteindre la CSU au cours de la prochaine décennie. La cartographie des ressources pour le POP a commencé en juin 2020 et saisit les engagements de financement dans tout le secteur de la santé qui financent la mise en oeuvre du plan. Les données de cartographie des ressources, ainsi que les scénarios chiffrés de mise à l'échelle, seront utilisées pour prioriser les interventions et trouver des gains d'efficacité technique et allocative. En outre, l'exercice vise à harmoniser les précédents exercices de cartographie des ressources, notamment les cartographies des investissements de renforcement des systèmes de santé et la cartographie des ressources de COVID-19.



PRINCIPAUX INDICATEURS D'IMPACT DE LA SRMNEA-N

Indicateur	Précédents		Récents	
	Année	Valeur	Année	Valeur
Taux de mortalité maternelle (pour 100 000 naissances vivantes)	-	-	310	2017
Taux de mortalité des moins de 5 ans (pour 1000 naissances vivantes)	60	2014	56	2017
Taux de mortalité néonatale (pour 1000 naissances vivantes)	29	2014	27	2017
Taux de natalité parmi les adolescentes - 15-19 ans (pour 1 000 femmes)	76	2014	75	2017
Naissances < 24 mois après l'accouchement précédent	13.1	2014	-	-
Retard de croissance parmi les enfants de moins de 5 ans (%)	18.8	2014	17.5	2017
Émaciation modérée à sévère parmi les enfants de moins de 5 ans (%)	4.7	2014	6.8	2017

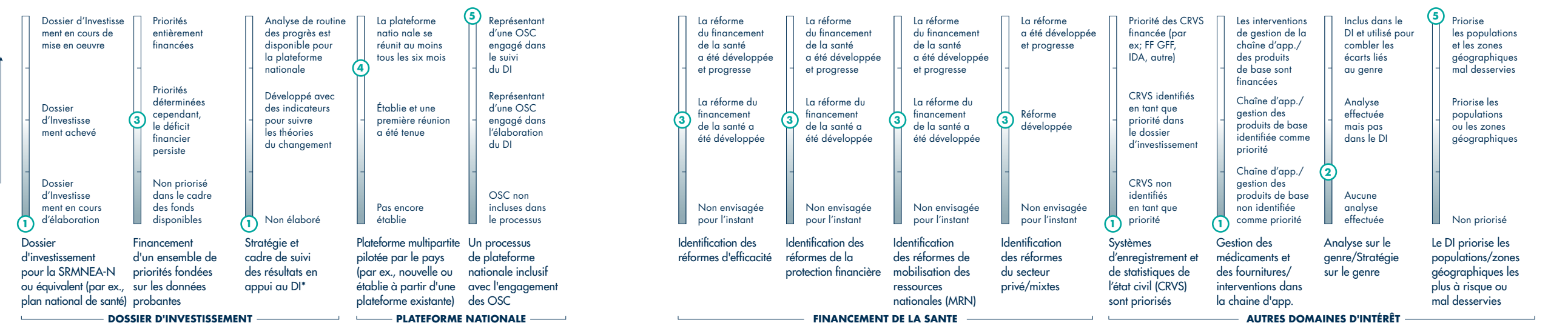
FINANCEMENT DE LA SANTÉ

Principaux indicateurs	2015	2016	2017
Dépenses publiques générales de santé (DGGHE), par habitant (US\$)	31	25.7	22.3
Dépenses publiques générales de santé (DGGHE) en tant que part des dépenses publiques générales (%)	8.6	6.5	6.1
Paiements directs de santé, par habitant (US\$)	31.6	25.3	26.9

Indicateurs spécifiques aux pays	2016	2017	2018	2019
Part du budget public consacré à la santé (%)	13.8	14.6	13.1	14.3
Exécution budgétaire (%)	124.8	72.8	102.9	109
Part des dépenses de santé allant aux prestataires de première ligne (%)*	-	-	-	-

* Il s'agit d'un nouvel indicateur qui est encore en cours de définition au niveau national.

LE SUIVI DU PROCESSUS PILOTÉ PAR LE PAYS



Note du rapport annuel 2019/2020

* Tous deux inclus dans le document du DI ou dans un document séparé

■ LE RÔLE CATALYSEUR DU GFF

1 Améliorer l'efficacité de la dépense et appuyer la prestation de services de santé. Un appui continu est apporté à la mise en œuvre des projets de la Banque mondiale et du GFF, y compris des stratégies de financement basé sur les résultats (FBR) et en faveur des pauvres afin d'améliorer la qualité et la quantité des services de reproduction, maternels, infantiles, et de nutrition pour les bénéficiaires dans certaines régions.

2 Renforcer la capacité du ministère de la Santé dans la gestion des finances publiques, le financement de la santé et l'élaboration des stratégies de réforme à long terme. La Banque Mondiale et le GFF ont collaboré à l'audit du Bureau de Stratégie et de Développement (BSD) de 2019 qui a permis de mettre en lumière les points faibles nécessitant un appui immédiat. Il est envisagé à cet effet : des formations sur les nouveaux outils nécessaires pour renforcer les capacités de planification, de gestion et de suivi du financement de la santé, et aider à jeter les bases d'un financement systématique et à long terme de la santé (axée sur le financement décentralisé, l'autorité décisionnelle et les systèmes de redevabilité) et la mise en place de l'Unité Economie de la Santé. En outre, la Banque Mondiale et le GFF appuie la conception et la mise en œuvre de diverses initiatives de financement de la santé (par exemple, le cadre de dépenses à moyen terme, les comptes nationaux de la santé, et l'analyse de l'espace budgétaire).

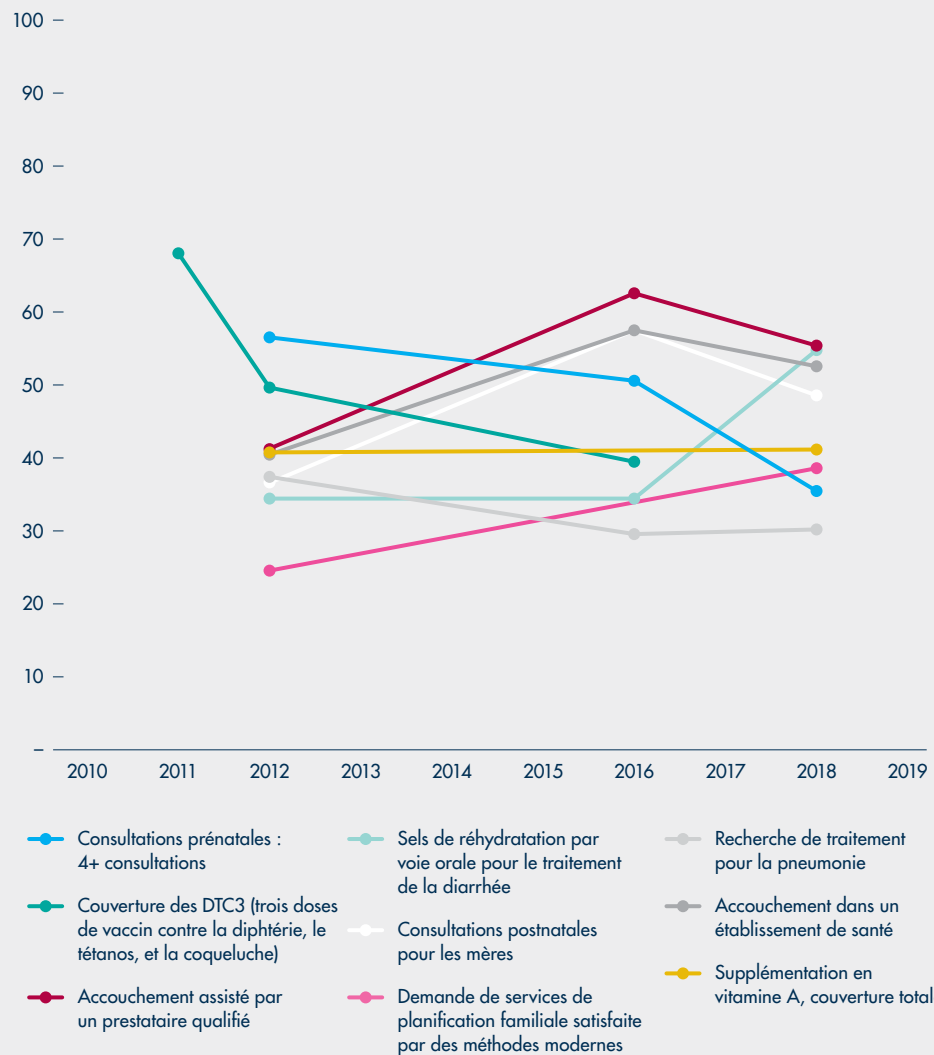
3 Appuyer les interventions visant à assurer la protection financière des populations pauvres. Le GFF appuiera la mise en œuvre de la stratégie de ciblage des pauvres.

4 Appuyer les initiatives de renforcement du système de santé, notamment les systèmes d'enregistrement et de statistiques de l'état civil (CRVS) et le système national de l'information sanitaire (SNIS). Le GFF et la Banque Mondiale ont appuyé l'amélioration de l'engagement des parties prenantes dans les CRVS et cela, en collaboration avec le Centre d'Excellence (CoE), l'Union Européenne, l'UNICEF, Enabel et l'UNFPA.

5 Améliorer la disponibilité et la qualité des données du financement de la santé. Le GFF fournit une assistance technique pour la réalisation d'un exercice de cartographie des ressources qui vise à saisir rapidement les données rétrospectives, actuelles, et prospectives du budget de l'état et des partenaires externes. En Guinée, la cartographie des ressources est en cours de finalisation et porte sur les fonds des partenaires externes et ceux de l'État liés aux priorités du DI.

■ INDICATEURS DE COUVERTURE DE SRMNEA-N

Tous les indicateurs de couverture de SRMNEA-N sont présentés à partir des enquêtes démographiques les plus récentes disponibles.



■ CARTOGRAPHIE DES RESSOURCES

La Guinée est en train de finaliser un Dossier d'Investissement priorisé qui est aligné sur la Stratégie Nationale de SRMNEA-N et comprend un ensemble de mesures à fort impact de SRMNEA-N et certaines réformes du système de santé et du financement de la santé. La Guinée a achevé la première phase de l'exercice de cartographie des ressources qui couvre cinq ans (2020-2024) avec le financement des partenaires aligné sur les sept priorités stratégiques du Dossier d'investissement (DI). Des données sur les engagements budgétaires du gouvernement et des partenaires de développement ont été obtenues pour estimer le total des ressources disponibles pour la mise en œuvre du Dossier d'Investissement. Le chiffrage du DI est actuellement en cours et les résultats de la cartographie des ressources, y compris l'analyse du déficit de financement, seront disponibles d'ici à septembre 2020. Il y a actuellement 10 partenaires externes en Guinée qui sont alignés et engagés à contribuer en faveur du Dossier d'Investissement.



■ PRINCIPAUX INDICATEURS D'IMPACT DE LA SRMNEA-N

	Précédents		Récents	
Taux de mortalité maternelle (pour 100 000 naissances vivantes)	724	2012	550	2016
Taux de mortalité des moins de 5 ans (pour 1000 naissances vivantes)	123	2012	111	2018
Taux de mortalité néonatale (pour 1000 naissances vivantes)	33	2012	32	2018
Taux de natalité parmi les adolescentes - 15-19 ans (pour 1 000 femmes)	146	2012	120	2018
Naissances < 24 mois après l'accouchement précédent	12.8	2012	16.4	2018
Retard de croissance parmi les enfants de moins de 5 ans (%)	31.2	2012	30.3	2018
Émaciation modérée à sévère parmi les enfants de moins de 5 ans (%)	9.6	2012	9.2	2018

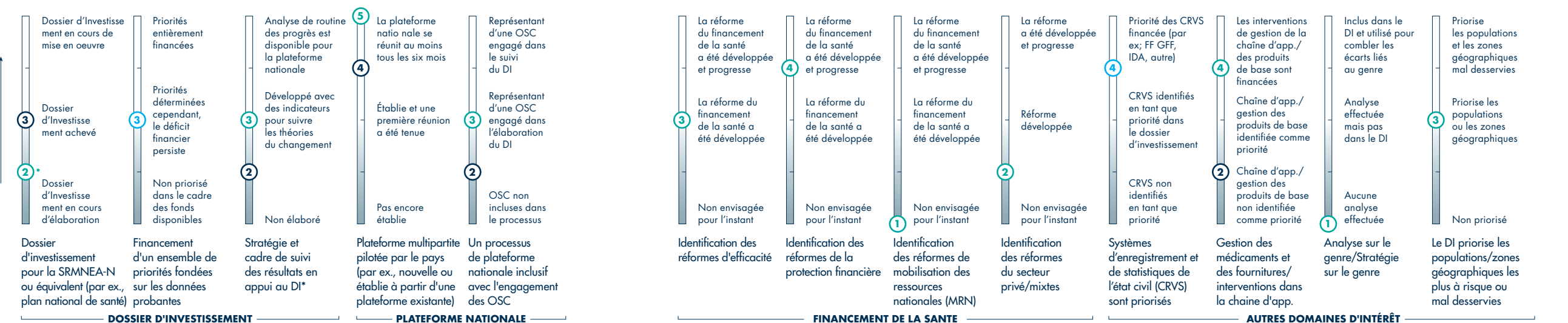
■ FINANCEMENT DE LA SANTÉ

Principaux indicateurs	2015	2016	2017
Dépenses publiques générales de santé (DGGHE), par habitant (US\$)	3	5	5.8
Dépenses publiques générales de santé (DGGHE) en tant que part des dépenses publiques générales (%)	2	4.1	4.1
Paiements directs de santé, par habitant (US\$)	20.9	18.6	19.1

Indicateurs spécifiques aux pays	2016	2017	2018	2019
Part du budget public consacré à la santé (%)	5	6	7.1	8
Exécution budgétaire (%)	89	73	40	61.5
Part des dépenses de santé allant aux prestataires de première ligne (%)*	-	-	-	-

* Il s'agit d'un nouvel indicateur qui est encore en cours de définition au niveau national.

■ LE SUIVI DU PROCESSUS PILOTÉ PAR LE PAYS



○ Note du rapport annuel 2019/2020 ○ Note du rapport annuel 2018/2019 ○ Aucun changement entre la note de l'année dernière et celle de cette année

** Tous deux inclus dans le document du DI ou dans un document séparé

LE RÔLE CATALYSEUR DU GFF

1 Améliorer la coordination des bailleurs afin de renforcer l'efficacité de l'aide étrangère et d'améliorer l'utilisation et l'impact des ressources disponibles. Le GFF appuiera un prochain exercice de cartographie des ressources qui permettra de recenser et de suivre les ressources externes pour la santé, qui ont diminué. L'outil de cartographie des ressources a été finalisé.

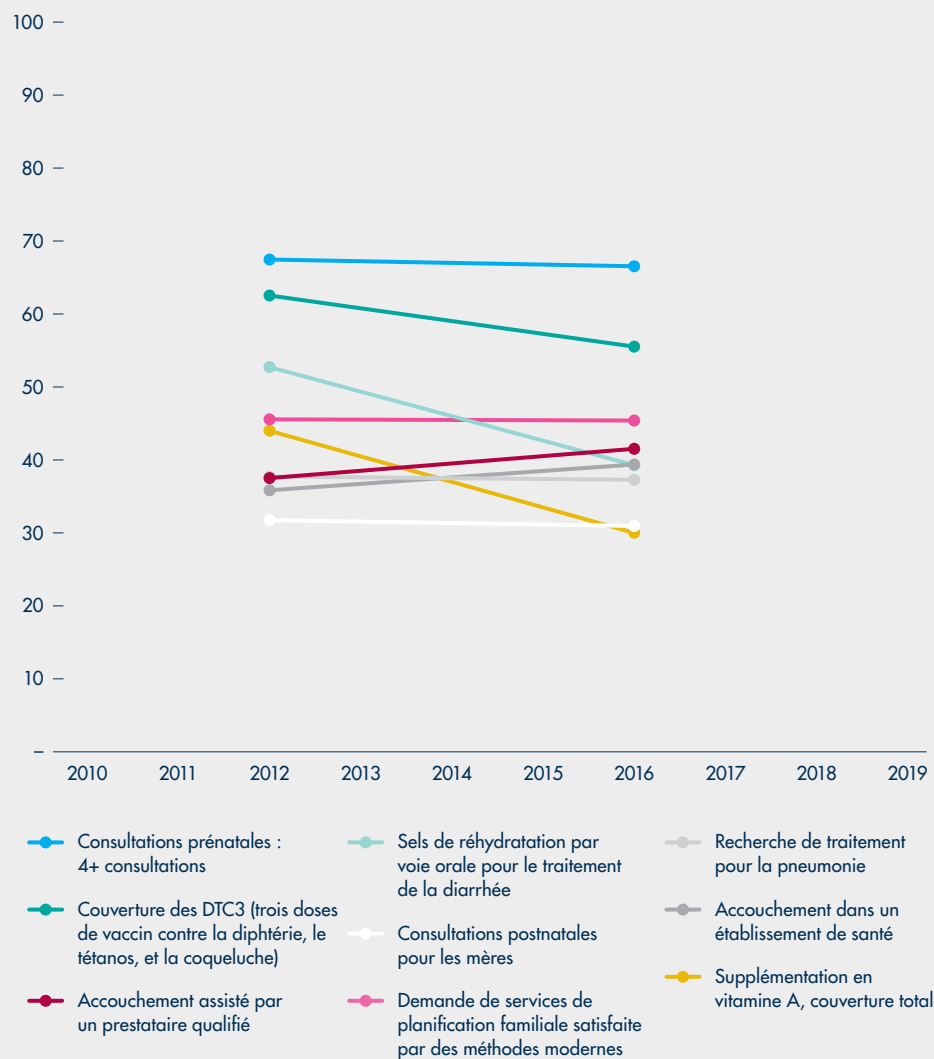
2 Appuyer une augmentation de l'utilisation et de la mobilisation des ressources nationales (DRUM), en mettant fortement l'accent sur l'amélioration de l'efficacité des ressources disponibles dans le secteur de la santé. Le GFF appuiera l'élaboration d'un plan stratégique (2020-2030) pour la rationalisation des ressources humaines, en mettant l'accent sur une répartition et une combinaison plus efficaces des catégories de ressources humaines dans tout le pays.

3 Améliorer l'accès aux soins primaires et leur qualité. L'appui du GFF comprend (i) l'amélioration du système national d'approvisionnement et de distribution de produits médicaux (SNADI) afin de garantir une disponibilité et une accessibilité continues aux médicaments essentiels à tous les niveaux et (ii) l'utilisation de paiements basés sur les résultats pour la prestation d'un ensemble de services de soins de santé primaires, avec une attention particulière pour les services de SRMNEA-N.

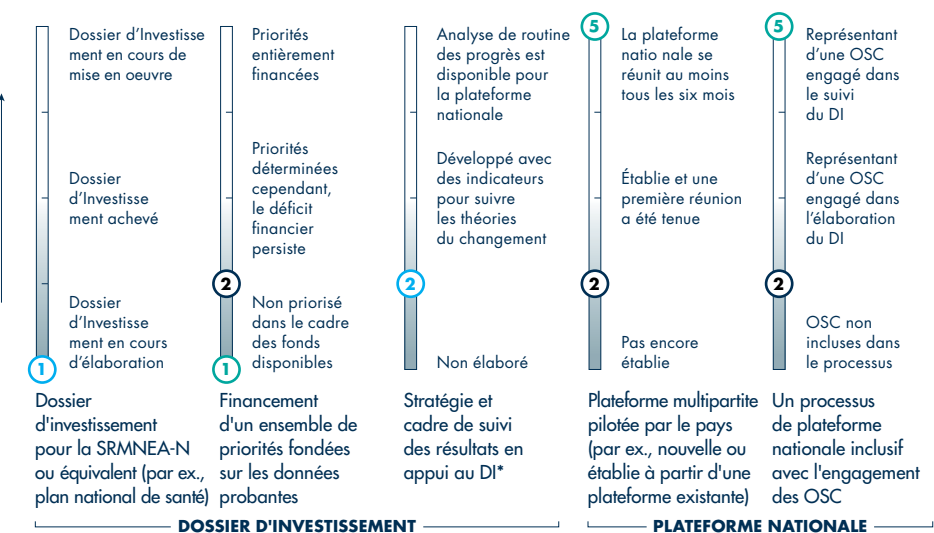
4 Appui à la révision de la stratégie communautaire nationale en matière de santé afin d'accroître l'efficacité et l'ampleur de la prestation et de l'utilisation des services. Le GFF a appuyé les travaux en cours d'un ensemble de partenaires clés pour finaliser la stratégie nationale des agents de santé communautaire (ASC), qui détaille clairement les protocoles, la répartition des tâches et les autres modalités opérationnelles des ASC. Le GFF appuie également des activités parallèles qui ont contribué à la révision de la stratégie, telles que l'utilisation d'une approche de stratification des risques, un mécanisme de suivi systématique des ASC et un travail de modélisation pour déterminer les besoins d'allocation et de redéploiement des ASC dans tout le pays.

INDICATEURS DE COUVERTURE DE SRMNEA-N

Tous les indicateurs de couverture de SRMNEA-N sont présentés à partir des enquêtes démographiques les plus récentes disponibles.



LE SUIVI DU PROCESSUS PILOTÉ PAR LE PAYS



CARTOGRAPHIE DES RESSOURCES

En juillet 2019, la division de la Coopération Extérieure au sein de l'unité de planification du Ministère de la Santé Publique et de la Population d'Haiti a lancé une cartographie des ressources de financement - tant du budget national que des financements externes - dans le secteur de la santé. Parmi les objectifs de cet exercice de cartographie des ressources figure une évaluation de la manière dont le financement disponible correspond aux exigences budgétaires définies dans les stratégies et plans sectoriels. Ces stratégies et plans comprennent le dossier d'investissement mené par le pays qui est en cours d'élaboration, les réformes clés dans le secteur de la santé et la répartition géographique des financements. Haïti avait initialement prévu d'achever sa cartographie des ressources d'ici à mai 2020. Cependant, l'épidémie de COVID-19 a interrompu l'exercice de cartographie des ressources en janvier 2020.



PRINCIPAUX INDICATEURS D'IMPACT DE LA SRMNEA-N

Indicateur	Précédents		Récents	
	Année	Valeur	Année	Valeur
Taux de mortalité maternelle (pour 100 000 naissances vivantes)	-	-	529	2016
Taux de mortalité des moins de 5 ans (pour 1000 naissances vivantes)	88	2012	81	2016
Taux de mortalité néonatale (pour 1000 naissances vivantes)	31	2012	32	2016
Taux de natalité parmi les adolescentes - 15-19 ans (pour 1 000 femmes)	66	2012	55	2016
Naissances < 24 mois après l'accouchement précédent	19.4	2012	17.8	2016
Retard de croissance parmi les enfants de moins de 5 ans (%)	21.9	2012	21.9	2016
Émaciation modérée à sévère parmi les enfants de moins de 5 ans (%)	5.1	2012	3.6	2016

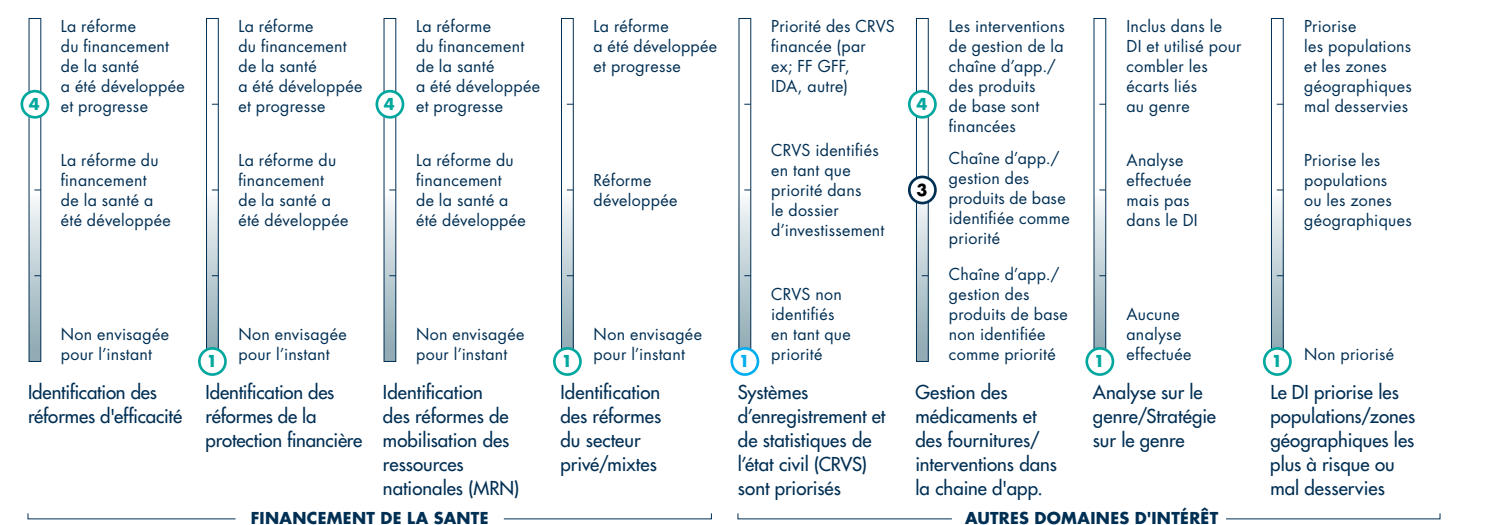
FINANCEMENT DE LA SANTÉ

Principaux indicateurs	2015	2016	2017
Dépenses publiques générales de santé (DGGHE), par habitant (US\$)	7.4	7.2	7.4
Dépenses publiques générales de santé (DGGHE) en tant que part des dépenses publiques générales (%)	4.4	5	5.2
Paiements directs de santé, par habitant (US\$)	22.7	23.1	25.1

Indicateurs spécifiques aux pays	2016	2017	2018	2019
Part du budget public consacré à la santé (%)	4.4	3.9	3.9	10.9
Exécution budgétaire (%)*	76	-	-	-
Part des dépenses de santé allant aux prestataires de première ligne (**)	-	-	-	-

*Les données sur l'exécution du budget n'ont pas été officiellement publiées par le ministère des Finances pour les années 2017-2019.

**Il s'agit d'un nouvel indicateur qui est encore en cours de définition au niveau national.



○ Note du rapport annuel 2019/2020 ○ Note du rapport annuel 2018/2019 ○ Aucun changement entre la note de l'année dernière et celle de cette année

* Tous deux inclus dans le document du DI ou dans un document séparé

LE RÔLE CATALYSEUR DU GFF

1 Fournir des incitations financières aux comtés pour qu'ils augmentent les allocations budgétaires pour la santé et pour améliorer la couverture des interventions de SRMNEA. Les comtés reçoivent leurs allocations annuelles s'ils consacrent au moins 20 pour cent de leur budget global à la santé, augmentent leur allocation chaque année si elle est inférieure à 30 pour cent et améliorent les résultats d'un ensemble d'indicateurs clés de SRMNEA (services de consultations prénatales, assistance qualifiée à l'accouchement, vaccination des enfants et utilisation de contraceptifs modernes). Basé sur les conditions de gestion des finances publiques fixées, les comtés sont également incités à transférer leurs allocations en temps opportun et à mettre pleinement en œuvre les priorités de SRMNEA.

2 Réduire la fragmentation et améliorer l'efficacité des dépenses au niveau des comtés. Grâce au Fonds fiduciaire à bailleurs multiples d'assistance technique dans le cadre du processus budgétaire et de planification, un plus grand nombre de comtés s'efforcent d'inclure le financement d'autres partenaires de développement dans leurs plans de travail annuels, ce qui améliore la coordination et l'efficacité.

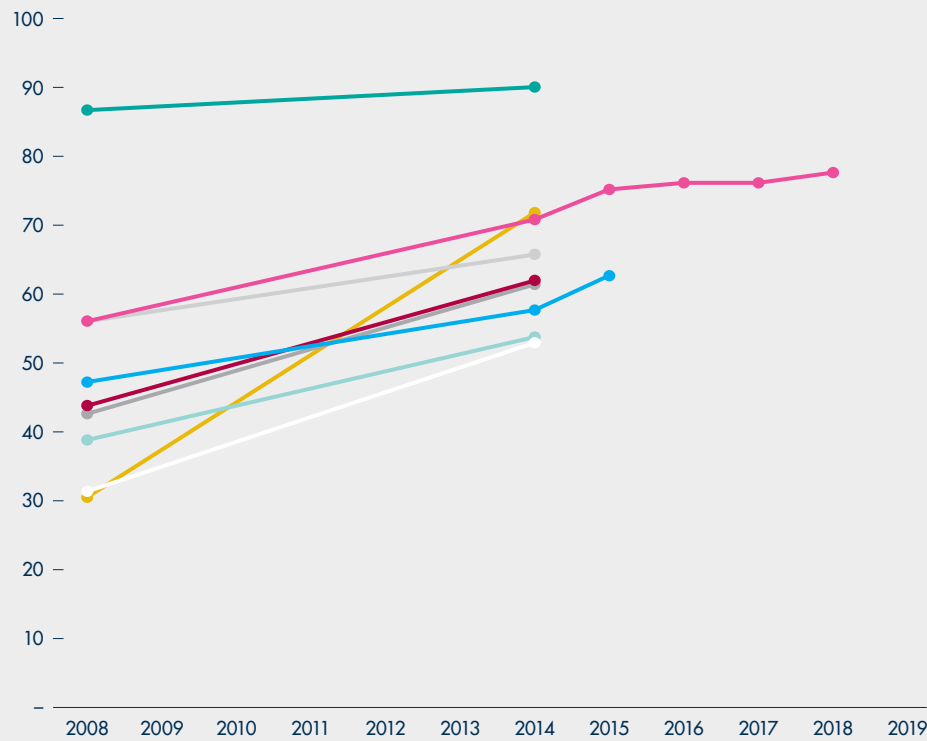
3 Appuyer les plateformes de dialogue et d'engagement stratégique du secteur privé. Le GFF appuie de multiples activités d'engagement du secteur privé au Kenya, notamment (i) l'analyse pour la cartographie des modèles d'engagement des partenariats public-privé au niveau mondial, régional et national qui sont innovants et appropriés pour la prestation de soins de santé primaires dans le contexte du Kenya ; et (ii) la revue des cadres politiques et réglementaires existants pour les partenariats public-privé, ainsi que les outils et les lignes directrices nécessaires pour les différents modes de passation de contrats au niveau des soins primaires pour la SRMNEA.

4 Mettre à l'échelle l'enregistrement des naissances par le biais des services de santé maternelle et infantile et encourager l'enregistrement des naissances. Le GFF appuie également le renforcement des capacités des responsables de l'enregistrement en matière de suivi et de supervision, et des responsables de la santé en matière de certification et de codage des causes de décès. Il apportera également un appui au pilotage d'une unité mobile d'enregistrement des faits d'état civil pour les zones difficiles à atteindre.

5 Renforcer la Couverture de santé universelle (CSU). Comme le gouvernement a mis l'accent sur l'appui à la CSU, le GFF fournira un soutien aux services de conseil et d'analyse pour informer et appuyer la conception et la mise en œuvre des réformes de CSU.

INDICATEURS DE COUVERTURE DE SRMNEA-N

Les indicateurs de planification familiale sont présentés à partir de la base de données PMA2020 et d'enquêtes démographiques récentes. Tous les autres indicateurs de couverture de la SRMNEA-N sont présentés à partir des enquêtes démographiques les plus récentes disponibles.



Depuis 1989, le Kenya mène régulièrement des enquêtes démographiques et sanitaires (EDS), à partir desquelles sont dérivées les données des indicateurs d'impact et de couverture de base de SRMNEA-N. Toutefois, la prochaine EDS, initialement prévue pour 2019-2020, a été reportée à 2021 en raison de la COVID-19, ce qui limite la disponibilité de données comparables pour 2019.

CARTOGRAPHIE DES RESSOURCES

La cartographie des ressources informe et appuie la mise en œuvre du cadre d'investissement pour la SRMNEA. Les besoins financiers pour les investissements de SRMNEA dans les 20 comtés prioritaires ont été estimés à 989 millions de dollars pour la période 2017-2018 à 2019-2020 (source : cadre d'investissement de SRMNEA). Bien que des informations détaillées ne soient pas disponibles actuellement, le ministère de la Santé du Kenya estime que le gouvernement contribue à 40 pour cent de toutes les dépenses de santé, les ménages (par le biais de paiements directs) à 31 pour cent, les bailleurs de fonds à 23 pour cent et d'autres sources privées à 6 pour cent (source : NHA) ; représentant une tendance progressive vers une augmentation de la part du gouvernement dans le financement et une diminution de la part des partenaires externes. Les partenaires externes qui contribuent à la santé comprennent la Fondation Bill & Melinda Gates, la Clinton Health Access Initiative, le Fonds mondial, Gavi, les gouvernements du Danemark, du Japon (JICA), du Royaume-Uni (DFID) et des États-Unis (PEPFAR, USAID, CDC), les partenaires du H6 des Nations unies et la Banque mondiale.



PRINCIPAUX INDICATEURS D'IMPACT DE LA SRMNEA-N

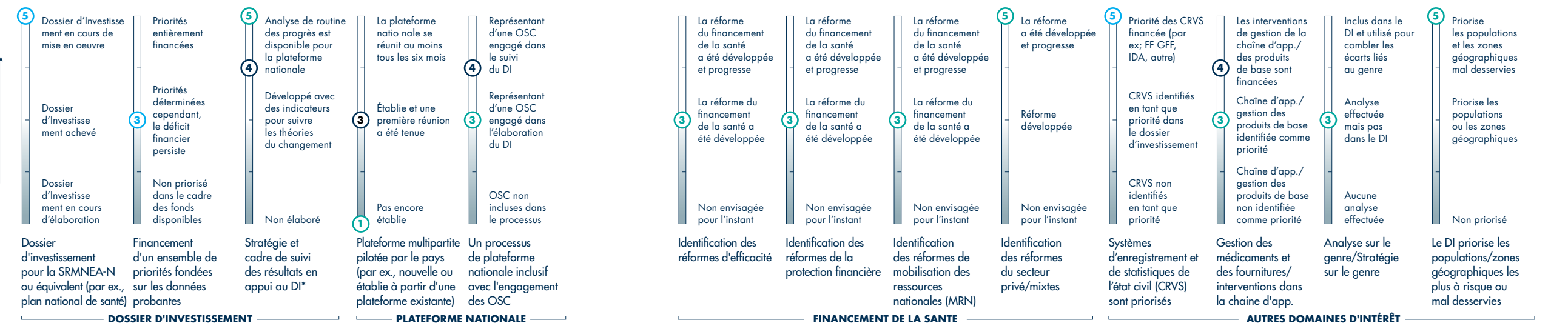
	Précédents		Récents	
	Année	Valeur	Année	Valeur
Taux de mortalité maternelle (pour 100 000 naissances vivantes)	2008	488	2014	362
Taux de mortalité des moins de 5 ans (pour 1000 naissances vivantes)	2008	74	2014	52
Taux de mortalité néonatale (pour 1000 naissances vivantes)	2008	31	2014	22
Taux de natalité parmi les adolescentes - 15-19 ans (pour 1 000 femmes)	2008	103	2014	96.3
Naissances < 24 mois après l'accouchement précédent	2008	22.6	2014	17.9
Retard de croissance parmi les enfants de moins de 5 ans (%)	2008	35.3	2014	26.2
Émaciation modérée à sévère parmi les enfants de moins de 5 ans (%)	2008	6.7	2014	4

FINANCEMENT DE LA SANTÉ

Principaux indicateurs	2015	2016	2017
Dépenses publiques générales de santé (DGGHE), par habitant (US\$)	31.9	33.5	32.7
Dépenses publiques générales de santé (DGGHE) en tant que part des dépenses publiques générales (%)	7.8	8	8
Paiements directs de santé, par habitant (US\$)	21.2	19.6	18.4

Indicateurs spécifiques aux pays	2016	2017	2018	2019
Part du budget public consacré à la santé (%)	6.5	6.8	7.4	-
Exécution budgétaire (%)	72	77	78	-
Part des dépenses de santé allant aux prestataires de première ligne (%)	34	34	37	-
Proportion de comtés alignant les processus de planification et de budgétisation (%)	-	13	75	-
Proportion de comtés allouant au moins 30 pour cent du budget à la santé (%)	26	39	40	-

LE SUIVI DU PROCESSUS PILOTÉ PAR LE PAYS



○ Note du rapport annuel 2019/2020 ○ Note du rapport annuel 2018/2019 ○ Aucun changement entre la note de l'année dernière et celle de cette année

* Tous deux inclus dans le document du DI ou dans un document séparé

LE RÔLE CATALYSEUR DU GFF

1 Appuyer l'amélioration des données et des analyses pour la prise de décision.

Le GFF appuie l'amélioration du système de surveillance et de déclaration des décès maternels et néonataux et des systèmes des CRVS, ainsi que l'élaboration d'un tableau de bord de FBP lié à une fiche de résultats de SRMNEA pour améliorer l'accessibilité et la clarté des données. Le GFF a également appuyé l'élaboration d'une plateforme de cartographie des ressources numériques afin d'améliorer la disponibilité et le partage des informations.

2 Améliorer la qualité de la prestation des services, ainsi que la fonctionnalité et l'efficacité des formations sanitaires/comtés, grâce au programme de FBP au niveau primaire et hospitalier.

Le GFF appuie la conception, le déploiement et la mise en œuvre du FBP pour la prestation de services de soins de santé primaires. En outre, le GFF appuie l'analyse et la gestion des capacités des équipes sanitaires des comtés afin d'améliorer l'achat de produits pharmaceutiques dans les formations sanitaires et les comtés auprès des pharmacies certifiées pour combler les lacunes en matière de médicaments essentiels.

3 Appuyer le développement des services de santé pour les adolescents.

À Grand Bassa, le GFF appuie un programme pilote de services de santé sexuelle et reproductive pour les adolescents et aide à établir des liens avec d'autres secteurs pour améliorer les services de santé pour les adolescents. Le GFF a financé une évaluation visant à identifier les principaux obstacles à l'utilisation des services pour les adolescents dans un comté prioritaire.

4 Mettre en place des systèmes de santé résilients pour la préparation et la réponse aux situations d'urgence.

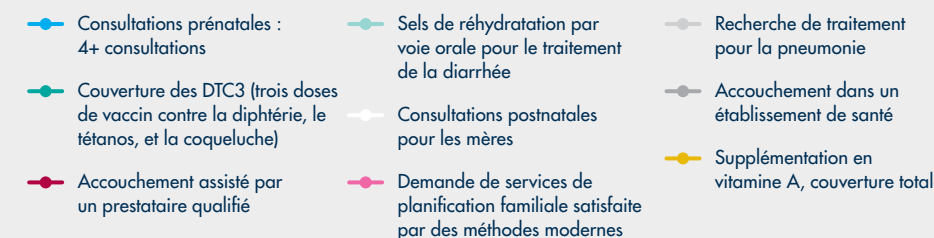
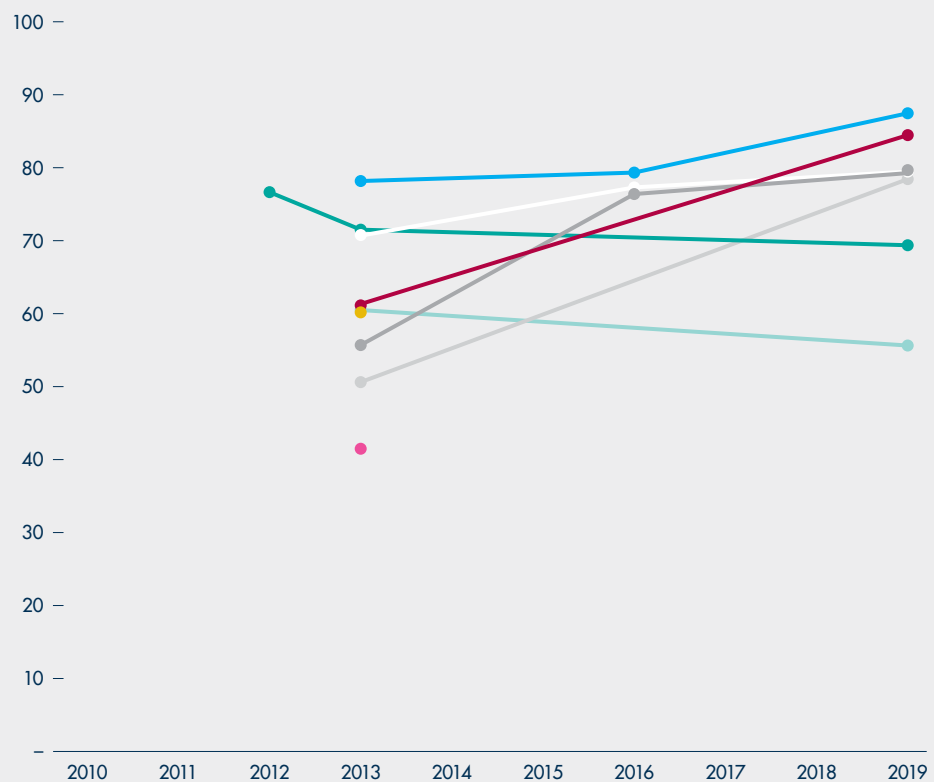
Le GFF appuie les activités de renforcement de la réponse aux situations d'urgence, notamment la construction de triages pour faciliter la détection précoce des cas ainsi que le déploiement du programme national d'assistance sanitaire communautaire du Libéria et sa mise en œuvre dans sept comtés.

5 Contribuer à la feuille de route vers la CSU.

Le GFF fournit une assistance technique pour l'élaboration de la feuille de route du fonds d'équité en matière de santé libérien pour assurer la CSU. Le GFF appuie une étude de faisabilité sur les impôts affectés à des fins particulières afin d'en savoir plus sur les possibilités d'améliorer la mobilisation des ressources nationales.

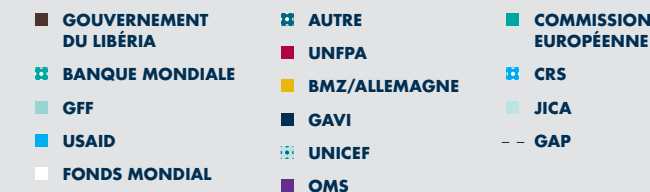
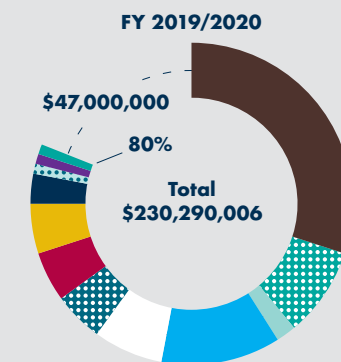
INDICATEURS DE COUVERTURE DE SRMNEA-N

Les données sur la vaccination sont présentées à partir du processus de rapport conjoint OMS/UNICEF et d'enquêtes démographiques récentes. Tous les autres indicateurs de couverture de SRMNEA-N sont présentés à partir des enquêtes démographiques les plus récentes disponibles.



CARTOGRAPHIE DES RESSOURCES

La cartographie des ressources présentée ici couvre l'exercice 2019/2020 pour l'ensemble du secteur de la santé. Le gouvernement et les bailleurs contribuent collectivement à hauteur de 183 millions de dollars, dont 77 % sont conformes au budget. Les ressources nationales du gouvernement représentent environ 37 % des ressources totales disponibles. Au sein du secteur, les ressources prévues pour le DI pour la SRMNEA sont de 70 millions de dollars, le gouvernement et les partenaires de développement contribuant respectivement à hauteur de 15 millions et 55 millions de dollars. Le Libéria s'est engagé à réduire le déficit de financement du DI, à la fois par la mobilisation des ressources et par une meilleure utilisation des financements existants. À ce titre, une analyse des dépenses est en cours, qui se concentre sur la manière d'améliorer l'efficacité des dépenses et des achats stratégiques.



PRINCIPAUX INDICATEURS D'IMPACT DE LA SRMNEA-N

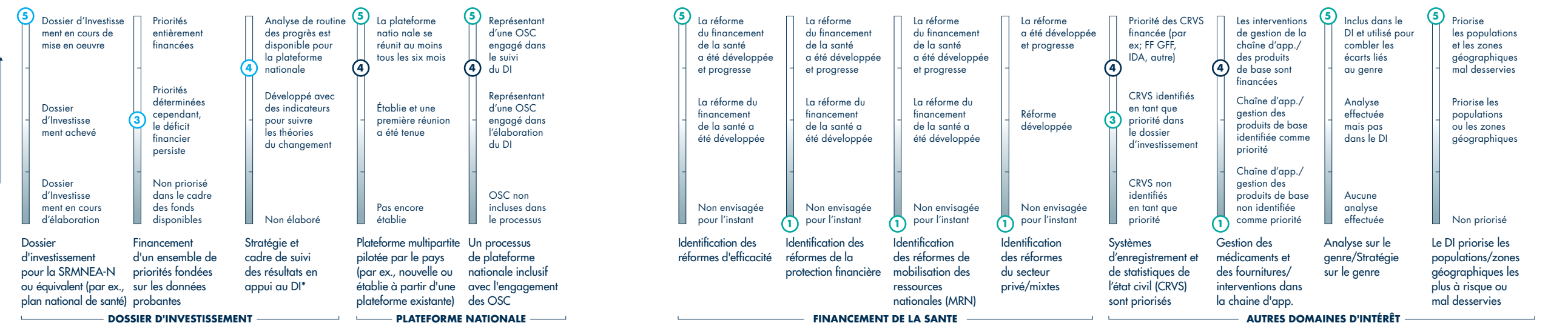
	Précédents	Récents
Taux de mortalité maternelle (pour 100 000 naissances vivantes)	1,072	2013 - 2019
Taux de mortalité des moins de 5 ans (pour 1000 naissances vivantes)	94	2013 - 2019
Taux de mortalité néonatale (pour 1000 naissances vivantes)	26	2013 - 2019
Taux de natalité parmi les adolescentes - 15-19 ans (pour 1 000 femmes)	149	2013 - 2019
Naissances < 24 mois après l'accouchement précédent	15.5	2013 - 2019
Retard de croissance parmi les enfants de moins de 5 ans (%)	31.6	2013 - 2019
Émaciation modérée à sévère parmi les enfants de moins de 5 ans (%)	5.6	2013 - 2019

FINANCEMENT DE LA SANTÉ

Principaux indicateurs	2015	2016	2017
Dépenses publiques générales de santé (DGGHE), par habitant (US\$)	6.5	8.1	9.7
Dépenses publiques générales de santé (DGGHE) en tant que part des dépenses publiques générales (%)	3.3	3.9	4.2
Paiements directs de santé, par habitant (US\$)	26.8	26.7	25.8

Indicateurs spécifiques aux pays	2016	2017	2018	2019
Part du budget public consacré à la santé (%)	11.7	10.5	13.2	14.1
Exécution budgétaire (%)	88.2	69.5	80.9	75
Part des dépenses de santé allant aux prestataires de première ligne (%)	43	43	32	-

LE SUIVI DU PROCESSUS PILOTÉ PAR LE PAYS



○ Note du rapport annuel 2019/2020 ○ Note du rapport annuel 2018/2019 ○ Aucun changement entre la note de l'année dernière et celle de cette année

LE RÔLE CATALYSEUR DU GFF

1 Appuyer la coordination des partenaires autour d'un plan national dirigé par le gouvernement.

Grâce à l'engagement du GFF, une stratégie nationale qui a pour objectif d'améliorer les résultats de SRMNEA-N est en cours de préparation. Dans le cadre de cet effort, un exercice de cartographie des ressources a été mis en oeuvre dès le début et un nouvel exercice a commencé.

2 Augmenter l'allocation des ressources aux prestataires de première ligne en augmentant la décentralisation du budget de la santé.

La Banque mondiale/GFF a appuyé un changement de politique visant à décentraliser le flux de fonds qui financent les soins de santé primaires. Ces fonds sont désormais plus proches des prestataires de première ligne qui auront également un pouvoir de décision sur l'utilisation de ces ressources.

3 Accroître la demande de services à fort impact pour les populations vulnérables et appuyer un meilleur accès aux mécanismes de protection financière pour ces populations.

Actuellement, le GFF, en collaboration avec tous les partenaires, appuie le gouvernement dans l'élaboration d'une stratégie de financement de la santé qui déterminerait différentes voies pour accroître la demande pour les services essentiels tout en améliorant l'accès et la protection financière.

4 Contribuer au renforcement des systèmes de santé, afin d'assurer la prestation d'un ensemble de services de santé de SRMNEA-N à fort impact.

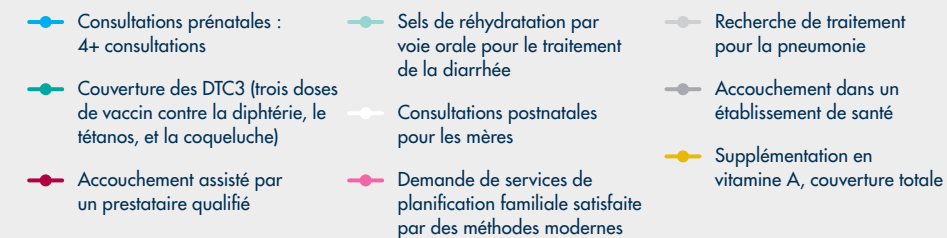
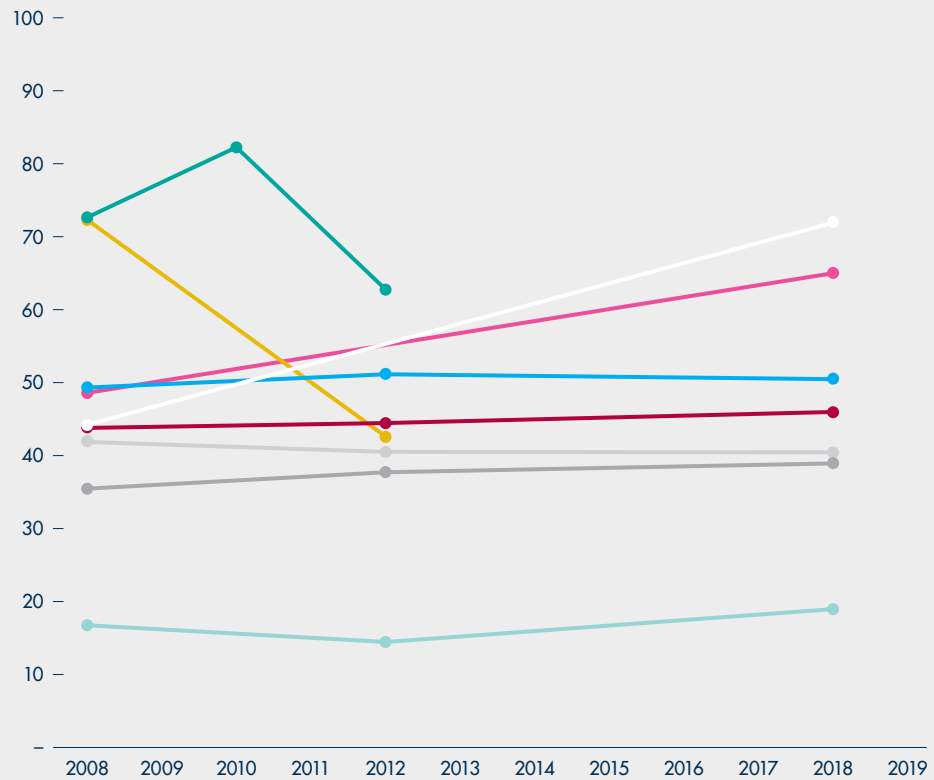
C'est l'un des domaines mis en évidence dans le dossier d'investissement du pays. Les détails concernant l'appui du GFF sont toujours en cours de discussion.

5 Appuyer la mise en oeuvre du plan stratégique national des CRVS, dans le cadre du soutien au renforcement des systèmes d'information et à l'amélioration de la redevabilité à l'égard des résultats.

À travers un soutien financier, le GFF appuie la mise en oeuvre de ce plan stratégique national des CRVS.

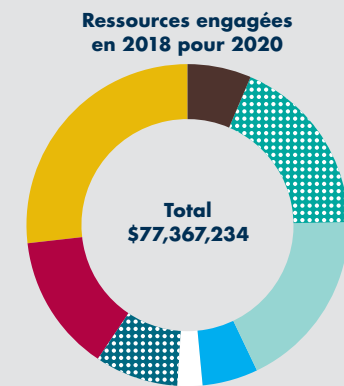
INDICATEURS DE COUVERTURE DE SRMNEA-N

Les données sur la vaccination sont présentées à partir du processus de rapport conjoint OMS/UNICEF et d'enquêtes démographiques. Tous les autres indicateurs de couverture de SRMNEA-N sont présentés à partir des enquêtes démographiques les plus récentes disponibles.



CARTOGRAPHIE DES RESSOURCES

Le dossier d'investissement de Madagascar, qui est presque finalisé, est aligné sur la préparation en cours de la Stratégie de financement de la santé du pays et sur la nouvelle Stratégie de développement du secteur de la santé (PDSS) 2020-2024. Le Dossier d'investissement définira les régions et les interventions prioritaires nécessitant un financement spécifique. Un premier cycle de cartographie des ressources a été mis en oeuvre en 2018, ce qui a permis d'obtenir un total de 517 millions de dollars pour la santé entre 2016 et 2020 (voir les estimations pour 2020 dans le graphique). Cette année, l'exercice de cartographie des ressources a été relancé afin d'actualiser les travaux précédents, d'évaluer les déficits de financement et de collecter des données granulaires infranationales. La mise en oeuvre a été retardée en raison de l'épidémie de covid-19 ; les résultats sont attendus d'ici la fin de l'année. Une cartographie des ressources secondaires, du plan national de réponse à la covid-19, est actuellement en cours. Afin de favoriser l'appropriation et l'adhésion à la cartographie des ressources, le Ministère de la Santé dirige le processus de cartographie des ressources et suivi des dépenses (RMET), et la collecte des données sera dirigée par une organisation de la société civile (OSC). Les résultats seront utilisés pour évaluer l'alignement du financement sur les huit priorités stratégiques et pour analyser l'allocation infranationale des ressources.



PRINCIPAUX INDICATEURS D'IMPACT DE LA SRMNEA-N

Indicateur	Précédents		Récents	
	Valeur	Année	Valeur	Année
Taux de mortalité maternelle (pour 100 000 naissances vivantes)	498	2008	-	-
Taux de mortalité des moins de 5 ans (pour 1000 naissances vivantes)	72	2008	59	2018
Taux de mortalité néonatale (pour 1000 naissances vivantes)	24	2008	21	2018
Taux de natalité parmi les adolescentes - 15-19 ans (pour 1 000 femmes)	148	2008	151	2018
Naissances < 24 mois après l'accouchement précédent	22.9	2008	-	-
Retard de croissance parmi les enfants de moins de 5 ans (%)	48.9	2012	41.6	2018
Émaciation modérée à sévère parmi les enfants de moins de 5 ans (%)	7.5	2012	6.4	2018

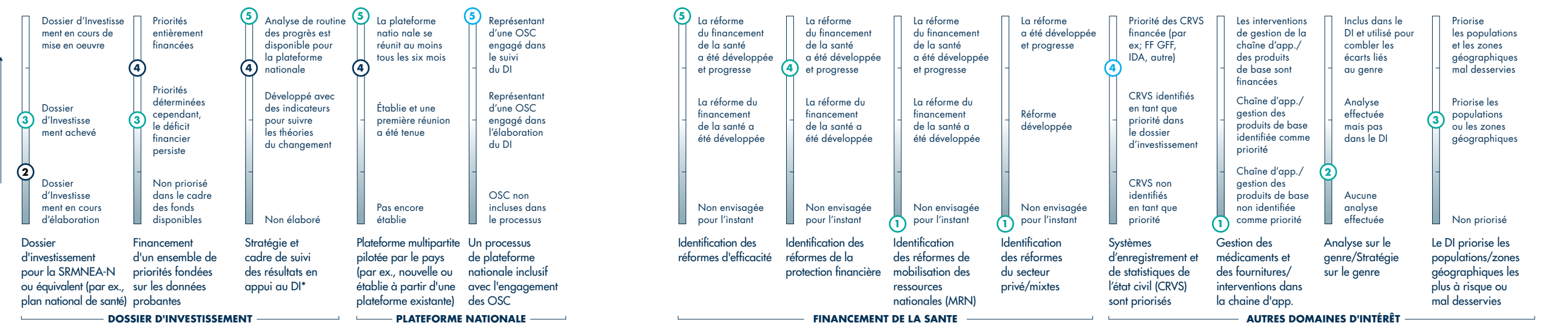
FINANCEMENT DE LA SANTÉ

Principaux indicateurs	2015	2016	2017
Dépenses publiques générales de santé (DGGHE), par habitant (US\$)	10.1	12.5	11.6
Dépenses publiques générales de santé (DGGHE) en tant que part des dépenses publiques générales (%)	15.3	17.5	15
Paiements directs de santé, par habitant (US\$)	6.1	6	6.1

Indicateurs spécifiques aux pays	2016	2017	2018	2019
Part du budget public consacré à la santé (%)	4.4	5	5.2	6
Exécution budgétaire (%)	83.7	92.3	95.9	-
Part des dépenses de santé allant aux prestataires de première ligne (%)*	-	-	-	-

* Il s'agit d'un nouvel indicateur qui est encore en cours de définition au niveau national.

LE SUIVI DU PROCESSUS PILOTÉ PAR LE PAYS



○ Note du rapport annuel 2019/2020 ○ Note du rapport annuel 2018/2019 ○ Aucun changement entre la note de l'année dernière et celle de cette année

* Tous deux inclus dans le document du DI ou dans un document séparé

LE RÔLE CATALYSEUR DU GFF

1 Renforcer le plan opérationnel émergent pour le Plan stratégique du secteur de la santé du gouvernement (HSSP-II)

en y incluant les priorités pertinentes de la SRMNEA-N identifiées dans le DI, élaboré en 2019 sous la direction du ministère de la Santé. Dans un processus interactif, les priorités ont été identifiées jusqu'au niveau infranational et ont inclus 118 millions de dollars d'investissements au niveau des systèmes, alignés sur les piliers de HSSP-II. La majeure partie des investissements requis concerne l'amélioration des infrastructures et des transports, le renforcement des ressources humaines et l'équipement médical. Grâce au plan opérationnel renforcé, le gouvernement est en meilleure position pour aligner les ressources des bailleurs de fonds et améliorer l'efficacité dans un secteur de la santé qui est encore largement financé par des ressources externes.

2 Augmenter la capacité de planification et d'exécution du budget au niveau infranational/district.

Le GFF appuie l'assistance technique au département de la planification et de l'élaboration des politiques, qui utilise ce soutien pour travailler avec les équipes sanitaires de district afin d'améliorer les contributions des districts au processus de planification budgétaire nationale ; appuyer le renforcement des capacités afin de rendre compte de toutes les ressources appliquées à la programmation sanitaire au niveau du district (y compris les ressources des bailleurs de fonds publics et privés) ; et améliorer l'efficacité de l'exécution du budget.

3 Prioriser la santé des adolescents en tant que contribution à la formation globale du capital humain.

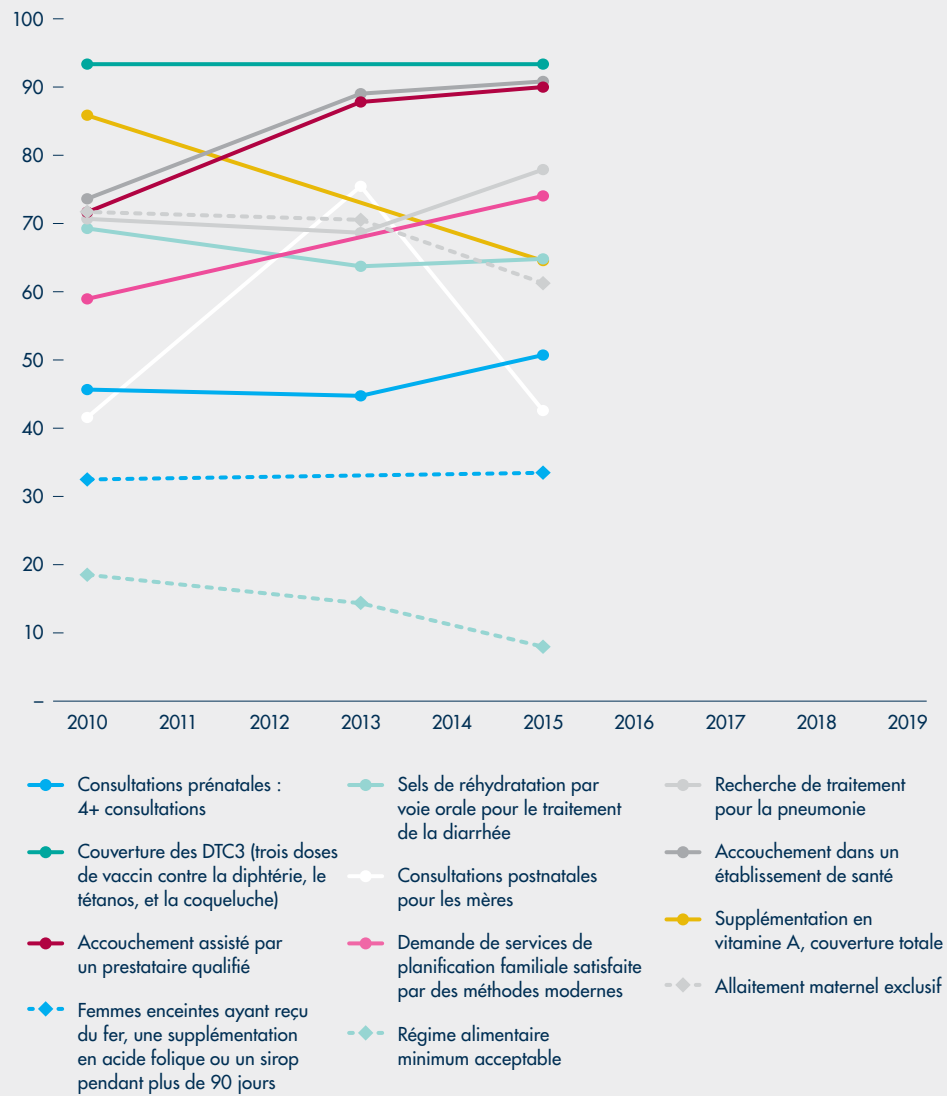
Des travaux appuyés par le GFF sont en cours et serviront de base aux nouvelles initiatives financées par les bailleurs de fonds qui seront préparées au cours de l'année prochaine. Il pourrait s'agir notamment de mettre l'accent sur les interventions communautaires visant à réduire les mariages précoces et la fécondité parmi les adolescentes qui y est associée, avec des implications importantes pour la santé maternelle et infantile ainsi que pour les résultats nutritionnels.

4 Appuyer l'amélioration de l'efficacité du financement de la santé, en s'appuyant sur un système déjà solide de cartographie des ressources et de suivi des dépenses.

Dans le cadre de l'analyse de l'efficacité proposée, le GFF appuie une analyse détaillée des dépenses publiques de santé qui portera également sur l'équité et l'incidence des avantages.

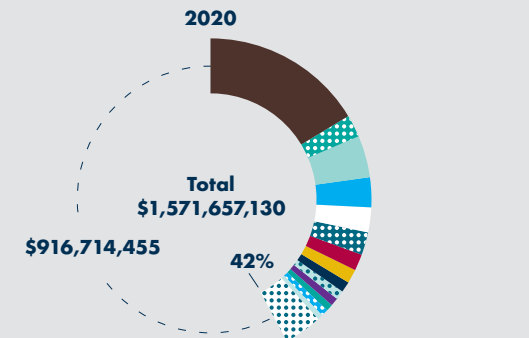
INDICATEURS DE COUVERTURE DE SRMNEA-N

Tous les indicateurs de couverture de SRMNEA-N sont présentés à partir des enquêtes démographiques les plus récentes disponibles.



CARTOGRAPHIE DES RESSOURCES

Le Malawi a procédé à une vaste cartographie des ressources et à un suivi des dépenses dans le secteur de la santé. Plus de 180 bailleurs de fonds et partenaires de mise en œuvre au Malawi contribuent au financement de la santé, le financement externe représentant 75 % du financement. En tant que telle, la coordination de l'aide est une priorité essentielle pour améliorer l'efficacité et l'efficacités des dépenses de santé. Le ministère de la Santé a consolidé et chiffré les priorités à partir des plans et stratégies annuels du gouvernement national et infranational, puis a analysé leur suffisance et leur urgence de financement par priorité et par district. Le plan opérationnel HSSP II qui en a résulté a été lancé en juillet 2020 et illustre les principaux déficits de financement et les possibilités d'améliorer l'efficacité de l'allocation et de l'aide. Le gouvernement du Malawi continuera à mettre à jour l'outil opérationnel sur une base annuelle, en mettant de plus en plus l'accent sur l'utilisation des données et le suivi de la mise en œuvre.



- GOVERNEMENT**
- BANQUE MONDIALE / FONDS FIDUCIAIRE GFF**
- USG- PEPFAR**
- FONDS COMMUN DE SANTÉ**
- USAID À L'EXCLUSION DE PEPFAR**
- FONDS MONDIAL**
- ALLEMAGNE - KFW**
- GAVI, L'ALLIANCE POUR LES VACCINS**
- ROYAUME-UNI (DFID)**
- UNION EUROPÉENNE**
- ÉTATS-UNIS - PMI**
- BMGF**
- UNICEF**
- ALLEMAGNE - GIZ**
- AUTRES***
- GAP**

* Environ 10 millions de dollars de financement COVID-19 provenant de partenaires multiples sont inclus dans la rubrique "Autres"

PRINCIPAUX INDICATEURS D'IMPACT DE LA SRMNEA-N

	Précédents	Récents
Taux de mortalité maternelle (pour 100 000 naissances vivantes)	675 (2010)	439 (2015)
Taux de mortalité des moins de 5 ans (pour 1000 naissances vivantes)	112 (2010)	63 (2015)
Taux de mortalité néonatale (pour 1000 naissances vivantes)	31 (2010)	27 (2015)
Taux de natalité parmi les adolescentes - 15-19 ans (pour 1 000 femmes)	152 (2010)	136 (2015)
Naissances < 24 mois après l'accouchement précédent	15 (2010)	11.5 (2015)
Retard de croissance parmi les enfants de moins de 5 ans (%)	47.3 (2010)	37 (2015)
Émaciation modérée à sévère parmi les enfants de moins de 5 ans (%)	4 (2010)	3 (2015)

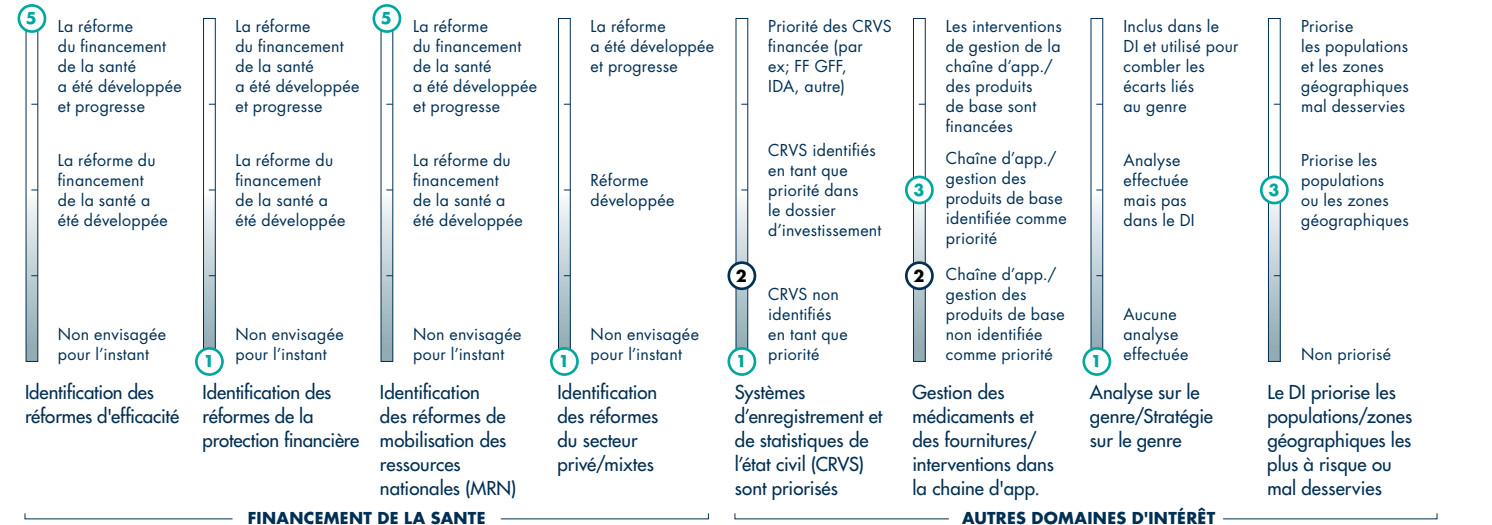
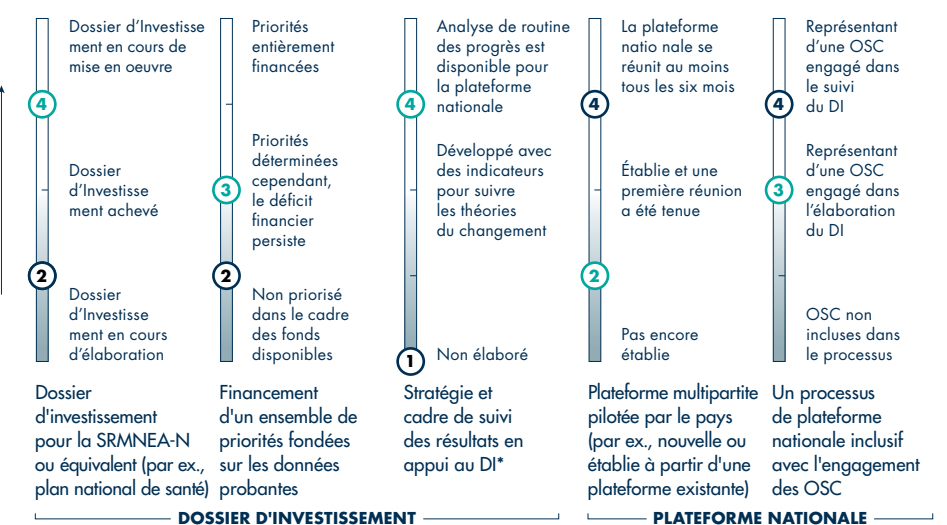
FINANCEMENT DE LA SANTÉ

Principaux indicateurs	2015	2016	2017
Dépenses publiques générales de santé (DGGHE), par habitant (US\$)	10	8.9	9.6
Dépenses publiques générales de santé (DGGHE) en tant que part des dépenses publiques générales (%)	11.9	10	9.5
Paiements directs de santé, par habitant (US\$)	5.1	5	5

Indicateurs spécifiques aux pays	2016	2017	2018	2019
Part du budget public consacré à la santé (%)	10.2	9.6	9.7	9.4
Exécution budgétaire (%)	103	94	98	-
Part des dépenses de santé allant aux prestataires de première ligne (%)*	-	-	-	-

* Il s'agit d'un nouvel indicateur qui est encore en cours de définition au niveau national.

LE SUIVI DU PROCESSUS PILOTÉ PAR LE PAYS



○ Note du rapport annuel 2019/2020 ○ Note du rapport annuel 2018/2019 ○ Aucun changement entre la note de l'année dernière et celle de cette année

* Tous deux inclus dans le document du DI ou dans un document séparé

LE RÔLE CATALYSEUR DU GFF

1 Appuyer la mise en œuvre des réformes du plan national du secteur de la santé, qui comprennent la gratuité des soins pour les femmes enceintes et les enfants de moins de cinq ans et l'expansion nationale du programme des agents de santé communautaires. La Banque mondiale et le GFF collaborent avec le Ministère de la Santé et des Affaires Sociales pour aider à tester différents modèles afin d'étendre à l'échelle nationale un réseau d'agents de santé communautaires.

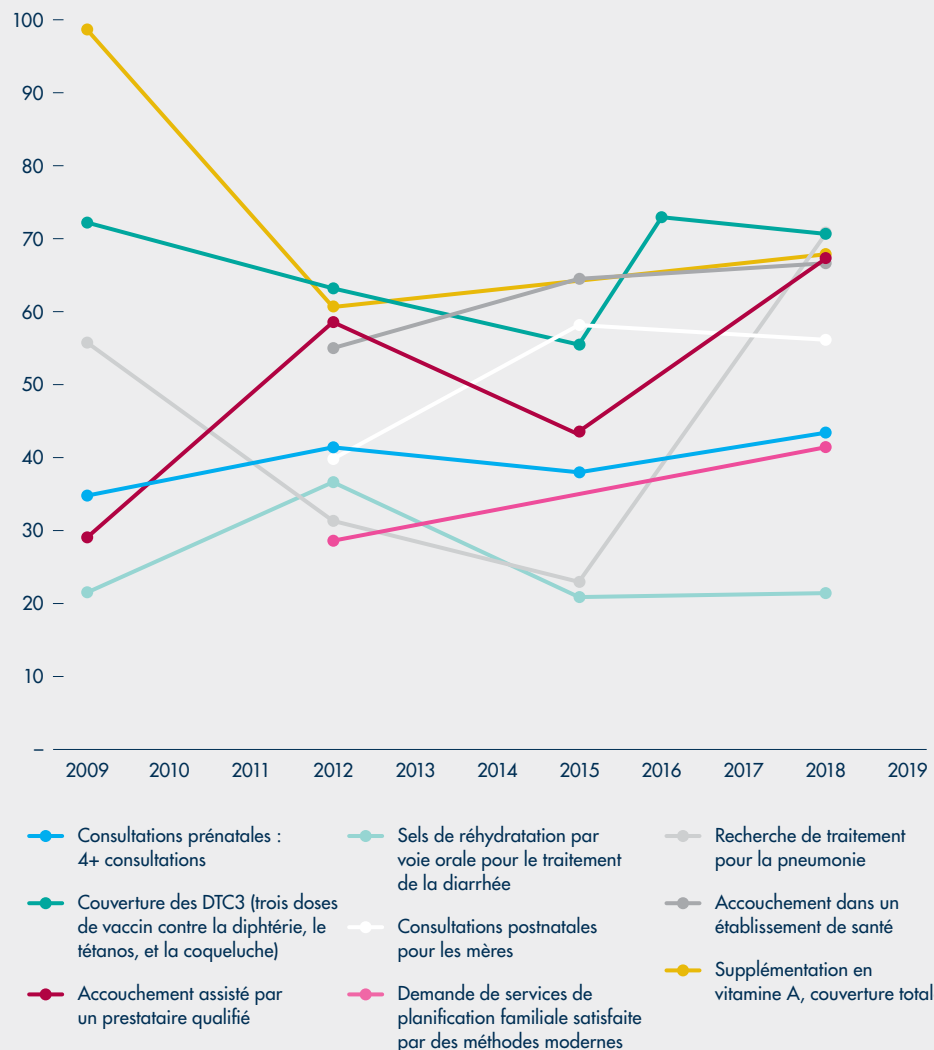
2 Étendre l'approche de financement basé sur la performance, afin d'améliorer le flux de fonds et l'accès à des services de santé de première ligne de bonne qualité. Le GFF appuie la finalisation du manuel de financement basé sur la performance, mène l'enquête de base de l'évaluation d'impact et participe à un groupe multipartenaires dirigé par le ministère qui travaille sur un plan de mise à l'échelle du modèle de santé communautaire.

3 Appuyer une analyse du paysage des services de santé pour les adolescents afin d'accroître l'accès des adolescents à des services de santé sexuelle et reproductive de qualité. Le Secrétariat du GFF fournira une assistance technique pour évaluer les possibilités inhérentes au portefeuille du développement humain de la Banque mondiale d'améliorer l'accès aux services pour les adolescents, ainsi que pour aider le Ministère de la Santé et des Affaires Sociales à tester, valider et intégrer un outil permettant de mesurer régulièrement la qualité des services de planification familiale.

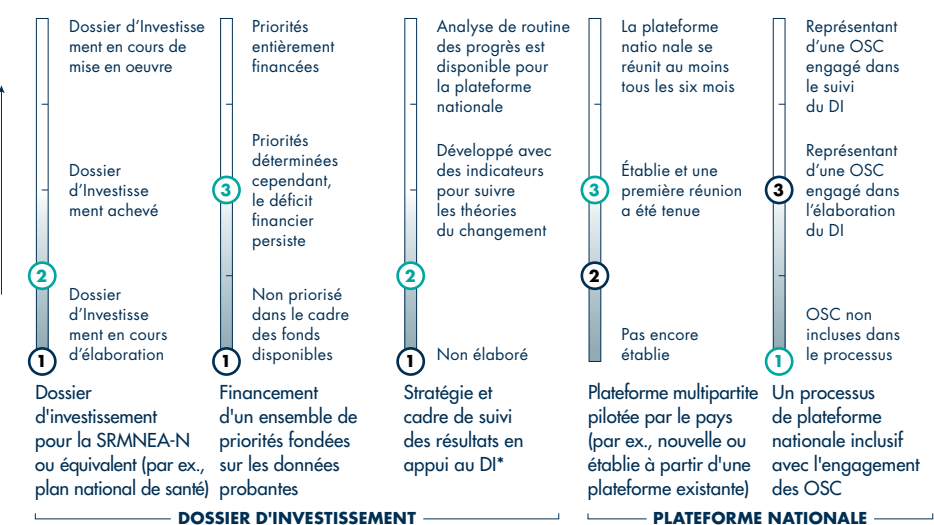
4 Renforcer le système des CRVS. Le GFF fournit une assistance technique au gouvernement du Mali pour évaluer l'utilisation la plus stratégique des financements du GFF à investir dans le renforcement du système des CRVS.

INDICATEURS DE COUVERTURE DE SRMNEA-N

Les données sur la vaccination sont présentées à partir du processus de rapport conjoint OMS/UNICEF et d'enquêtes démographiques. Tous les autres indicateurs de couverture de SRMNEA-N sont présentés à partir des enquêtes démographiques les plus récentes disponibles.



LE SUIVI DU PROCESSUS PILOTÉ PAR LE PAYS



CARTOGRAPHIE DES RESSOURCES

En 2020, le Mali a mené le premier cycle de cartographie des ressources de son Dossier d'Investissement 2019-2023, qui cible trois domaines prioritaires : la prestation de services de santé de qualité dans le continuum des soins, l'appui aux piliers du système de santé et la gouvernance. L'exercice a permis de suivre les dépenses réelles pour 2018 et 2019, et d'évaluer les engagements budgétaires au niveau infranational, pour les 74 districts. Comme le Mali a intégré le GFF à la mi-2018, il est dans les premières étapes de l'institutionnalisation de la cartographie des ressources, ayant d'abord élaboré son DI. La collecte de données pour l'exercice de cartographie des ressources et de suivi des dépenses a été achevée en 2020 ; les résultats préliminaires sont en cours de validation, les résultats finaux étant attendus pour l'exercice 2021. La cartographie des ressources sera utilisée pour évaluer l'alignement avec le Plan d'Action du Mali (actuellement en cours d'élaboration), d'évaluer l'allocation des ressources au niveau infranational et de plaider pour un financement supplémentaire afin de combler le déficit de financement.



PRINCIPAUX INDICATEURS D'IMPACT DE LA SRMNEA-N

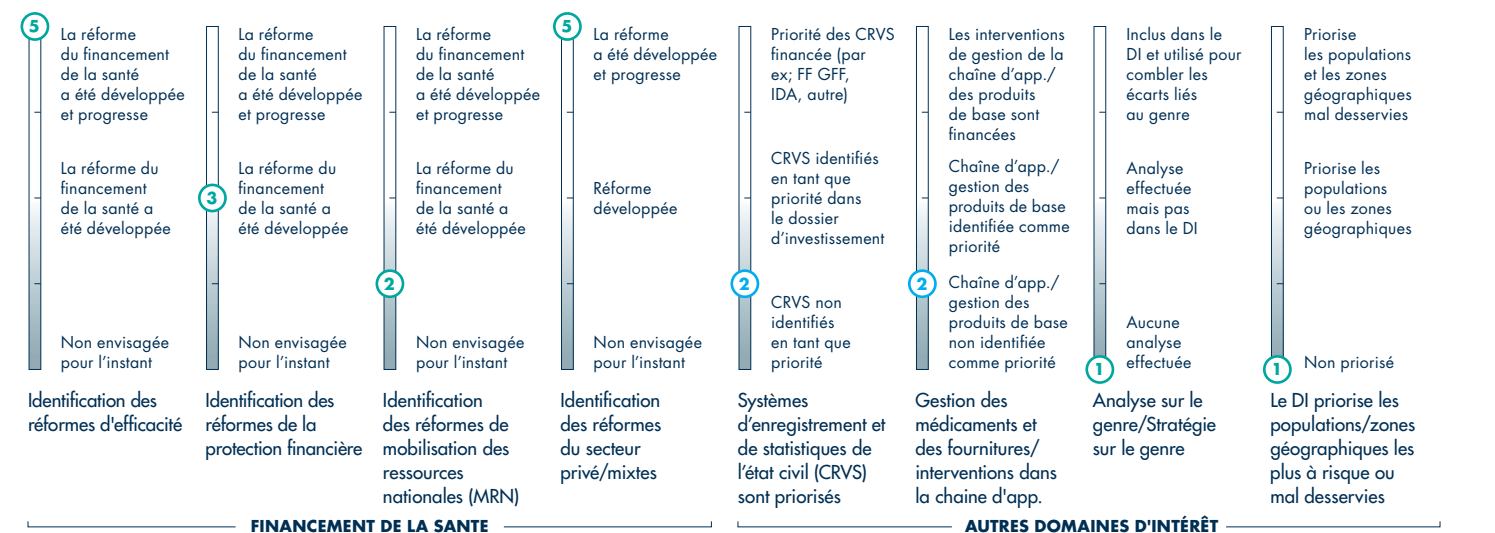
Indicateur	Précédents		Récents	
	Année	Valeur	Année	Valeur
Taux de mortalité maternelle (pour 100 000 naissances vivantes)	2012	368	2018	373
Taux de mortalité des moins de 5 ans (pour 1000 naissances vivantes)	2015	108	2018	101
Taux de mortalité néonatale (pour 1000 naissances vivantes)	2015	31	2018	33
Taux de natalité parmi les adolescentes - 15-19 ans (pour 1 000 femmes)	2015	151	2018	164
Naissances < 24 mois après l'accouchement précédent	2012	21.2	2018	22.8
Retard de croissance parmi les enfants de moins de 5 ans (%)	2015	30.4	2018	26.9
Émaciation modérée à sévère parmi les enfants de moins de 5 ans (%)	2015	13.5	2018	8.8

FINANCEMENT DE LA SANTÉ

Principaux indicateurs	2015	2016	2017
Dépenses publiques générales de santé (DGGHE), par habitant (US\$)	7.2	9.8	11
Dépenses publiques générales de santé (DGGHE) en tant que part des dépenses publiques générales (%)	4.4	5.4	5.8
Paiements directs de santé, par habitant (US\$)	11.1	10.9	11

Indicateurs spécifiques aux pays	2016	2017	2018	2019
Part du budget public consacré à la santé (%)	6.3	6.7	5.6	5.5
Exécution budgétaire (%)	68	79	65	-
Part des dépenses de santé allant aux prestataires de première ligne (%)*	-	-	-	-

* Il s'agit d'un nouvel indicateur qui est encore en cours de définition au niveau national.



LE RÔLE CATALYSEUR DU GFF

1. La Mauritanie a intégré le GFF en 2019 et est en train d'élaborer un dossier d'investissement priorisé et de mettre en place une plateforme à multiples parties prenantes pilotée par le pays.

2 Contribuer à l'amélioration de la santé des femmes, des enfants et des adolescents à travers l'élaboration et la prestation d'un ensemble de services essentiels de qualité, priorisé, en particulier dans les régions où les inégalités sont les plus marquées. Dans le cadre du processus du GFF, la Mauritanie élabore actuellement un Dossier d'Investissement priorisé aligné sur l'élaboration de la nouvelle Stratégie nationale de santé.

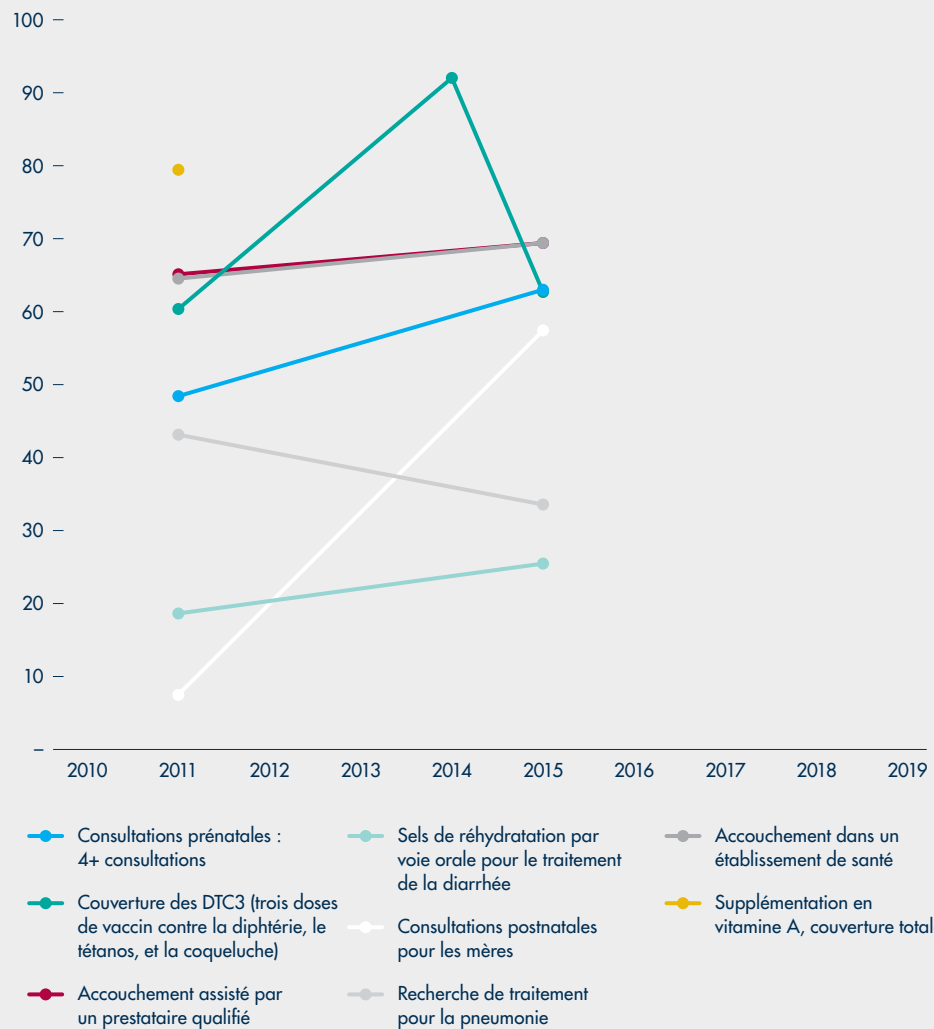
3 Accroître l'efficacité du financement national et externe de la santé à travers une cartographie des ressources et une meilleure coordination des partenaires. La cartographie des ressources sera lancée en septembre et sera combinée avec l'avancement de l'élaboration de la nouvelle stratégie de santé et du Dossier d'Investissement.

4 Renforcer l'accès équitable aux services à travers un appui aux Systèmes d'enregistrement et de statistiques de l'état civil (CRVS). Les détails concernant un appui éventuel du GFF sont toujours en cours de discussion.

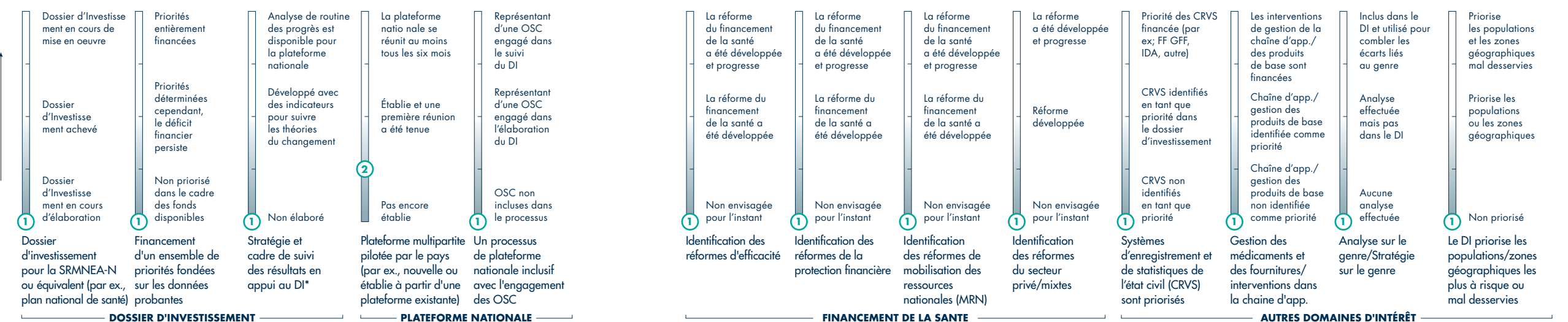
5 Renforcer les achats stratégiques pour accroître les résultats de SRMNEA-N pour les femmes, les enfants et les adolescents. Les détails concernant l'appui du GFF sont toujours en cours de discussion.

INDICATEURS DE COUVERTURE DE SRMNEA-N

Les données sur la vaccination sont présentées à partir du processus de rapport conjoint OMS/UNICEF et de récentes enquêtes démographiques. Tous les autres indicateurs de couverture de SRMNEA-N sont présentés à partir des enquêtes démographiques disponibles les plus récentes.



LE SUIVI DU PROCESSUS PILOTÉ PAR LE PAYS



CARTOGRAPHIE DES RESSOURCES

La Mauritanie a intégré le processus du GFF en 2019. La Mauritanie est en train de développer la nouvelle stratégie nationale de santé cette année et d'évaluer l'ancienne stratégie de santé qui se termine en 2020, ce qui ira de pair avec l'élaboration du DI qui devrait être prêt avant la fin de l'année. Pour permettre la concordance avec les piliers de la nouvelle stratégie, la cartographie des ressources a donc été bloquée jusqu'à l'élaboration de la stratégie. La situation de Covid-19 a frappé la Mauritanie plus tard que les pays voisins et a encore retardé ce processus. Par conséquent, la cartographie des ressources ne sera lancée qu'en septembre, lorsque la situation aura évolué et pourra être combinée à l'avancement de l'élaboration de la nouvelle stratégie de santé et du DI.



PRINCIPAUX INDICATEURS D'IMPACT DE LA SRMNEA-N

Indicateur	Précédents		Récents	
	Valeur	Année	Valeur	Année
Taux de mortalité maternelle (pour 100 000 naissances vivantes)	715	2011	582	2015
Taux de mortalité des moins de 5 ans (pour 1000 naissances vivantes)	118.5	2011	54	2015
Taux de mortalité néonatale (pour 1000 naissances vivantes)	34.3	2011	29	2015
Taux de natalité parmi les adolescentes - 15-19 ans (pour 1 000 femmes)	-	-	-	-
Naissances < 24 mois après l'accouchement précédent	-	-	-	-
Retard de croissance parmi les enfants de moins de 5 ans (%)	23	2012	22.8	2018
Émaciation modérée à sévère parmi les enfants de moins de 5 ans (%)	11.7	2012	11.5	2018

FINANCEMENT DE LA SANTÉ

Principaux indicateurs	2015	2016	2017
Dépenses publiques générales de santé (DGGHE), par habitant (US\$)	26.5	19.8	21.1
Dépenses publiques générales de santé (DGGHE) en tant que part des dépenses publiques générales (%)	7.3	5.9	6
Paiements directs de santé, par habitant (US\$)	29.1	29.6	30.4

Indicateurs spécifiques aux pays	2016	2017	2018	2019
Part du budget public consacré à la santé (%)	4.5	-	4.5	5.3
Exécution budgétaire (%)	98	99	97.4	102
Part des dépenses de santé allant aux prestataires de première ligne (%)*	-	-	-	-

* Il s'agit d'un nouvel indicateur qui est encore en cours de définition au niveau national.

LE RÔLE CATALYSEUR DU GFF

1 Appuyer l'engagement du gouvernement à maintenir la part des dépenses publiques de santé dans les dépenses totales stable, initialement à 7,9 pour cent et l'augmenter à 9,5 pour cent d'ici à 2021.

2 Appuyer le gouvernement dans le renforcement des soins primaires en augmentant le nombre de personnel technique de santé et d'agents de santé communautaires au niveau des soins primaires. Le GFF appuie la formation, la fourniture de kits et la rémunération des agents de santé communautaires. Il appuie également l'augmentation des dépenses dans les districts et les provinces mal desservis.

3 Réduire la fragmentation grâce à l'appui du Fonds fiduciaire à bailleurs multiples en faveur du dossier d'investissement.

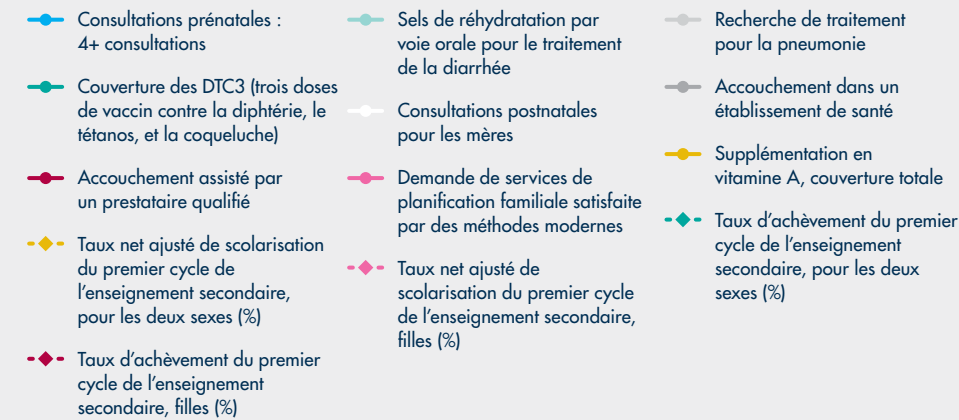
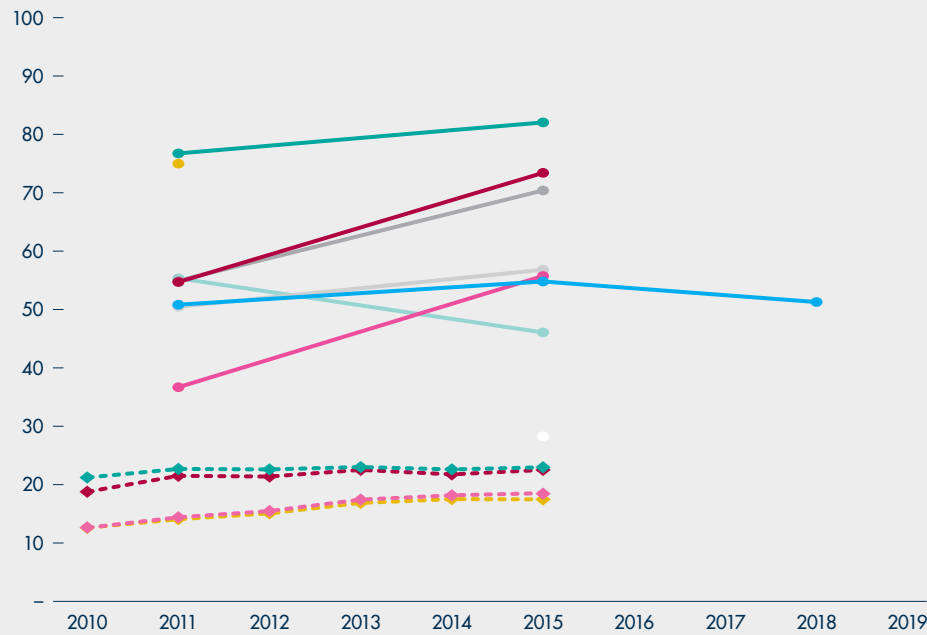
4 Encourager l'enregistrement des décès, la certification et le codage de la cause des décès dans les établissements de santé et encourager la publication de rapports statistiques.

5 Aider le gouvernement à mettre à l'échelle la sous-traitance de la distribution des médicaments du dernier kilomètre vers le secteur privé afin d'accroître la disponibilité des médicaments essentiels dans les établissements de soins primaires.

Le GFF appuie le partenariat efficace de la chaîne d'approvisionnement actuellement en cours et l'élaboration d'un sous dossier d'investissement pour la mise en œuvre de la stratégie pharmaceutique nationale.

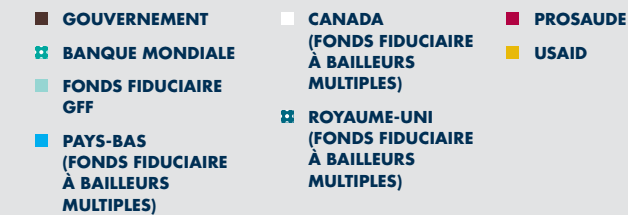
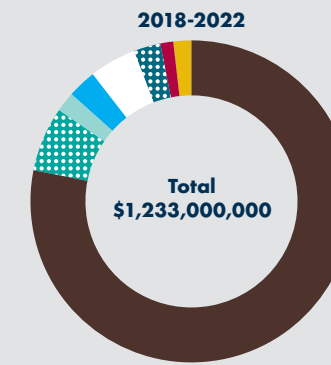
INDICATEURS DE COUVERTURE DE SRMNEA-N

Les indicateurs de l'éducation sont présentés à partir des Indicateurs du développement dans le monde (WDI). Tous les autres indicateurs de couverture de SRMNEA-N sont présentés à partir des enquêtes de population les plus récentes disponibles.



CARTOGRAPHIE DES RESSOURCES

Auparavant, le Mozambique s'est engagé à un Dossier d'Investissement entièrement financé avec des interventions prioritaires pour s'assurer qu'il n'existe pas de déficit de financement. Les contributions des partenaires de développement sont acheminées à travers les circuits gouvernementaux, et les fonds communs tels que le Programme de renforcement des soins de santé primaires et ProSauda constituent des mécanismes par lesquels les bailleurs de fonds externes peuvent financer le système de santé. À l'approche de la mi-parcours du Dossier d'Investissement, l'accent a été mis sur le suivi des dépenses afin d'évaluer s'il y a des changements dans les dépenses pour les aligner plus étroitement sur les priorités identifiées. Une revue des dépenses de santé pour 2014-2018 a révélé une tendance globalement positive dans la mobilisation des ressources nationales (une augmentation de 200 % entre 2009 et 2018), mais une diminution des taux d'exécution du budget (85 % des allocations budgétaires révisées ont été exécutées en 2018). Alors que les fonds nationaux étaient en grande partie consacrés aux frais de fonctionnement et de personnel, les fonds hors budget se sont concentrés sur des programmes spécifiques à certaines maladies, accordant une priorité croissante au paludisme et continuant à financer des programmes de lutte contre le VIH/sida. Les programmes de Nutrition, de Santé Maternelle, Infantile et Reproductive représentaient environ 13 % des dépenses de santé externes consacrées aux programmes verticaux.



PRINCIPAUX INDICATEURS D'IMPACT DE LA SRMNEA-N

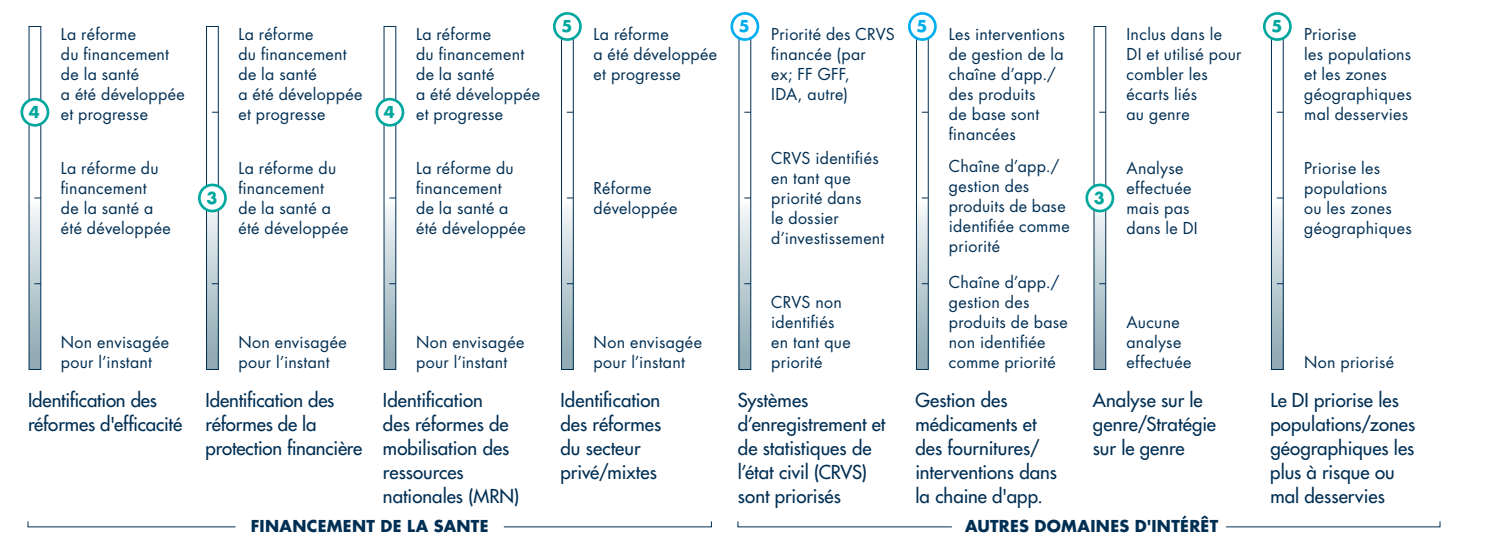
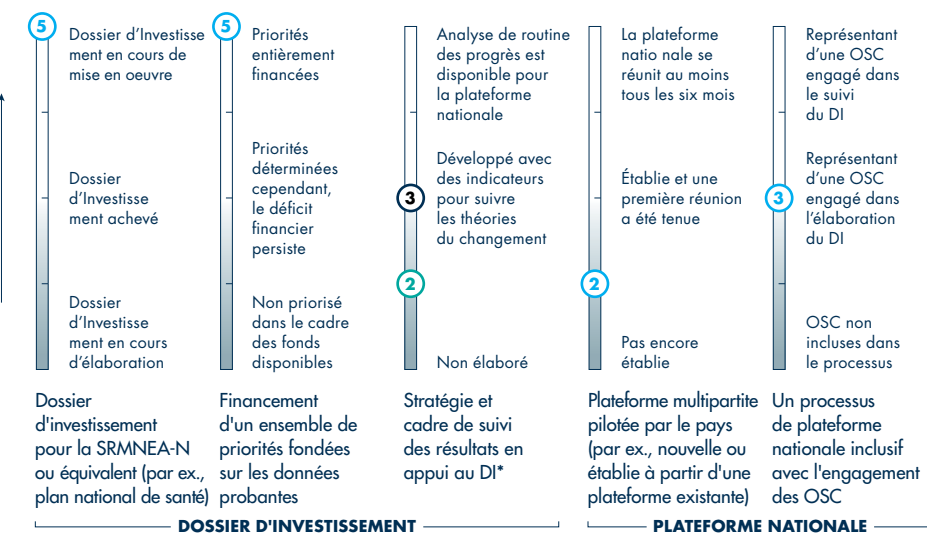
	Précédents	Récents
Taux de mortalité maternelle (pour 100 000 naissances vivantes)	408	2011 - -
Taux de mortalité des moins de 5 ans (pour 1000 naissances vivantes)	97	2011 - -
Taux de mortalité néonatale (pour 1000 naissances vivantes)	29.9	2011 - -
Taux de natalité parmi les adolescentes - 15-19 ans (pour 1 000 femmes)	167	2011 194 2015
Naissances < 24 mois après l'accouchement précédent	14.4	2011 18.8 2015
Retard de croissance parmi les enfants de moins de 5 ans (%)	42.6	2011 41.6 2019
Émaciation modérée à sévère parmi les enfants de moins de 5 ans (%)	6.7	2011 4.1 2019

FINANCEMENT DE LA SANTÉ

Principaux indicateurs	2015	2016	2017
Dépenses publiques générales de santé (DGGHE), par habitant (US\$)	6.9	6.4	6.3
Paievements directs de santé, par habitant (US\$)	1.6	1.6	1.6

Indicateurs spécifiques aux pays	2016	2017	2018	2019
Part du budget public consacré à la santé (%)	9.6	8.8	9.9	-
Exécution budgétaire (%)	72	80	85	-
Part des dépenses de santé allant aux prestataires de première ligne (%)	26	24	26	-
Dépenses publiques générales de santé (DGGHE) en tant que part des dépenses publiques générales (%)	8.4	7.9	8.9	7.9
Nombre de personnel technique de santé affecté aux soins primaires (en milliers)	-	12	13.8	15.3
Nombre d'agents de santé communautaire formés et actifs (en milliers)	-	-	3.4	5.6

LE SUIVI DU PROCESSUS PILOTÉ PAR LE PAYS



○ Note du rapport annuel 2019/2020 ○ Note du rapport annuel 2018/2019 ○ Aucun changement entre la note de l'année dernière et celle de cette année

LE RÔLE CATALYSEUR DU GFF

1 Appuyer l'augmentation des accouchements en milieu institutionnel, afin de réduire la mortalité maternelle et néonatale et de créer un point d'entrée pour une réforme plus large du système de santé. Le GFF appuie des initiatives visant à remédier aux goulets d'étranglement en matière de ressources humaines dans le domaine de la santé, notamment à l'assistance technique, l'analyse, l'apprentissage entre pairs et des approches innovantes en matière de formation et d'aide à l'emploi. Dans le cadre du projet cofinancé par la Banque mondiale, la subvention du GFF est liée à une composante de renforcement du système de santé qui utilise des indicateurs liés aux décaissements pour (i) mettre en oeuvre une liste de contrôle de la qualité des soins maternels et infantiles et (ii) étendre les ressources sanitaires au niveau communautaire qui fournissent une sensibilisation et des services intégrés. Le projet est fortement axé sur la paix et l'inclusion des personnes mal desservies dans les États du Myanmar touchés par le conflit, et le financement du GFF permet de cibler les inégalités existantes dans l'accès aux services essentiels pour les femmes et les enfants.

2 Renforcer l'engagement du secteur privé.

Le GFF fournit un financement et une assistance technique pour mener (i) une évaluation du secteur privé de la santé, (ii) une évaluation des capacités de l'unité du secteur privé du ministère de la Santé et (iii) des initiatives de dialogue public-privé pour réunir les principales parties prenantes afin d'identifier les priorités et les possibilités de collaboration.

3 Utilisation d'approches et de technologies innovantes pour améliorer l'accès aux services de SRMNEA.

Le GFF appuie des initiatives visant à explorer de nouvelles idées telles que l'utilisation des smartphones, la télémédecine et les partenariats public-privé. Le GFF appuie actuellement un élément du projet cofinancé par la Banque mondiale sur l'information et l'innovation basée sur les technologies de la communication. En outre, le GFF et la Banque mondiale travaillent ensemble pour mener une analyse des options sur les différentes manières d'améliorer la formation, la performance et la supervision des agents de santé en utilisant les technologies appropriées.

4 Renforcer la cartographie des ressources et le suivi des dépenses.

Le GFF fournit une assistance technique et un financement pour la planification et la mise en oeuvre des processus de cartographie des ressources et de suivi des dépenses, qui permettront d'éclairer l'allocation des ressources et la planification de la transition des bailleurs de fonds dans le secteur de la santé. Ce travail peut inclure des efforts pour renforcer l'institutionnalisation et l'harmonisation des différents exercices de suivi des ressources dans le secteur de la santé.

INDICATEURS DE COUVERTURE DE SRMNEA-N

Tous les indicateurs de couverture de SRMNEA-N sont présentés à partir des enquêtes démographiques les plus récentes disponibles.



CARTOGRAPHIE DES RESSOURCES

La cartographie des ressources du secteur de la santé est en cours de discussion avec le ministère de la Santé et des Sports. Le gouvernement et les partenaires de développement appuyant les services de santé dans un grand nombre des 330 communes, il est nécessaire de comprendre où les ressources gouvernementales et externes sont allouées et dépensées, toute corrélation avec l'utilisation des services de santé et les résultats, et s'il existe une possibilité d'améliorer le ciblage des investissements futurs. Dans certaines communes, des progrès timides ont été réalisés en vue de l'élaboration de Plans d'investissement inclusifs (liés au projet de financement supplémentaire de la Banque mondiale). Ces communes peuvent également bénéficier d'une cartographie des ressources et d'un suivi des dépenses pour comprendre comment les différentes sources de financement appuient leur mise en oeuvre, où se situent les déficits de financement prioritaires et si les budgets sont exécutés efficacement comme prévu.



PRINCIPAUX INDICATEURS D'IMPACT DE LA SRMNEA-N

	Précédents		Récents	
	Année	Valeur	Année	Valeur
Taux de mortalité maternelle (pour 100 000 naissances vivantes)	-	-	227	2015
Taux de mortalité des moins de 5 ans (pour 1000 naissances vivantes)	62	2012	47	2020
Taux de mortalité néonatale (pour 1000 naissances vivantes)	30	2011	22	2019
Taux de natalité parmi les adolescentes - 15-19 ans (pour 1 000 femmes)	-	-	36	2015
Naissances < 24 mois après l'accouchement précédent	-	-	13.2	2015
Retard de croissance parmi les enfants de moins de 5 ans (%)	35.1	2009	29.4	2015
Émaciation modérée à sévère parmi les enfants de moins de 5 ans (%)	7.9	2009	6.6	2015

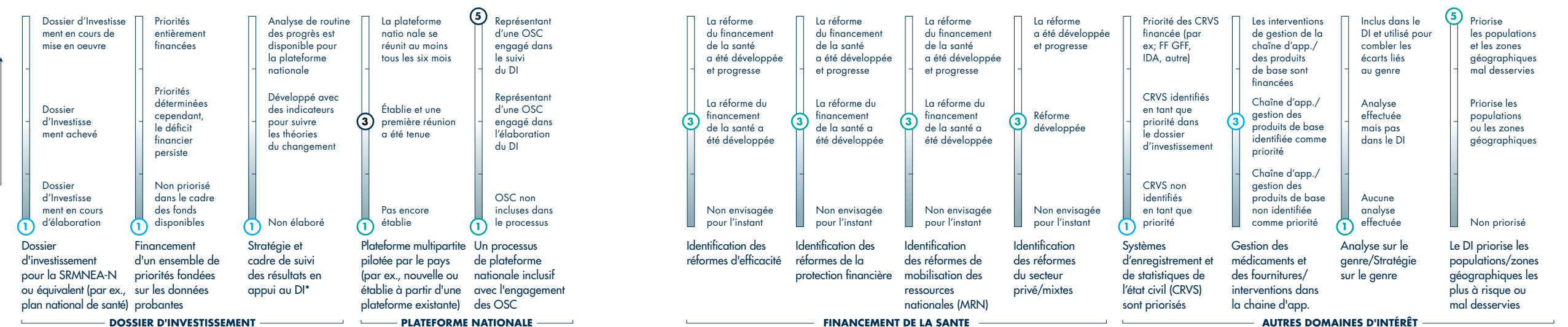
FINANCEMENT DE LA SANTÉ

Principaux indicateurs	2015	2016	2017
Dépenses publiques générales de santé (DGGHE), par habitant (US\$)	13.6	8.3	8.6
Dépenses publiques générales de santé (DGGHE) en tant que part des dépenses publiques générales (%)	4.8	3	3.4
Paiements directs de santé, par habitant (US\$)	43.7	44.6	43.8

Indicateurs spécifiques aux pays	2016	2017	2018	2019
Part du budget public consacré à la santé (%)	3	3.4	3.4	-
Exécution budgétaire (%)	110	94	76	-
Part des dépenses de santé allant aux prestataires de première ligne (%)*	-	-	-	-

* Il s'agit d'un nouvel indicateur qui est encore en cours de définition au niveau national.

LE SUIVI DU PROCESSUS PILOTÉ PAR LE PAYS



○ Note du rapport annuel 2019/2020

○ Note du rapport annuel 2018/2019

○ Aucun changement entre la note de l'année dernière et celle de cette année

* Tous deux inclus dans le document du DI ou dans un document séparé

LE RÔLE CATALYSEUR DU GFF

1 Le Niger a intégré le GFF en 2019 et est en train d'élaborer un dossier d'investissement priorisé et de mettre en place une plateforme à multiples parties prenantes pilotée par le pays qui comprend des représentants d'OSC déjà engagés dans le processus d'élaboration du DI.

2 Garantir la prestation d'un ensemble de services essentiels de qualité et prioritaires pour les femmes, les enfants et en particulier les adolescentes, à travers le DI et la Banque mondiale - le APM (approche programmatique multi-phase) et ses partenaires. Les détails concernant l'appui du GFF sont en cours.

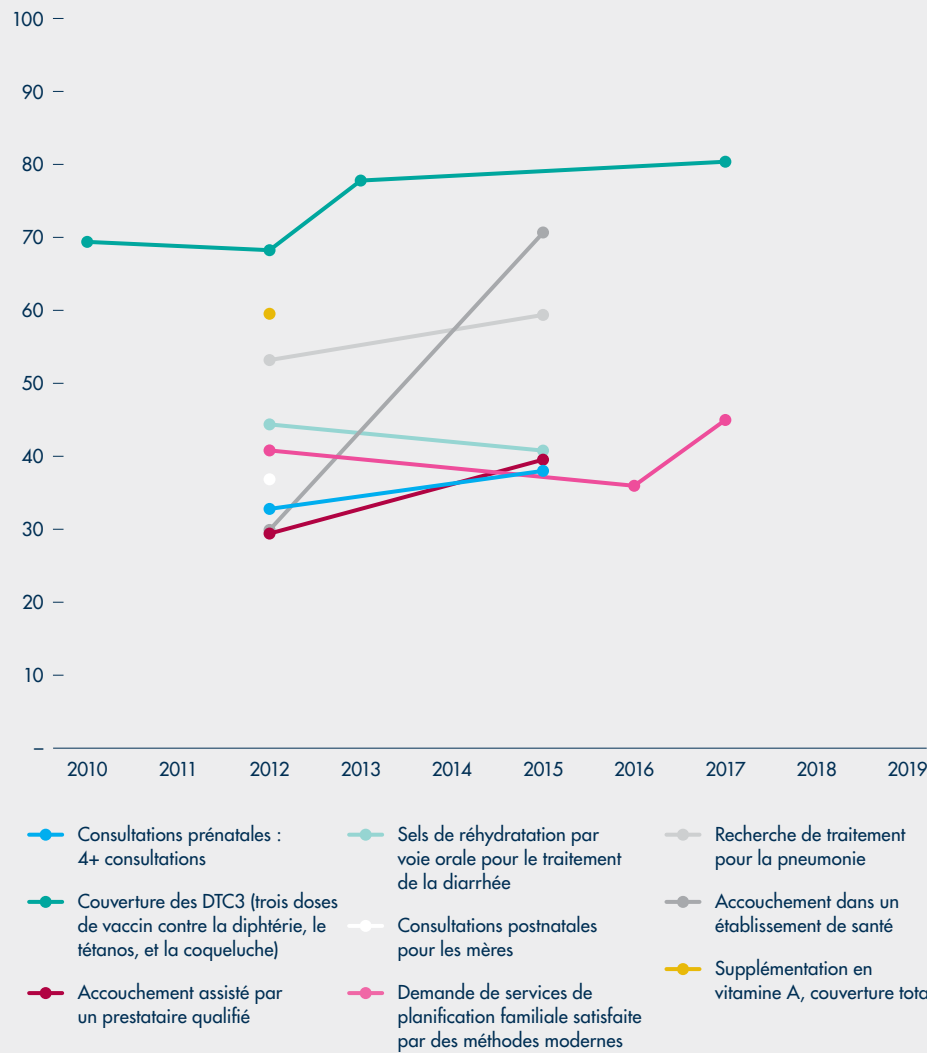
3 Appuyer une efficacité accrue du financement national et externe de la santé. Le GFF appuie l'élaboration de la cartographie des ressources pour une meilleure coordination des partenaires, ainsi que l'appui à une gestion plus efficace des finances publiques.

4 Appuyer les réformes prioritaires du financement de la santé, y compris les achats stratégiques. Le GFF appuie l'élaboration et la mise en oeuvre du nouveau système de financement basé sur les résultats, conformément au renforcement de la politique de gratuité pour les femmes et les enfants de moins de 5 ans dans le cadre de la stratégie nationale de couverture de santé universelle.

5 Appuyer les interventions qui tiennent compte des normes sociales en matière d'équité et d'égalité de genre afin d'accroître les résultats de SRMNEA-N. Les détails concernant l'appui du GFF sont en cours.

INDICATEURS DE COUVERTURE DE SRMNEA-N

Les données sur la vaccination sont présentées à partir du processus de rapport conjoint OMS/UNICEF et de récentes enquêtes démographiques. Les indicateurs de planification familiale sont présentés à partir de la base de données PMA2020 et de récentes enquêtes démographiques. Tous les autres indicateurs de couverture de SRMNEA-N sont présentés à partir des enquêtes démographiques disponibles les plus récentes.



CARTOGRAPHIE DES RESSOURCES

L'exercice de cartographie des ressources au Niger mettra l'accent dans un premier temps sur le Plan de Développement Sanitaire (PDS 2017-2021) afin d'appuyer l'élaboration du Dossier d'Investissement et d'éclairer son processus de priorisation. En plus des engagements budgétaires, l'exercice se veut rétrospectif en collectant des données sur les dépenses pour les trois premières années de mise en oeuvre du PDS. À cette fin, un outil de collecte de données accompagné de son guide d'utilisation a été initialement élaboré et partagé avec les homologues nationaux et les principaux partenaires impliqués dans le secteur de la santé à la fin du mois de mars 2020 (un total de 25 partenaires ont reçu l'outil de collecte de données). Suite à la pandémie de COVID-19, des synergies ont été explorées dans le but de s'aligner sur l'exercice de cartographie des ressources du Plan national de réponse à la COVID-19 mené par le Département de la sécurité sanitaire mondiale de l'OMS. Il a été décidé de revoir la conception de l'outil de collecte de données du GFF afin d'intégrer la cartographie des ressources pour le Plan de Développement Sanitaire et le Plan national de réponse à la COVID-19 au Niger, et cela, afin de réduire la charge de données et la coordination pour le gouvernement et les bailleurs et d'utiliser cette synergie pour évaluer si les services de santé essentiels ont été protégés au cours de la pandémie de COVID-19.



PRINCIPAUX INDICATEURS D'IMPACT DE LA SRMNEA-N

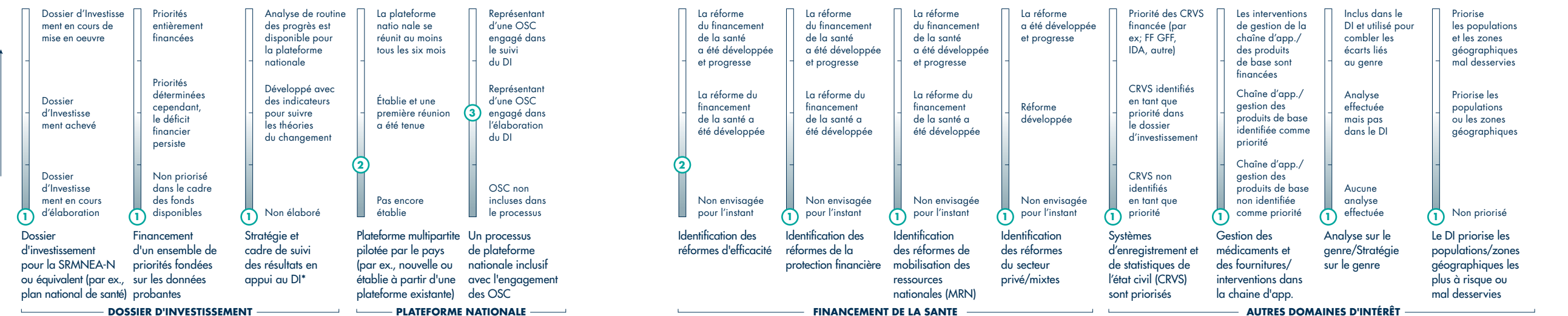
	Précédents		Récents	
	Année	Valeur	Année	Valeur
Taux de mortalité maternelle (pour 100 000 naissances vivantes)	2012	535	2015	520
Taux de mortalité des moins de 5 ans (pour 1000 naissances vivantes)	2012	127	2015	126
Taux de mortalité néonatale (pour 1000 naissances vivantes)	2012	24	2015	24
Taux de natalité parmi les adolescentes - 15-19 ans (pour 1 000 femmes)	2012	206	2015	146
Naissances < 24 mois après l'accouchement précédent	2012	23	-	-
Retard de croissance parmi les enfants de moins de 5 ans (%)	2018	48.5	2019	45.7
Émaciation modérée à sévère parmi les enfants de moins de 5 ans (%)	2018	14.1	2019	10.2

FINANCEMENT DE LA SANTÉ

Principaux indicateurs	2015	2016	2017
Dépenses publiques générales de santé (DGGHE), par habitant (US\$)	5.5	5.6	9.8
Dépenses publiques générales de santé (DGGHE) en tant que part des dépenses publiques générales (%)	4.6	5.7	9.7
Paiements directs de santé, par habitant (US\$)	13.7	13.5	14

Indicateurs spécifiques aux pays	2016	2017	2018	2019
Part du budget public consacré à la santé (%)	4.9	5.6	5.7	5.4
Exécution budgétaire (%)	68	70	91	79
Part des dépenses de santé allant aux prestataires de première ligne (%)	7.07	27.9	19.5	-

LE SUIVI DU PROCESSUS PILOTÉ PAR LE PAYS



Note du rapport annuel 2019/2020

* Tous deux inclus dans le document du DI ou dans un document séparé

LE RÔLE CATALYSEUR DU GFF

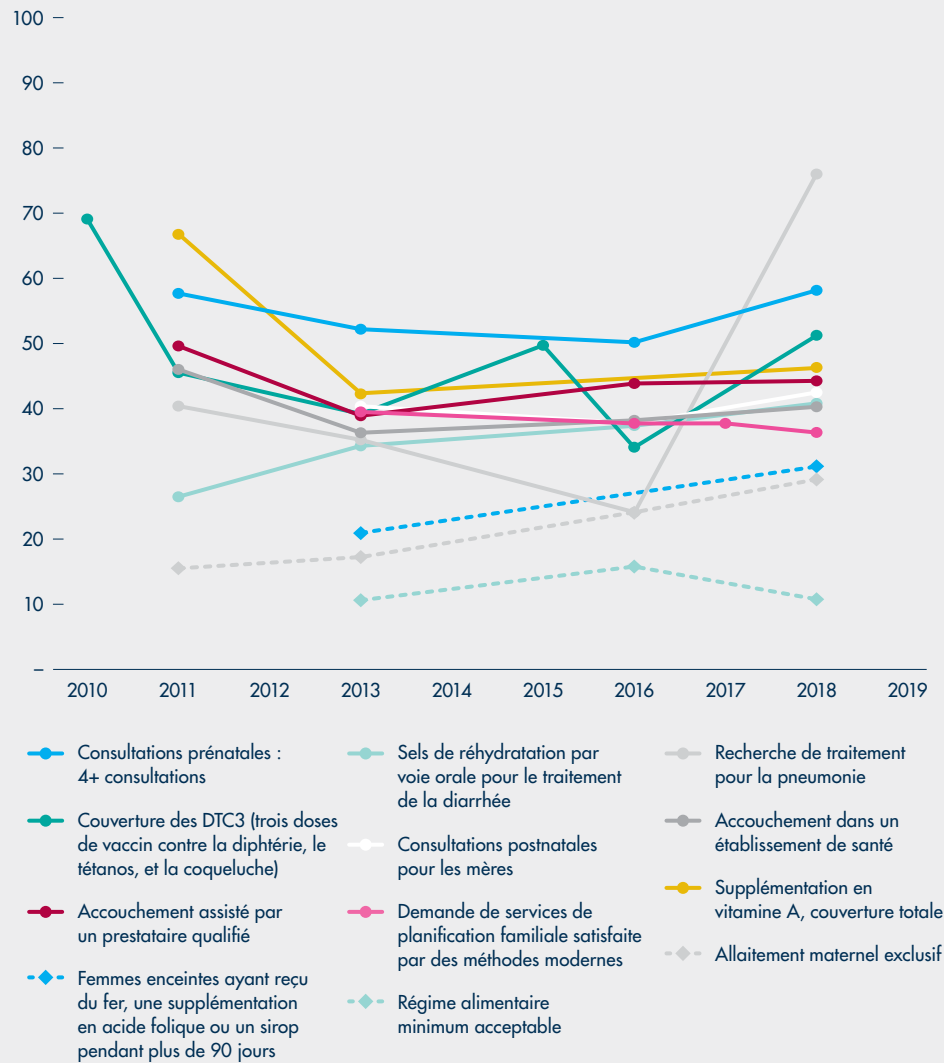
1 Appuyer la mise en œuvre de la Loi Nationale sur la Santé en déclenchant la première tranche du Fonds de Prestation de Soins de Santé de Base, 180 millions de dollars, en tant que ressources gouvernementales nationales à aligner sur les ressources externes. Le GFF a incité le ministère fédéral de la santé et ses partenaires à élaborer un dossier d'investissement national global de SRMNEA-N pour l'opérationnalisation du Fonds de Prestation de Soins de Santé de Base. Ce fonds est un mécanisme permettant de canaliser un financement national et international accru pour renforcer les soins de santé primaires.

2 Améliorer l'efficacité en définissant et en fournissant un ensemble universel, gratuit et minimal de services de santé de base grâce à des approches basées sur la performance notamment le rétablissement des services de santé de base dans les régions fragiles et touchées par le conflit du nord-est et les priorités insuffisamment financées telles que la malnutrition chronique et la santé des adolescents. Dans le nord-est du pays, touché par le conflit, le GFF, par l'extension du Projet d'investissement dans la santé de l'État nigérian (NSHIP), cofinancé par le Fonds fiduciaire du GFF, reconstruit le système de santé, en particulier au niveau des soins de santé primaires. Il s'agit d'un programme qui attire l'attention sur des problèmes critiques tels que la malnutrition chronique. Le NSHIP utilise une approche de financement basée sur la performance qui crée des incitations pour améliorer les résultats en matière de santé maternelle et infantile. Le financement est fourni directement à des centres de soins de santé primaires publics et privés présélectionnés, basés sur la réalisation par les formations sanitaires de résultats préétablis en matière de santé. La prise de décision est également décentralisée au niveau des formations sanitaires, ce qui leur donne plus d'autonomie et de souplesse pour innover.

3 Améliorer la prestation de services en matière de nutrition à travers une approche multisectorielle. Le mécanisme mis en place au niveau fédéral pour faciliter la coordination multisectorielle par le biais du ministère du budget et de la planification, appuyé par le GFF, devrait permettre d'exploiter les ressources et les capacités des secteurs clés (par exemple, l'agriculture, la protection sociale, l'éducation, l'égalité de genre) pour appuyer la mise en œuvre d'interventions en matière de nutrition dans 12 États prioritaires. Le GFF appuiera les prochaines campagnes de communication sur le changement social et comportemental afin d'améliorer les comportements alimentaires des nourrissons et des jeunes enfants.

INDICATEURS DE COUVERTURE DE SRMNEA-N

Les données sur la vaccination sont présentées à partir du processus de rapport conjoint OMS/UNICEF et d'enquêtes démographiques récentes. Les indicateurs de planification familiale sont présentés à partir de la base de données PMA2020 et d'enquêtes démographiques récentes. Tous les autres indicateurs de couverture de SRMNEA-N sont présentés à partir des enquêtes démographiques les plus récentes disponibles.



CARTOGRAPHIE DES RESSOURCES

La cartographie des ressources et le suivi des dépenses (CRSD) au Nigeria se situent actuellement dans la phase initiale de planification et de conception. L'exercice portera principalement sur la cartographie et le suivi du financement des bailleurs, qui représente les trois quarts des dépenses nationales. Documenter toutes les sources de financement est essentiel pour le ministère fédéral de la santé (FMOH) au Nigeria, non seulement pour aligner et canaliser les ressources vers les priorités sectorielles, mais aussi pour traiter les questions relatives à l'adéquation, la durabilité, l'efficacité, la transparence et l'équité du financement dans la mise en œuvre du Fonds de Prestation de Soins de Santé de Base (BHCPE). Le BHCPE est l'un des trois projets appuyés par la Banque mondiale et cofinancés par le GFF. L'exercice de CRSD du GFF aidera le FMOH à tirer parti de l'initiative du Département des comptes de consolidation (CAD) du Bureau du comptable général fédéral pour collecter des informations sur le financement externe. Le processus de CRSD développera un processus systématique de collecte des dépenses du DAH qui pourra être utilisé dans la budgétisation, les décisions d'allocation de ressources et la préparation d'états financiers consolidés pour le secteur de la santé.



PRINCIPAUX INDICATEURS D'IMPACT DE LA SRMNEA-N

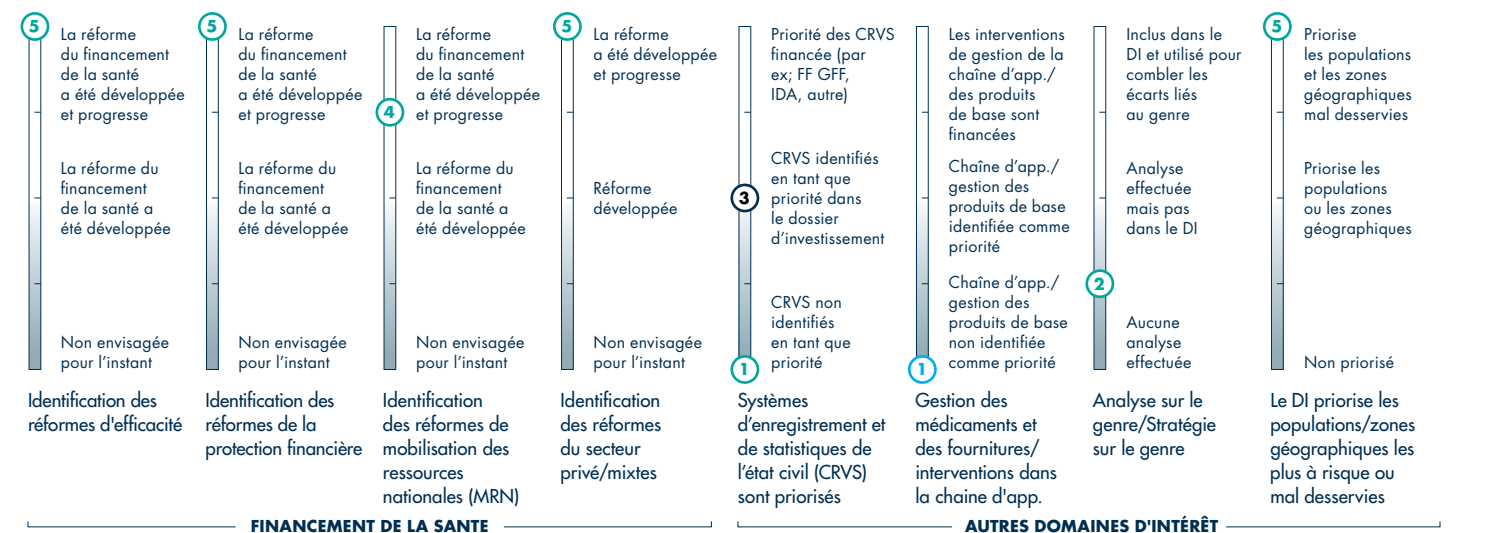
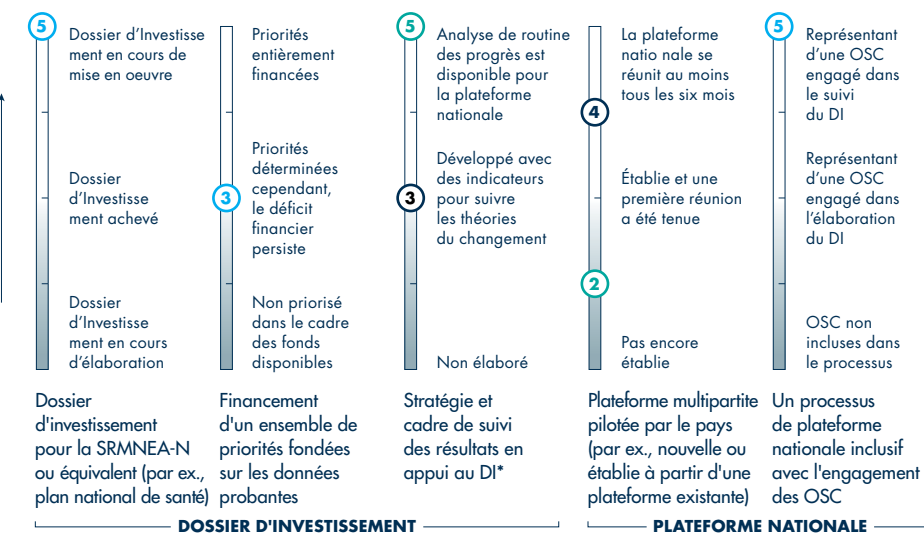
	Précédents		Récents	
Taux de mortalité maternelle (pour 100 000 naissances vivantes)	576	2013	512	2018
Taux de mortalité des moins de 5 ans (pour 1000 naissances vivantes)	128	2013	132	2018
Taux de mortalité néonatale (pour 1000 naissances vivantes)	37	2013	39	2018
Taux de natalité parmi les adolescentes - 15-19 ans (pour 1 000 femmes)	122	2013	106	2018
Naissances < 24 mois après l'accouchement précédent	23.2	2013	24.9	2018
Retard de croissance parmi les enfants de moins de 5 ans (% de moins de 5 ans %)	36.8	2013	36.8	2018
Émaciation modérée à sévère parmi les enfants de moins de 5 ans (%)	18	2013	6.7	2018

FINANCEMENT DE LA SANTÉ

Principaux indicateurs	2015	2016	2017
Dépenses publiques générales de santé (DGGHE), par habitant (US\$)	12.3	9.5	10.5
Dépenses publiques générales de santé (DGGHE) en tant que part des dépenses publiques générales (%)	5.3	5	4.6
Paievements directs de santé, par habitant (US\$)	53.9	55	57.1

Indicateurs spécifiques aux pays	2016	2017	2018	2019
Part du budget public consacré à la santé (%)	4.2	4.1	4.1	4.9
Exécution budgétaire (%)	-	-	72.7	86.2
Part des dépenses de santé allant aux prestataires de première ligne (%)	21	-	-	-
Nombre d'établissements de santé agréés recevant des paiements pour des services financés par le mécanisme de rémunération à l'acte (FFS) (public et privé)	-	-	-	179
Contribution des ressources nationales au Fonds de Prestation de Soins de Santé de Base (BHCPE) (en millions de dollars US)	-	-	180	167

LE SUIVI DU PROCESSUS PILOTÉ PAR LE PAYS



○ Note du rapport annuel 2019/2020 ○ Note du rapport annuel 2018/2019 ○ Aucun changement entre la note de l'année dernière et celle de cette année

LE RÔLE CATALYSEUR DU GFF

1 Améliorer la qualité et l'efficacité de la prestation des services de santé grâce au financement basé sur les résultats (FBR). Le GFF, par le biais du projet cofinancé par la Banque mondiale, a contribué à l'élargissement et à la mise en oeuvre du cadre national du FBR pour le secteur de la santé ainsi qu'à un programme d'évaluation de la qualité des soins dans les établissements de santé (HFQAP).

2 Étendre l'accès à un ensemble d'interventions à fort impact de SRMNEA par niveau, en mettant l'accent sur les populations les plus touchées et les 40 districts les plus touchés. Le processus du GFF a abouti à la révision du plan national de santé en vue d'une intervention plus poussée et d'une priorisation géographique pour servir en tant que DI pour l'Ouganda. Le projet cofinancé par la Banque mondiale et le GFF appuie la construction, la rénovation et l'équipement des établissements de santé dans les districts les plus touchés.

3 Améliorer les services communautaires et la fonctionnalité des centres de santé, afin de fournir des services de santé maternelle, néonatale, et infantile de haute qualité. Le GFF appuie le renforcement des ressources humaines pour la santé à travers la mise à l'échelle du mentorat clinique, le recrutement du personnel et la formation. En outre, le GFF appuie l'augmentation de la capacité des districts à améliorer les résultats de SRMNEA et la capacité des prestataires de services en créant des centres de compétences.

4 Se concentrer sur les déterminants sociaux de la santé des adolescents. Le GFF appuie la formation des agents de santé, les investissements au niveau des établissements, dans des services de santé adaptés aux jeunes, et les interventions de communication sociale et comportementale pour améliorer l'utilisation des services prioritaires chez les adolescents.

5 Étendre les services d'enregistrement des naissances et des décès au niveau des établissements de santé et des communautés, et élaborer et diffuser une stratégie de communication pour les CRVS. Le GFF appuie le renforcement de la capacité institutionnelle des CRVS à mettre à l'échelle les services d'enregistrement des naissances et des décès.

6 Fournir un appui analytique aux efforts de mobilisation des ressources nationales. Dans le cadre de ses investissements techniques, le GFF finance une évaluation de faisabilité de fonds fiduciaires financés par l'impôt pour accroître le financement du secteur de la santé et appuie l'élaboration d'un plan opérationnel de couverture de santé universelle (CSU).

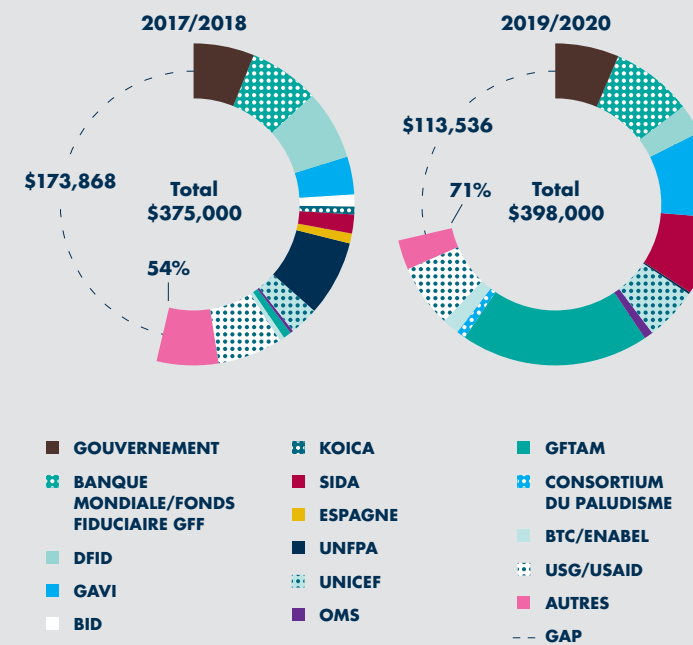
INDICATEURS DE COUVERTURE DE SRMNEA-N

Les données sur la vaccination sont présentées à partir du processus de rapport conjoint OMS/UNICEF et d'enquêtes démographiques récentes. Les indicateurs de planification familiale sont présentés à partir de la base de données PMA2020 et d'enquêtes démographiques récentes. Tous les autres indicateurs de couverture de la SRMNEA-N sont présentés à partir des enquêtes démographiques les plus récentes disponibles.



CARTOGRAPHIE DES RESSOURCES

Le Plan Affiné pour le Dossier d'Investissement de l'Ouganda pour la Santé Reproductive, de la Mère, du Nouveau-né, de l'Enfant et de l'Adolescent (SRMNEA) s'étend sur la période 2016/2017 - 2019/2020. En 2018/2019, le ministère de la Santé a réalisé une cartographie des ressources du DI en examinant les sources de financement et le déficit de financement aux niveaux national et décentralisé. Dans l'ensemble, l'exercice montre que le déficit de financement du DI a diminué au fil du temps, passant de 46 % à 29 % entre 2017/2018 et 2019/2020, grâce à l'augmentation de la contribution des bailleurs : les bailleurs ont financé 48 % du coût du DI en 2017/2018, qui est passé à 65 % en 2019/2020. Cette hausse est principalement due à l'augmentation des contributions du GAVI, du GFTAM et de la BM/ GFF. Comme le coût de la mise en oeuvre du DI a augmenté entre 2017/2018 et 2019/2020, la contribution du gouvernement est restée la même au fil du temps en termes relatifs, mais a augmenté en termes absolus entre 2017/2018 et 2019/2020. Le gouvernement est en train de préparer son nouveau dossier d'investissement et le résultat de la précédente cartographie des ressources aidera le ministère de la Santé à prioriser les interventions visant à améliorer le programme de gestion des risques de catastrophes dans le cadre du dialogue politique avec le ministère des Finances.



PRINCIPAUX INDICATEURS D'IMPACT DE LA SRMNEA-N

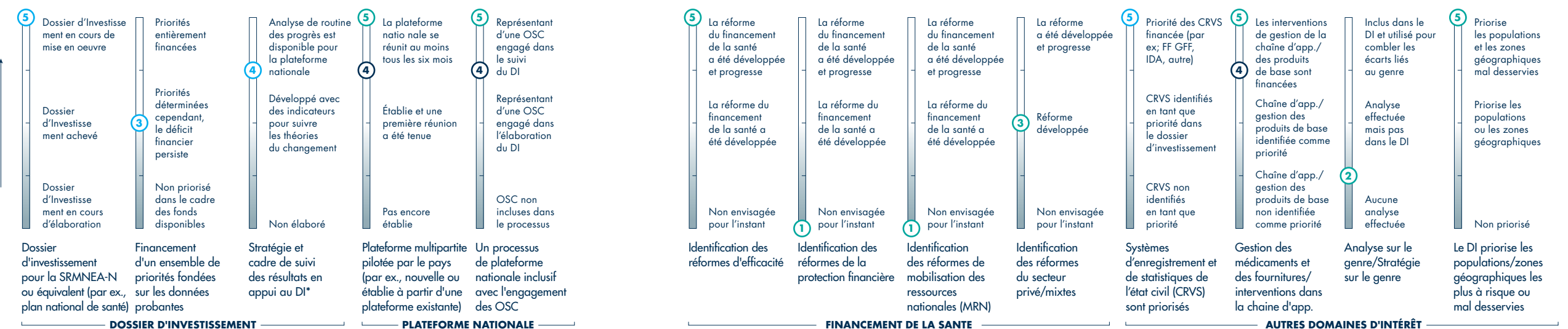
Indicateur	Précédents		Récents	
	Année	Valeur	Année	Valeur
Taux de mortalité maternelle (pour 100 000 naissances vivantes)	2011	438	2016	336
Taux de mortalité des moins de 5 ans (pour 1000 naissances vivantes)	2011	90	2016	64
Taux de mortalité néonatale (pour 1000 naissances vivantes)	2011	27	2016	27
Taux de natalité parmi les adolescentes - 15-19 ans (pour 1 000 femmes)	2011	134	2016	132
Naissances < 24 mois après l'accouchement précédent	2011	25.3	2016	24.3
Retard de croissance parmi les enfants de moins de 5 ans (%)	2011	33.4	2016	28.9
Émaciation modérée à sévère parmi les enfants de moins de 5 ans (%)	2011	4.7	2016	3.4

FINANCEMENT DE LA SANTÉ

Principaux indicateurs	2015	2016	2017
Dépenses publiques générales de santé (DGGHE), par habitant (US\$)	6.3	6.2	6
Dépenses publiques générales de santé (DGGHE) en tant que part des dépenses publiques générales (%)	5.1	5.1	5.1
Paievements directs de santé, par habitant (US\$)	16.3	15	15

Indicateurs spécifiques aux pays	2016	2017	2018	2019
Part du budget public consacré à la santé (%)	7	6.5	7.2	6.4
Exécution budgétaire (%)	78.5	64	-	-
Part des dépenses de santé allant aux prestataires de première ligne (%)	23	28	-	-
Nombre de districts mettant en oeuvre le FBR	-	-	-	79
Nombre de centres de santé participant au programme FBR	-	-	-	727

LE SUIVI DU PROCESSUS PILOTÉ PAR LE PAYS



○ Note du rapport annuel 2019/2020 ○ Note du rapport annuel 2018/2019 ○ Aucun changement entre la note de l'année dernière et celle de cette année

* Tous deux inclus dans le document du DI ou dans un document séparé

LE RÔLE CATALYSEUR DU GFF

1 Le Pakistan a intégré le GFF en 2019 et est en train d'élaborer un dossier d'investissement priorisé et de mettre en place une plateforme à multiples parties prenantes pilotée par le pays avec une représentation des OSC.

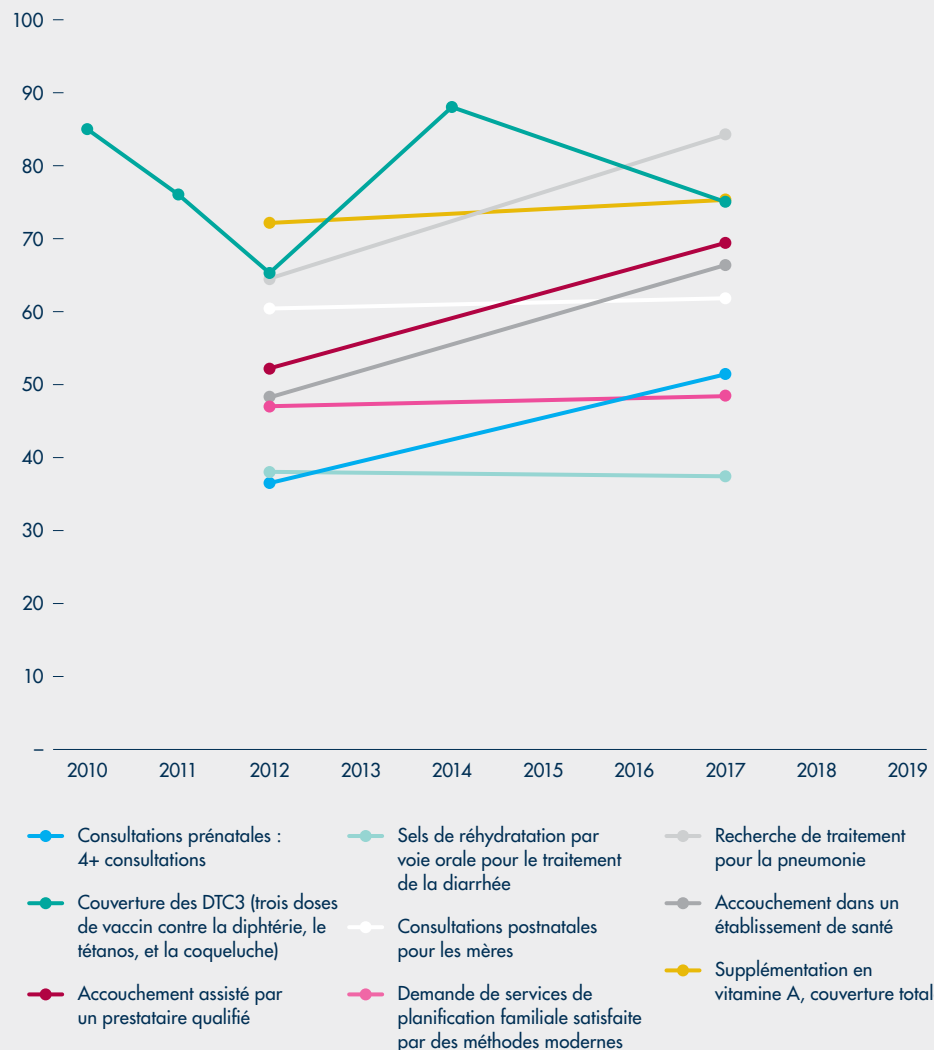
2 Appuyer les réformes du financement de la santé et de la gestion des finances publiques. Le GFF appuiera le travail d'analyse pour aider le gouvernement du Pakistan à mettre en oeuvre les réformes au cours des cinq prochaines années.

3 Renforcer le système d'enregistrement et des statistiques de l'état civil (CRVS). Le GFF fournit une assistance technique au gouvernement afin d'élaborer un plan opérationnel pour l'intégration du système des CRVS, pour l'instant fragmenté.

4 Améliorer l'accès à des services de qualité en matière de Droits et santé sexuels et reproductifs (DSSR). Le GFF fournit une assistance technique pour effectuer une analyse des opportunités qui permettra d'éclairer les étapes à venir.

INDICATEURS DE COUVERTURE DE SRMNEA-N

Les données sur la vaccination sont présentées à partir du processus de rapport conjoint OMS/UNICEF et d'enquêtes démographiques récentes. Tous les autres indicateurs de couverture de SRMNEA-N sont présentés à partir des enquêtes démographiques les plus récentes disponibles.



CARTOGRAPHIE DES RESSOURCES

Le dossier d'investissement du Pakistan correspond au Paquet essentiel de services de santé (EPHS) de la couverture de santé universelle (CSU) qui sera finalisé d'ici à 2020. Le GFF aide actuellement le ministère de la Réglementation et de la Coordination des Services de Santé Nationaux (MoNHSR&C) à dresser la carte des ressources nationales et externes disponibles pour chaque priorité chiffrée de cette stratégie de CSU aux niveaux national et régional. Les résultats sont attendus en septembre 2020. Ces données permettront d'éclairer le processus de priorisation de la stratégie de CSU et d'appuyer le MoNHSR&C au niveau fédéral et le ministère de la Santé (MS) au niveau régional dans l'optimisation de sa fonction de planification et de budgétisation. Le MoNHSR&C et le ministère de la Santé auront une meilleure compréhension des priorités potentielles de CSU sous-financés au niveau national et régional, ce qui permettra d'informer le prochain cycle de mobilisation des ressources du ministère des Finances et des bailleurs de fonds. Le Pakistan lancera le suivi des dépenses de la stratégie de CSU en 2021, une fois que la mise en oeuvre de la CSU-EPHS aura commencé. Cet exercice sera coordonné avec les exercices des comptes nationaux de la santé. Pour l'instant, Ernst and Young appuie le MoNHSR&C avec la cartographie des ressources pour la CSU.



PRINCIPAUX INDICATEURS D'IMPACT DE LA SRMNEA-N

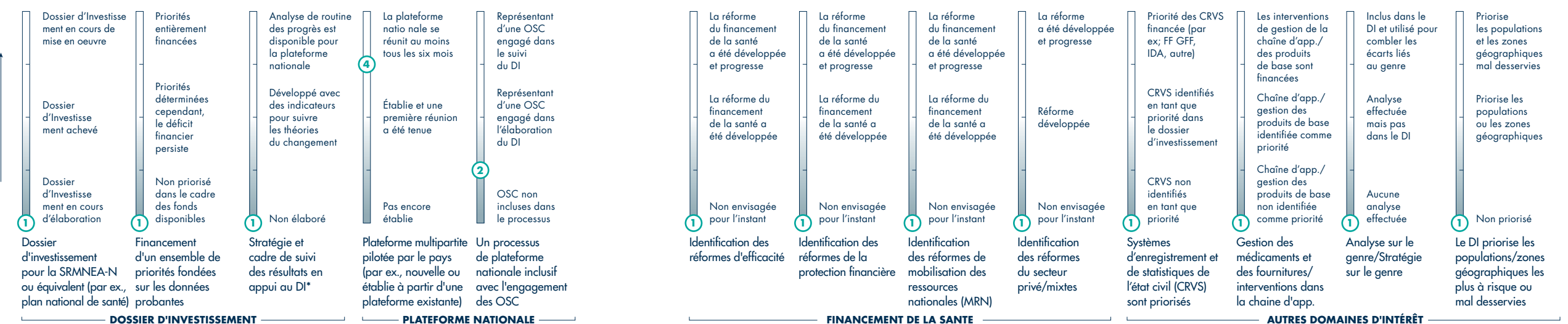
	Précédents		Récents	
Taux de mortalité maternelle (pour 100 000 naissances vivantes)	178	2014	140	2019
Taux de mortalité des moins de 5 ans (pour 1000 naissances vivantes)	89	2012	74	2017
Taux de mortalité néonatale (pour 1000 naissances vivantes)	55	2012	42	2017
Taux de natalité parmi les adolescentes - 15-19 ans (pour 1 000 femmes)	44	2012	46	2017
Naissances < 24 mois après l'accouchement précédent	36.6	2012	36.6	2017
Retard de croissance parmi les enfants de moins de 5 ans (%)	45	2012	37.6	2017
Émaciation modérée à sévère parmi les enfants de moins de 5 ans (%)	10.5	2012	7.1	2017

FINANCEMENT DE LA SANTÉ

Principaux indicateurs	2015	2016	2017
Dépenses publiques générales de santé (DGGHE), par habitant (US\$)	12.7	15.3	-
Dépenses publiques générales de santé (DGGHE) en tant que part des dépenses publiques générales (%)	3.7	4.1	4.3
Paiements directs de santé, par habitant (US\$)	23.8	25.9	26.9

Indicateurs spécifiques aux pays	2016	2017	2018	2019
Part du budget public consacré à la santé (%)	3.6	4	4.6	-
Exécution budgétaire (%)	98	105	90	-
Part des dépenses de santé allant aux prestataires de première ligne (%)	-	7	9	13

LE SUIVI DU PROCESSUS PILOTÉ PAR LE PAYS



Note du rapport annuel 2019/2020

* Tous deux inclus dans le document du DI ou dans un document séparé

LE RÔLE CATALYSEUR DU GFF

1 Réduire la fragmentation en intégrant le financement de l'aide humanitaire et du développement. Le GFF appuie la transition d'une situation d'urgence à la reprise pour le secteur de la santé en alignant les acteurs du développement et de l'aide humanitaire axés sur la santé pour poursuivre un objectif commun d'amélioration de la santé et de la nutrition des mères et des enfants.

2 Augmenter les ressources financières nationales et externes pour le secteur de la santé. Le GFF a aidé le gouvernement à entreprendre et à finaliser une analyse de l'espace fiscal. Il aidera également à explorer des moyens de développer des partenariats public-privé afin d'impliquer le secteur privé dans les activités de prestation et de financement de la santé. Le GFF offre également une excellente occasion de mobiliser davantage de ressources externes, facilitée en renforçant la crédibilité des institutions publiques et en améliorant la planification, la budgétisation et la mise en oeuvre des interventions sanitaires à fort impact. L'accent mis par le GFF sur le suivi et la démonstration des résultats encouragera les partenaires à financer et à soutenir davantage le secteur.

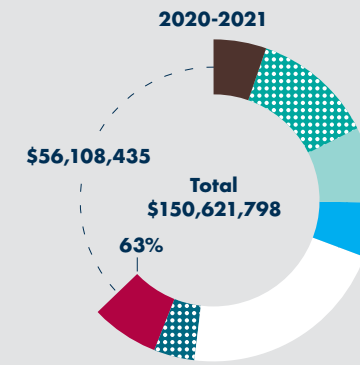
3 Accroître l'efficacité allocative et technique du secteur de la santé dans la prestation de services de santé essentiels à la population. En ce qui concerne l'efficacité de l'allocation, le GFF, par l'intermédiaire du DI, aidera les décideurs politiques à canaliser les fonds vers: (i) des interventions à fort impact, (ii) la promotion et le développement de la prestation de soins au niveau communautaire; et (iii) l'investissement dans les zones marginalisées. Par souci d'efficacité technique, le DI guidera le système de santé afin d'optimiser l'utilisation des ressources existantes. Pour cela, le GFF appuie l'extension du financement basé sur les performances à tous les districts au niveau national.

4 Appuyer les initiatives de renforcement des systèmes de santé, notamment (i) le renforcement des systèmes d'information sanitaire et cela, en alignant le cadre de résultats du DI sur les réformes des systèmes d'information sanitaire en cours, et (ii) en renforçant les ressources humaines dans le domaine de la santé. Le GFF fournit une assistance technique pour renforcer le système d'information sanitaire (SNIS) du pays et appuie le recrutement et l'incitation des agents de santé par un soutien au système de financement basé sur les performances.



CARTOGRAPHIE DES RESSOURCES

Une cartographie des ressources du Dossier d'Investissement a été réalisée en 2019, présentée ici. Le Dossier d'Investissement a été achevé et lancé en avril 2020. En vue de la pandémie de COVID, le GFF appuiera une mise à jour de la cartographie des ressources afin d'évaluer dans quelle mesure les contributions financières engagées et reflétées dans la cartographie des ressources de 2019 sont toujours disponibles pour financer la mise en oeuvre du Dossier d'Investissement et, pour maintenir l'accès et la prestation des services essentiels de SRMNEA-N. Cette cartographie des ressources sera réalisée pendant l'été et au début de l'automne 2020.



PRINCIPAUX INDICATEURS D'IMPACT DE LA SRMNEA-N

En raison de les troubles militaro-politiques récurrentes et des problèmes de sécurité en cours, il y a une pénurie de données d'enquête récente auprès des ménages ou de SGIS disponibles pour la RCA. Le MICS le plus récent pour lequel il existe des données publiques a été réalisé en 2010, avant la guerre civile. Les estimations mondiales modélisées disponibles pour des indicateurs importants tels que la mortalité sont également considérées comme peu fiables car elles ne tiennent pas compte de l'environnement sociopolitique difficile auquel le pays a été confronté au cours de la dernière décennie. Le GFF soutient les initiatives visant à combler ces lacunes en matière de données probantes par le biais d'une assistance technique et financière pour les enquêtes de continuité de service de SRMNEA-N et en fournissant une expertise du système d'information sanitaire (SNIS) pour de nouveaux investissements majeurs dans une refonte du SNIS basée sur le DHIS2. En outre, les résultats de l'enquête MICS 2019 sont attendus plus tard cette année et, avec les initiatives décrites ci-dessus, devraient permettre de disposer d'une base de données beaucoup plus approfondie pour la planification et le suivi en 2021.

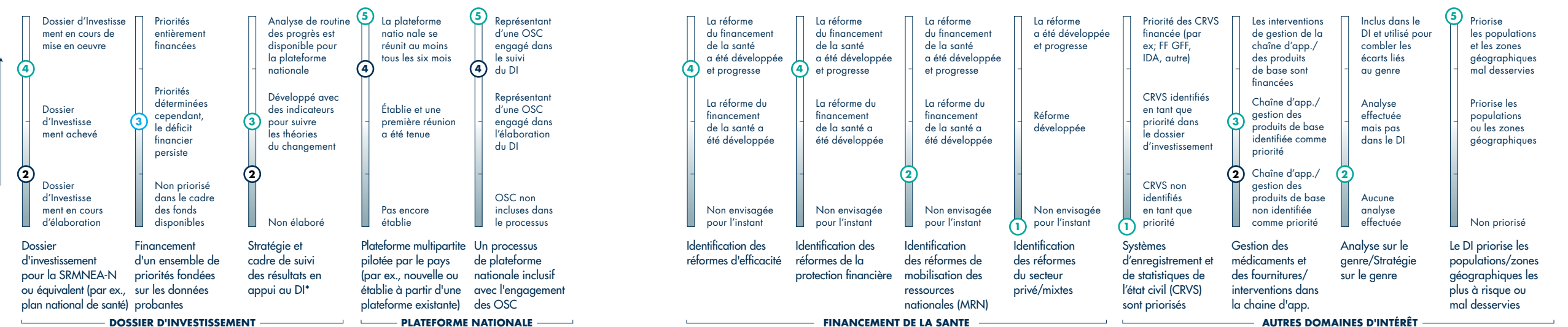
FINANCEMENT DE LA SANTÉ

Principaux indicateurs	2015	2016	2017
Dépenses publiques générales de santé (DGGHE), par habitant (US\$)	2	2.5	3.1
Dépenses publiques générales de santé (DGGHE) en tant que part des dépenses publiques générales (%)	3.5	5	5
Paievements directs de santé, par habitant (US\$)	7.4	7.4	7.5

Indicateurs spécifiques aux pays	2016	2017	2018	2019
Part du budget public consacré à la santé (%)	5.1	7.8	7.8	10.3
Exécution budgétaire (%)	-	27	103	-
Part des dépenses de santé allant aux prestataires de première ligne (%)*	-	-	-	-
Proportion des centres de santé couverts par le FBP (%)	-	-	38.7	49.6

* Il s'agit d'un nouvel indicateur qui est encore en cours de définition au niveau national.

LE SUIVI DU PROCESSUS PILOTÉ PAR LE PAYS



○ Note du rapport annuel 2019/2020 ○ Note du rapport annuel 2018/2019 ○ Aucun changement entre la note de l'année dernière et celle de cette année

* Tous deux inclus dans le document du DI ou dans un document séparé

LE RÔLE CATALYSEUR DU GFF

1 Appuyer la mise en œuvre de la Budgétisation basée sur les programmes (BBP) afin d'aligner les investissements du gouvernement et des bailleurs sur le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS).

Le GFF appuie le Ministère de la Santé dans la mise en œuvre de la BBP pour suivre les augmentations des dépenses nationales et externes dans les domaines prioritaires du Plan National de Développement Sanitaire (par ex., SRMNEA, renforcement du système de santé).

2 Améliorer la MRN et fournir une assistance technique sur la gestion des finances publiques afin de remédier au faible taux d'exécution budgétaire.

Le GFF et la Banque mondiale, avec le financement de GAVI et du Japon, ont mené plusieurs analyses sur la MRN et sur les goulots d'étranglement de la faible exécution budgétaire aux niveaux central et décentralisé, qui ont abouti à des recommandations telles que la création d'un comité ministériel entre les ministères du budget, des finances et de la santé et cela, pour suivre régulièrement l'exécution budgétaire.

3 Réduire la fragmentation de l'aide des bailleurs grâce à des contrats uniques et à une cartographie des ressources régulières.

Le "contrat unique" est une mise en commun virtuelle de toutes les ressources financières appuyant un plan d'action intégré pour assurer une supervision et un suivi adéquats de l'ensemble des services de SRMNEA-N dans les zones de santé et, dans le cadre de ce mécanisme. La cartographie des ressources régulières du secteur de la santé, y compris la SRMNEA-N, permettra de remédier aux doubles emplois et contribuera à une planification plus éclairée et à une réduction des coûts de transaction.

4 Fournir un ensemble de services de SRMNEA à travers le FBR et la mise en place d'un fonds d'équité pour subventionner les pauvres.

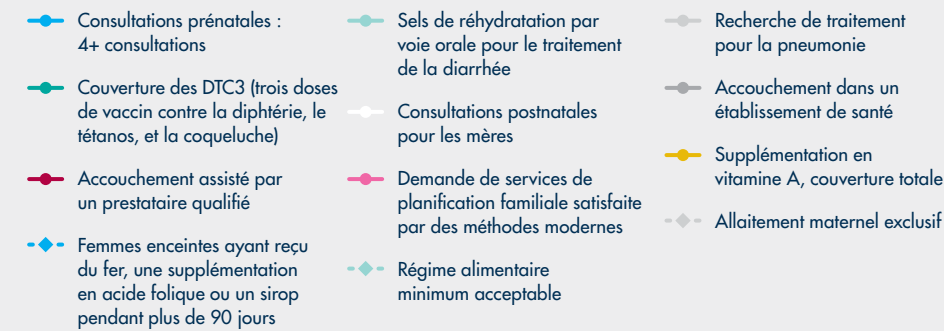
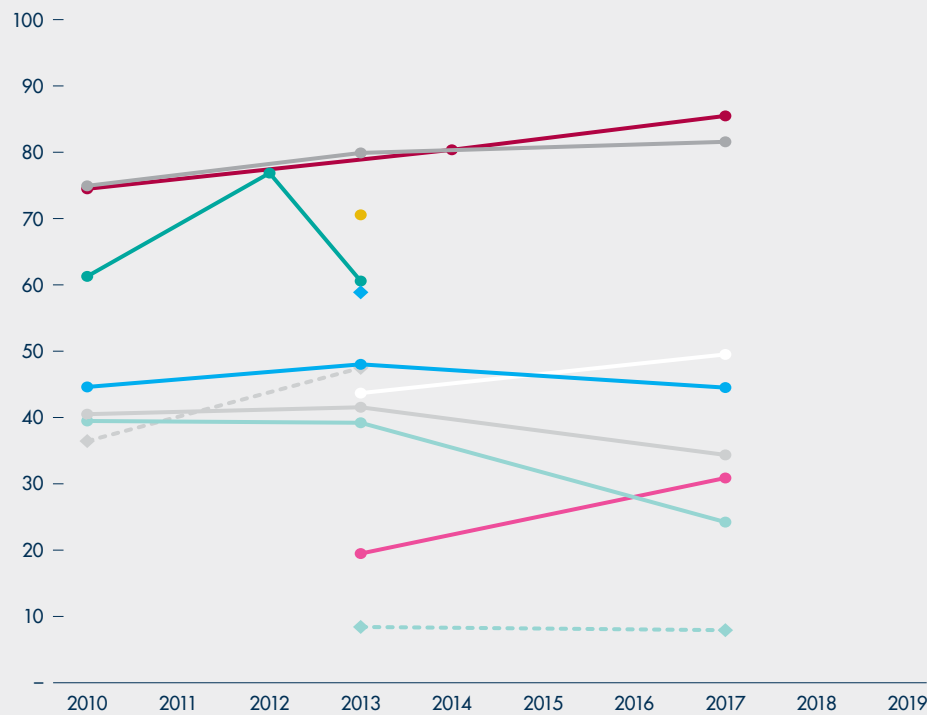
Le GFF appuie la mise à l'échelle du FBR pour améliorer la gouvernance et la gestion du système de santé ainsi que pour fournir un ensemble intégré de services de santé essentiels.

5 Tirer profit du secteur privé pour améliorer la couverture et l'efficacité.

La Banque mondiale et le GFF ont appuyé les discussions avec le secteur privé sur les produits pharmaceutiques afin de garantir que les fabricants locaux soient certifiés pour l'achat de médicaments essentiels.

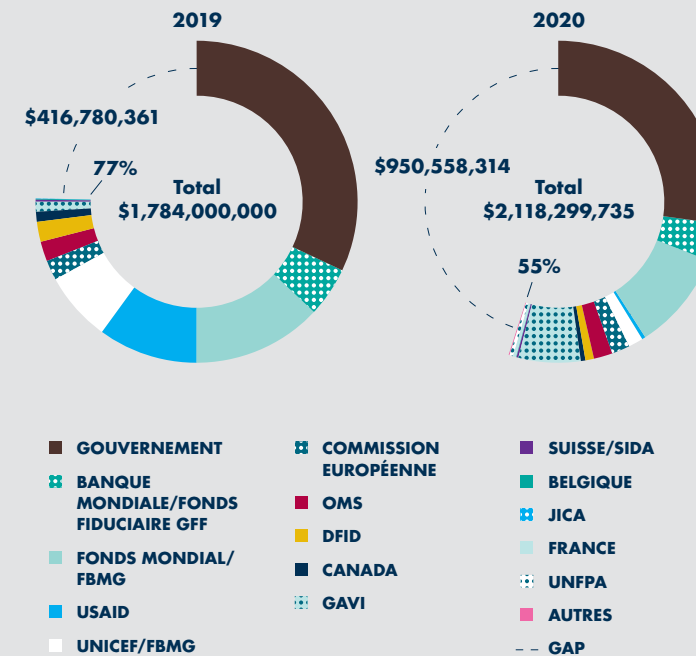
RMNCAH-N COVERAGE INDICATORS

Les données sur la vaccination sont présentées à partir du processus de rapport conjoint OMS/UNICEF et d'enquêtes démographiques. Tous les autres indicateurs de couverture de SRMNEA-N sont présentés à partir des enquêtes démographiques les plus récentes disponibles.



CARTOGRAPHIE DES RESSOURCES

La cartographie des ressources a été réalisée pour le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) 2019-2022, qui sert de stratégie nationale de santé priorisée et de DI pour la RDC. La cartographie des ressources (CR) montre l'analyse des tendances entre l'exercice 2019 et l'exercice 2020. Les données pour cette évaluation ont été fournies par le Ministère de la Santé (MS) à travers le processus de Budgétisation basée sur les programmes (BBP) consolidant les données sur le budget et les dépenses nationales et internationales en ce qui concerne le PNDS. Le groupe de coordination des bailleurs de santé, connu sous le nom de Groupe Inter-Bailleurs de la Santé (GIBS) a également fourni un retour d'information. Le Ministère de la Santé a souligné que ces estimations sont toujours en cours d'actualisation par le GIBS et qu'elles pourraient changer. Premièrement, le déficit de financement du DI a doublé entre 2019 et 2020. Cela est dû à une augmentation du coût du PNDS entre 2019 et 2020 et à une diminution de la contribution des bailleurs au DI. En raison de la COVID-19, tous les bailleurs n'ont pas pu maintenir le même niveau d'engagement en 2020 qu'en 2019, car plusieurs d'entre eux ont dû redéfinir les priorités du financement engagé dans le PNDS en fonction de la réponse à la COVID-19. Néanmoins, il semble y avoir plus de bailleurs alignés sur le DI en 2020 qu'en 2019. Troisièmement, les ressources nationales ont légèrement augmenté en termes absolus mais ont diminué en termes relatifs pour couvrir le coût du DI.



PRINCIPAUX INDICATEURS D'IMPACT DE LA SRMNEA-N

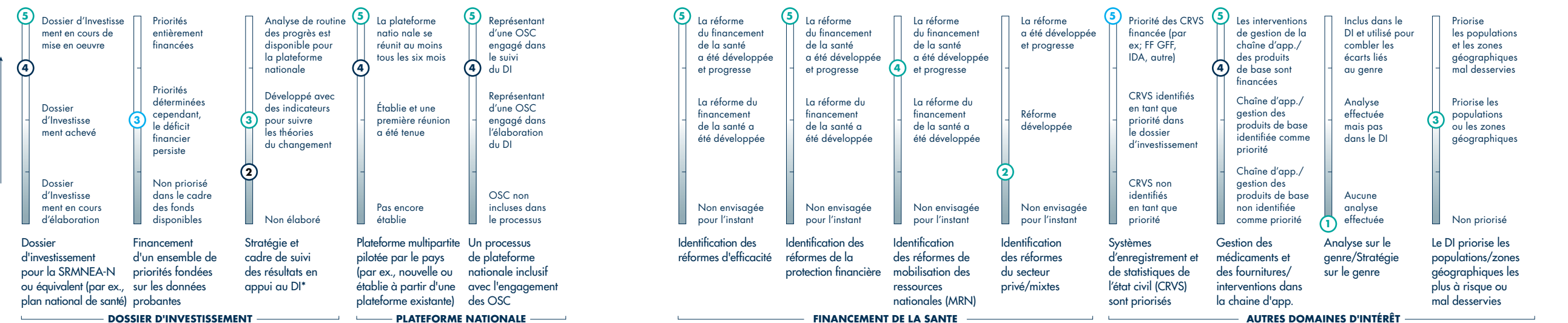
Indicateur	Précédents		Récents	
	Valeur	Année	Valeur	Année
Taux de mortalité maternelle (pour 100 000 naissances vivantes)	846	2014	-	-
Taux de mortalité des moins de 5 ans (pour 1000 naissances vivantes)	104	2014	70	2017
Taux de mortalité néonatale (pour 1000 naissances vivantes)	28	2014	14	2017
Taux de natalité parmi les adolescentes - 15-19 ans (pour 1 000 femmes)	138.1	2014	109	2017
Naissances < 24 mois après l'accouchement précédent	27.1	2014	-	-
Retard de croissance parmi les enfants de moins de 5 ans (%)	42.7	2014	41.8	2017
Émaciation modérée à sévère parmi les enfants de moins de 5 ans (%)	7.9	2014	6.5	2017

FINANCEMENT DE LA SANTÉ

Principaux indicateurs	2015	2016	2017
Dépenses publiques générales de santé (DGGHE), par habitant (US\$)	3.2	2.4	1.9
Dépenses publiques générales de santé (DGGHE) en tant que part des dépenses publiques générales (%)	3.8	3.9	3.3
Paievements directs de santé, par habitant (US\$)	7.2	7.1	7.8

Indicateurs spécifiques aux pays	2016	2017	2018	2019
Part du budget public consacré à la santé (%)	6.9	7.8	8.5	10
Exécution budgétaire (%)	97	54	67	57
Part des dépenses de santé allant aux prestataires de première ligne (%)	9	9	12	15
Nombre de divisions provinciales de la santé (DPS) mettant en œuvre le contrat unique	-	9	11	13
Dépenses nationales de santé allouées à la SRMNEA (%)	9	9	12	15
Exécution du budget national sur la SRMNEA + 3 maladies - TB, paludisme, VIH/SIDA (%)	73	85	74	-

LE SUIVI DU PROCESSUS PILOTÉ PAR LE PAYS



○ Note du rapport annuel 2019/2020 ○ Note du rapport annuel 2018/2019 ○ Aucun changement entre la note de l'année dernière et celle de cette année

* Tous deux inclus dans le document du DI ou dans un document séparé

LE RÔLE CATALYSEUR DU GFF

1 La République du Tadjikistan a intégré le GFF en 2019, et est en train d'élaborer un dossier d'investissement priorisé

qui sera un plan d'action priorisé de la Stratégie nationale de santé 2021-2030, actuellement en cours d'élaboration. Une plateforme à multiples parties prenantes pilotée par le pays a été lancée et a tenu sa première réunion.

2 Offrir la possibilité d'un engagement plus direct entre le secteur de la santé et le ministère des Finances.

Le Vice-Ministre des Finances a été nommé Coordinateur/Point Focal du gouvernement pour le GFF, et la plateforme nationale a été mise en place en tant que groupe de travail technique établi par un arrêté ministériel du ministère des Finances pour diriger le processus du GFF dans le pays.

3 Appuyer le ministère de la Santé et de la Protection Sociale de la Population dans l'élaboration de la nouvelle Stratégie nationale de santé 2021-2030, une collaboration entre le GFF, la délégation de l'Union européenne et l'OMS.

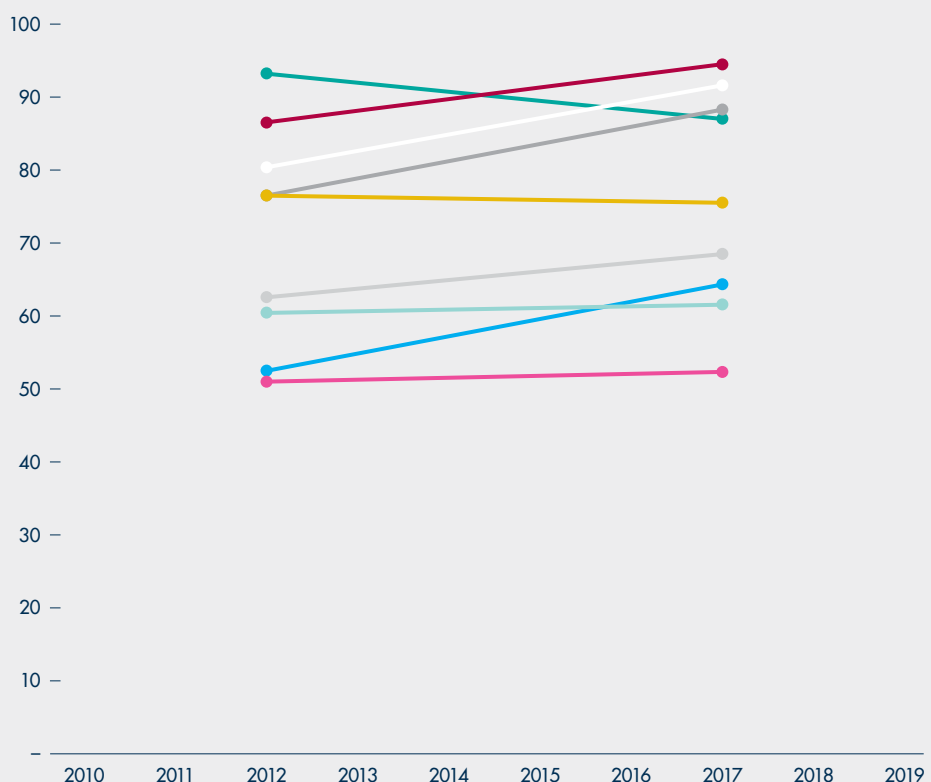
La Stratégie nationale de santé définira l'orientation du système de santé et des réformes du financement de la santé en République du Tadjikistan pour les dix prochaines années. Au cours des prochains mois, la plateforme du GFF travaillera avec le ministère de la Santé et de la Protection Sociale de la Population et le ministère des Finances à l'élaboration d'un plan d'action priorisé pour la mise en œuvre de la stratégie au cours des prochaines années.

4 Le Fonds fiduciaire du GFF cofinance le Projet de développement de la petite enfance financé par la Banque mondiale pour renforcer le capital humain du Tadjikistan.

Ce projet fournit des financements pour le développement et la mise en œuvre d'un ambitieux programme de développement de la petite enfance couvrant les secteurs de la santé et de l'éducation. Le cofinancement du GFF met l'accent sur l'amélioration de la gestion des finances publiques dans les soins de santé primaires afin d'améliorer l'exécution des budgets des établissements de santé.

INDICATEURS DE COUVERTURE DE SRMNEA-N

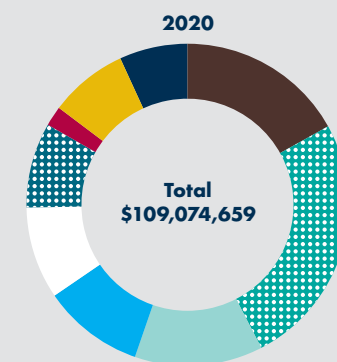
Tous les indicateurs de couverture de SRMNEA-N sont présentés à partir des enquêtes de population les plus récentes disponibles.



- Consultations prénatales : 4+ consultations
- Couverture des DTC3 (trois doses de vaccin contre la diphtérie, le tétanos, et la coqueluche)
- Accouchement assisté par un prestataire qualifié
- Sels de réhydratation par voie orale pour le traitement de la diarrhée
- Consultations postnatales pour les mères
- Demande de services de planification familiale satisfaisante par des méthodes modernes
- Recherche de traitement pour la pneumonie
- Accouchement dans un établissement de santé
- Supplémentation en vitamine A, couverture totale

CARTOGRAPHIE DES RESSOURCES

En République du Tadjikistan, le dossier d'investissement se situe à un stade préliminaire de son élaboration. Il est conceptualisé en tant qu'un plan d'action priorisé pour la Stratégie nationale de santé 2021-2030. La Stratégie est actuellement en cours de finalisation. La cartographie des ressources a commencé en 2020 et sera finalisée en septembre 2020. La cartographie des ressources a permis au ministère de la Santé et de la Protection Sociale de la Population (MOHSP) de recueillir des données sur 24 bailleurs de fonds qui financent le NHS, 8 bailleurs de fonds fournissant 95 % du financement total du NHS entre 2021 et 2025 (172 millions de dollars) et 109 millions en 2020, dont 47 millions de dollars alloués au soutien de la réponse au COVID 19. Alors que l'équipe de la cartographie des ressources et suivi des dépenses (CRSD) coordonne avec le gouvernement la collecte de données sur le financement national et la manière dont celles-ci correspondent au NHS, les données des bailleurs de fonds existantes ventilées par régions ont révélé qu'il y a une possibilité de réfléchir à la question de savoir si le financement des bailleurs de fonds pourrait être plus équitable. Les données de la cartographie des ressources du NHS serviront de base à la planification et à la budgétisation du ministère de la Santé et des bailleurs de fonds en 2021 et contribueront à améliorer l'efficacité de l'allocation des ressources dans le secteur de la santé.



- BANQUE MONDIALE/FONDS FIDUCIAIRE DU GFF
- COMMISSION EUROPÉENNE
- KFW (BANQUE ALLEMANDE DE DÉVELOPPEMENT)
- USAID / PEPFAR
- FONDS MONDIAL
- JICA
- ADB (BANQUE ASIATIQUE DE DÉVELOPPEMENT)
- GAVI
- AUTRES (16 BAILLEURS)

PRINCIPAUX INDICATEURS D'IMPACT DE LA SRMNEA-N

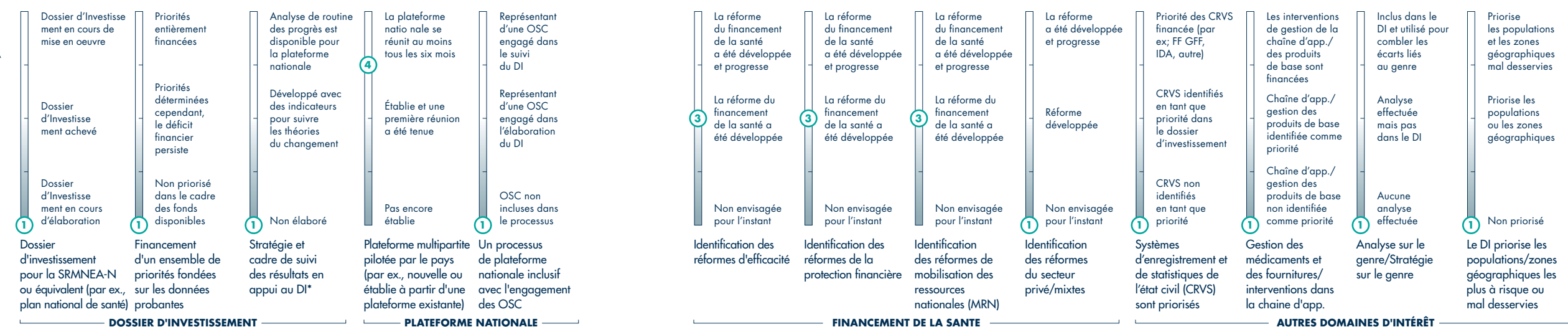
	Précédents		Récents	
Taux de mortalité maternelle (pour 100 000 naissances vivantes)	35	2010	32	2015
Taux de mortalité des moins de 5 ans (pour 1000 naissances vivantes)	43	2012	33	2017
Taux de mortalité néonatale (pour 1000 naissances vivantes)	19	2012	13	2017
Taux de natalité parmi les adolescentes - 15-19 ans (pour 1 000 femmes)	54	2012	54	2017
Naissances < 24 mois après l'accouchement précédent	33.1	2012	35.9	2017
Retard de croissance parmi les enfants de moins de 5 ans (%)	26	2012	17.5	2017
Émaciation modérée à sévère parmi les enfants de moins de 5 ans (%)	10	2012	5.6	2017

FINANCEMENT DE LA SANTÉ

Principaux indicateurs	2015	2016	2017
Dépenses publiques générales de santé (DGGHE), par habitant (US\$)	19.7	15.3	18.3
Dépenses publiques générales de santé (DGGHE) en tant que part des dépenses publiques générales (%)	6.4	6.3	6.2
Paievements directs de santé, par habitant (US\$)	40	37	37

Indicateurs spécifiques aux pays	2016	2017	2018	2019
Part du budget public consacré à la santé (%)	6.3	6.2	6.4	7.6
Exécution budgétaire (%)	92.4	94.2	93.7	99.7
Part des dépenses de santé allant aux prestataires de première ligne (%)	27.3	26	27	29.3

LE SUIVI DU PROCESSUS PILOTÉ PAR LE PAYS



Note du rapport annuel 2019/2020

* Tous deux inclus dans le document du DI ou dans un document séparé

LE RÔLE CATALYSEUR DU GFF

1 Renforcer la coordination du programme multisectoriel de nutrition. Le GFF appuie l'élaboration du plan stratégique du programme national de développement de la petite enfance (DPE) (sert de Dossier d'Investissement), renforce la capacité de surveillance, améliore le système de suivi pour suivre les progrès et améliorer l'utilisation des données pour la prise de décision.

2 Améliorer l'efficacité des dépenses et la durabilité du financement des programmes prioritaires. Le GFF appuie le renforcement de la gestion des finances publiques avec le système de marquage et de suivi du budget pour améliorer la surveillance du budget de la nutrition et l'institutionnalisation de la revue du budget de la nutrition qui relie les dépenses aux résultats.

3 Renforcer le programme des agents de santé communautaires (ASC). Le GFF appuie de nouvelles approches visant à améliorer la capacité des agents de santé communautaires à fournir des soins de santé préventifs essentiels et des services de nutrition. Plus précisément, le GFF contribue à améliorer les performances grâce à la certification et à l'accréditation et à renforcer le système d'incitations.

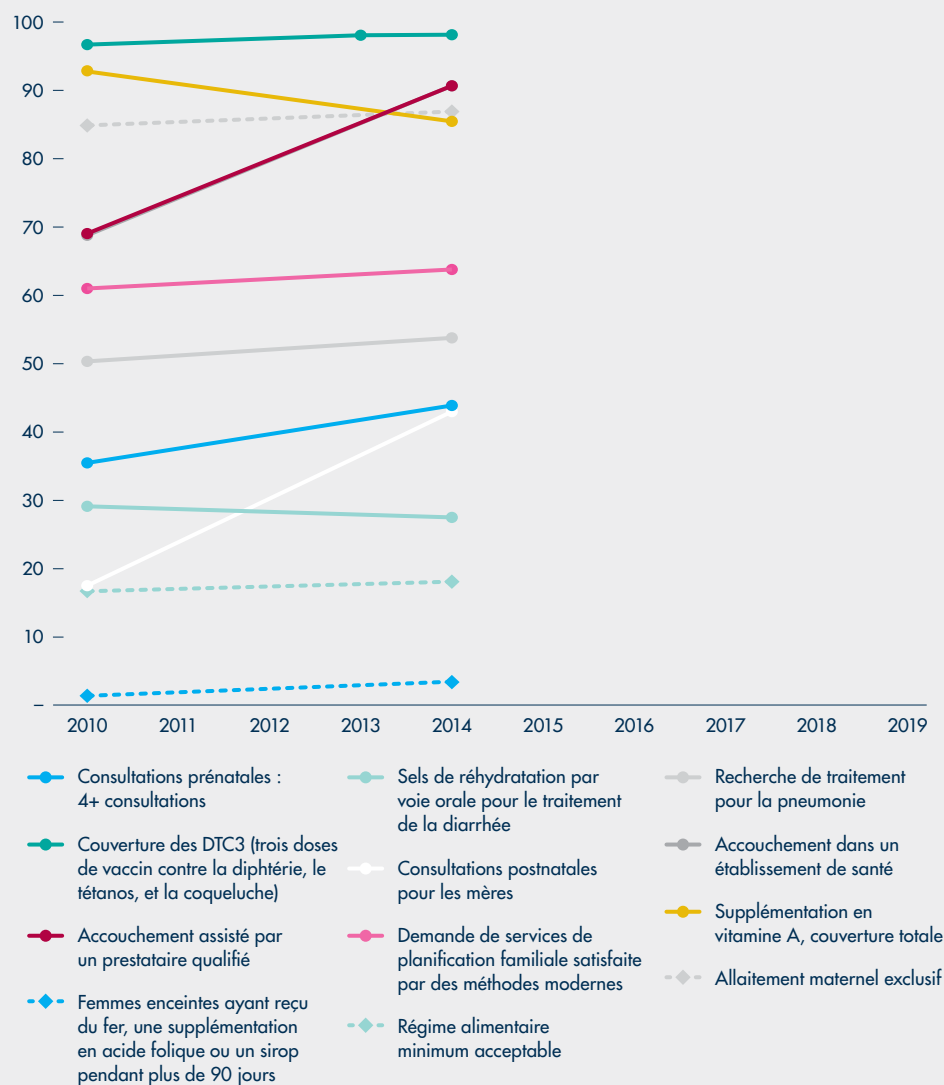
4 Déployer des approches et des stratégies communautaires pour améliorer le changement de comportement. Le GFF appuie le déploiement d'outils innovants tels que le tapis de mesure pour les enfants et cela, pour sensibiliser aux retards de croissance et déclencher des actions au niveau de la communauté et des ménages; le GFF appuie également la mise à l'échelle du DPE à domicile pour améliorer les pratiques d'alimentation et l'apprentissage et la stimulation précoces.

5 Appuyer un programme novateur de filet de sécurité sociale pour encourager le recours aux services de santé et de nutrition pendant les 1000 premiers jours. Le GFF a contribué à l'expansion du soutien direct sensible à la nutrition (NSDS) - un programme de transferts monétaires en coresponsabilité. Le GFF appuie également le renforcement du système de prestation du filet de sécurité, notamment en promouvant l'interopérabilité des systèmes d'information pour administrer efficacement le NSDS.

6 Renforcer la fonctionnalité du système d'enregistrement de statistiques de l'état civil (CRVS). Le GFF a contribué aux réformes réglementaires visant à améliorer l'enregistrement des naissances et des décès au niveau des établissements de santé et à relier les CRVS aux programmes de filet de sécurité pour permettre une meilleure inscription et un meilleur suivi de la conformité.

INDICATEURS DE COUVERTURE DE SRMNEA-N

Les données sur la vaccination sont présentées à partir du processus de rapport conjoint OMS/UNICEF et de récentes enquêtes démographiques. Tous les autres indicateurs de couverture de SRMNEA-N sont présentés à partir des enquêtes démographiques disponibles les plus récentes.



CARTOGRAPHIE DES RESSOURCES

Le ministère de la Santé dispose d'informations détaillées sur les ressources externes grâce à l'Outil de suivi des ressources de santé du gouvernement. Cependant, étant donné que le dossier d'investissement du Rwanda met principalement l'accent sur la nutrition, une cartographie des ressources multisectorielles est nécessaire. Le GFF appuie la Revue des dépenses et des institutions en matière de nutrition (NEIR) qui fournit une analyse détaillée du niveau et de la composition des dépenses du gouvernement et des bailleurs pour le programme de nutrition multisectoriel en utilisant le Plan stratégique du programme national de développement de la petite enfance (en guise de Dossier d'Investissement du GFF pour le Rwanda) comme référence. En outre, il a identifié des dispositions institutionnelles et de gestion des finances publiques essentielles pour renforcer le contrôle budgétaire et la redevabilité en matière de résultats. Le NEIR fournit les bases d'un dialogue politique avec le gouvernement sur l'institutionnalisation d'un système de suivi des dépenses multisectorielles par le biais du système IFMIS et d'une revue budgétaire complète reliant les dépenses et les résultats. Ceci a été convenu comme l'une des réformes majeures de la prochaine DPO du programme "Capital humain pour une croissance inclusive" (HCIG). Le GFF appuie l'assistance technique en cours durant l'exercice 2021 pour aider le gouvernement à atteindre ces objectifs.



PRINCIPAUX INDICATEURS D'IMPACT DE LA SRMNEA-N

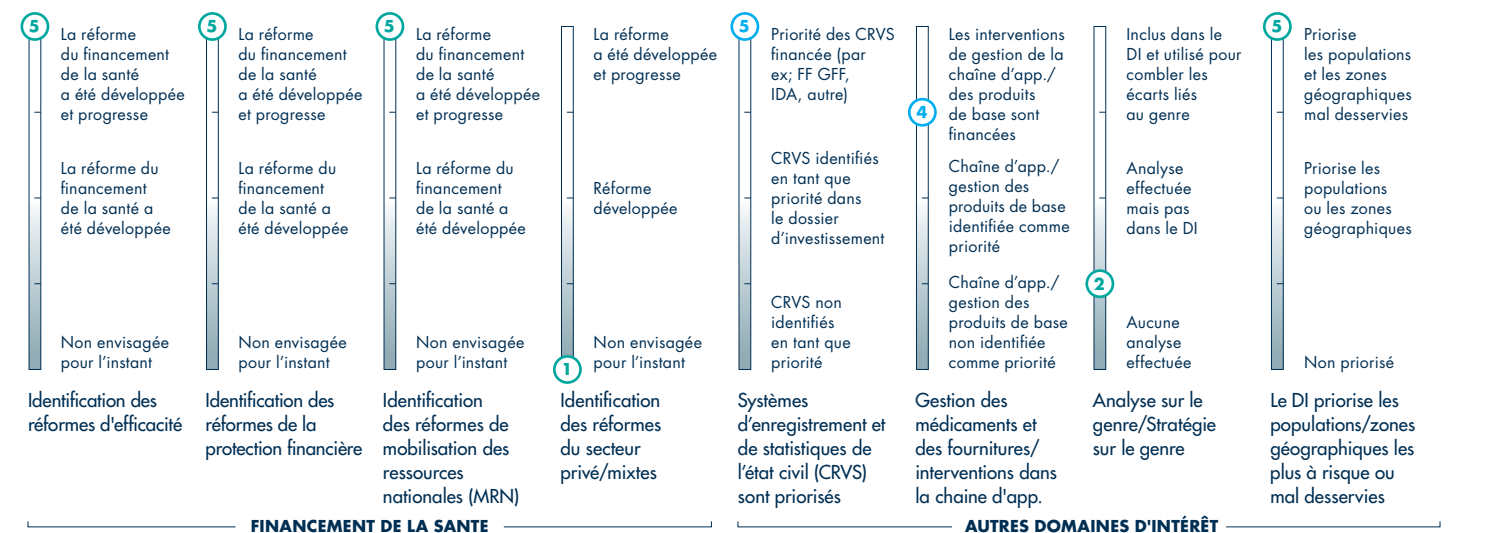
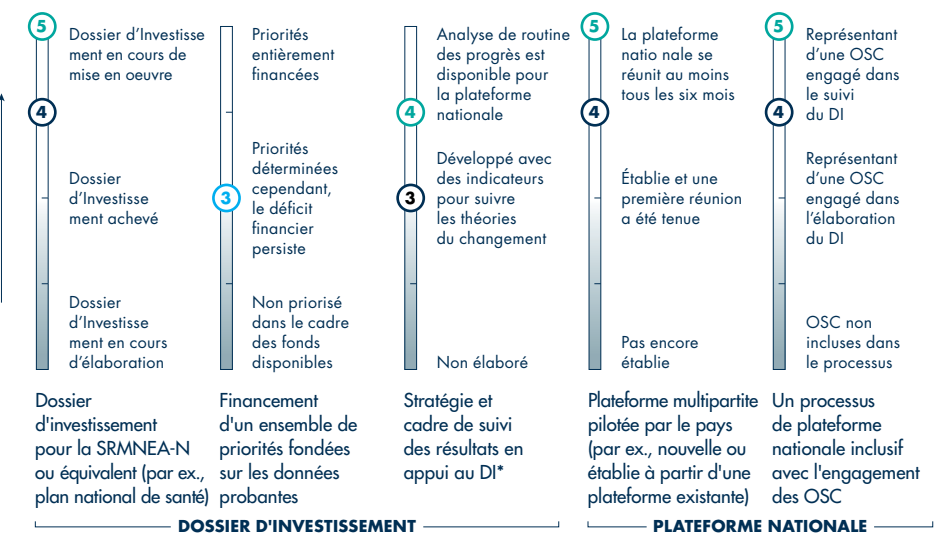
Indicateur	Précédents		Récents	
	Valeur	Année	Valeur	Année
Taux de mortalité maternelle (pour 100 000 naissances vivantes)	476	2010	210	2014
Taux de mortalité des moins de 5 ans (pour 1000 naissances vivantes)	76	2010	50	2014
Taux de mortalité néonatale (pour 1000 naissances vivantes)	27	2010	20	2014
Taux de natalité parmi les adolescentes - 15-19 ans (pour 1 000 femmes)	41	2010	45	2014
Naissances < 24 mois après l'accouchement précédent	19.9	2010	14	2014
Retard de croissance parmi les enfants de moins de 5 ans (%)	44.2	2010	37.9	2014
Émaciation modérée à sévère parmi les enfants de moins de 5 ans (%)	2.8	2010	2.2	2014

FINANCEMENT DE LA SANTÉ

Principaux indicateurs	2015	2016	2017
Dépenses publiques générales de santé (DGGHE), par habitant (US\$)	15.2	16.6	16.9
Dépenses publiques générales de santé (DGGHE) en tant que part des dépenses publiques générales (%)	7.9	8.9	8.9
Paiements directs de santé, par habitant (US\$)	3.5	3.1	3.1

Indicateurs spécifiques aux pays	2016	2017	2018	2019
Part du budget public consacré à la santé (%)	11.3	9.7	9.3	9
Exécution budgétaire (%)	81	94	92	-
Part des dépenses de santé allant aux prestataires de première ligne (%)	47.1	27.6	29.1	-

LE SUIVI DU PROCESSUS PILOTÉ PAR LE PAYS



○ Note du rapport annuel 2019/2020 ○ Note du rapport annuel 2018/2019 ○ Aucun changement entre la note de l'année dernière et celle de cette année
 * Tous deux inclus dans le document du DI ou dans un document séparé

LE RÔLE CATALYSEUR DU GFF

1 Accroître l'efficacité en renforçant les modalités de gestion des finances publiques (PFM), afin de mieux suivre les ressources consacrées à la santé, d'améliorer la planification budgétaire et d'accroître l'exécution du budget. Le GFF appuie (i) la mise en oeuvre de la budgétisation par programme : développement d'outils de budgétisation par programme, sessions de formation et recrutement de comptables au niveau régional ; (ii) la revue continue des dépenses publiques dans le domaine de la santé ; (iii) le travail analytique sur le chiffrage et la marge de manoeuvre budgétaire ; et (iii) le développement d'une unité fiduciaire au sein du ministère de la santé pour gérer les ressources externes.

2 Appuyer la mise en oeuvre du régime de couverture maladie universelle (CMU) en consolidant les régimes d'assurance santé de proximité tout en exemptant effectivement les pauvres. Le GFF appuie le programme de CMU par le biais du projet cofinancé par la Banque mondiale pour assurer l'extension du programme intégré Gratuité et de CMU ainsi que le programme de transfert d'argent aux femmes enceintes dans 6 régions prioritaires. En outre, le GFF finance un coordinateur de Providing for Health (P4H) qui aide le ministère de la Santé à superviser les réformes du financement de la santé.

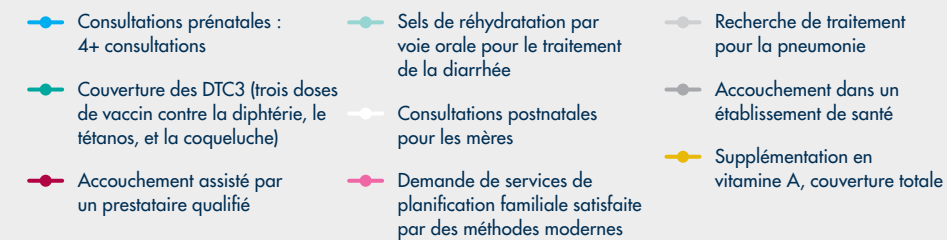
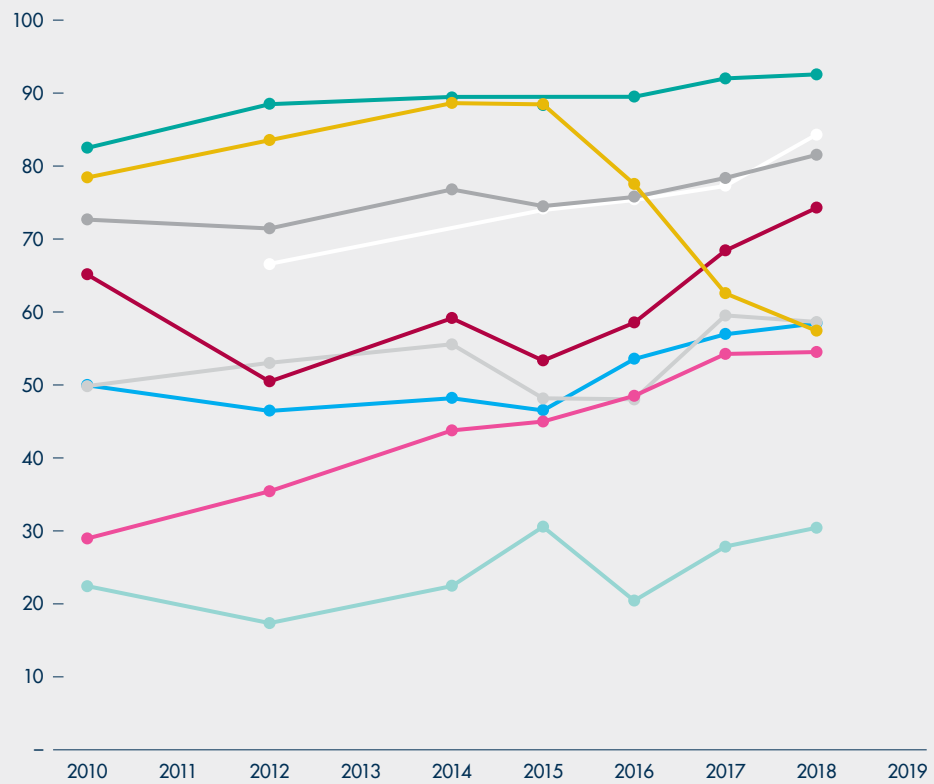
3 Renforcer la qualité des soins au niveau communautaire et des SSP. Le GFF contribue (i) à la formation continue des professionnels de la santé ; (ii) au renforcement de la capacité des régions médicales à gérer et à organiser des réseaux intégrés de services de santé de qualité ; (iii) à l'élaboration et au pilotage d'un processus d'accréditation dans deux régions ; et (iv) au renforcement de la redevabilité locale pour une meilleure qualité des soins par la publication de fiches de résultats locales de qualité.

4 Appuyer les efforts pour la disponibilité et l'analyse des données. Le GFF collabore avec Compté à Rebours 2030 pour renforcer la capacité analytique du pays. Le GFF appuie également l'amélioration des systèmes des CRVS et des processus de financement, en permettant l'interopérabilité entre le Système d'Information Sanitaire de District 2 (DHIS2) et le système des CRVS.

5 Renforcer les organisations de la société civile (OSC). Le GFF appuie la fonctionnalité de la plateforme des OSC, la mise en oeuvre d'une fiche de résultats communautaire, l'élaboration et la mise en place d'outils de veille et d'alerte ainsi que le plan de communication.

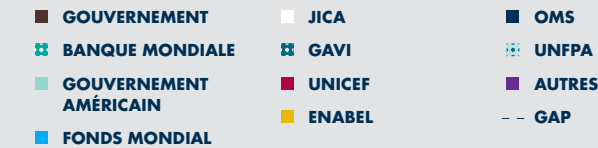
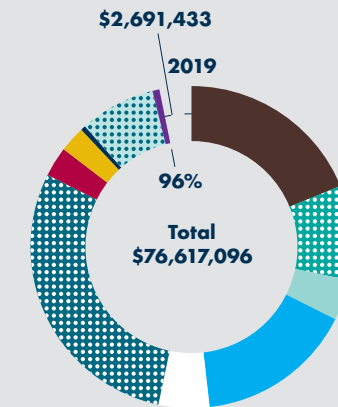
INDICATEURS DE COUVERTURE DE SRMNEA-N

Tous les indicateurs de couverture de SRMNEA-N sont présentés à partir des enquêtes démographiques les plus récentes disponibles.



CARTOGRAPHIE DES RESSOURCES

Le Sénégal a précédemment réalisé une cartographie des ressources pour le Dossier d'Investissement (DI), qui a identifié plus de 12 partenaires alignés sur et finançant les cinq priorités du DI et estimé un déficit financier de 32,5% sur une période de 5 ans (2017-2021). Le cycle suivant de la Cartographie des ressources et du suivi des dépenses (CRSD) en est à ses débuts. Ceci est considéré comme un outil qui permettra au Ministère de la Santé et de l'Action Sociale de mieux orienter les ressources limitées des différentes parties prenantes sur les priorités du secteur de la santé en général et du DI en particulier. Les résultats préliminaires sont attendus d'ici la fin du mois d'octobre 2020. Entre-temps, une récente collecte rapide de données a souligné que les bailleurs de fonds sont fortement alignés sur le DI en 2019, en finançant 78% de ses coûts. À titre de comparaison, la cartographie des ressources précédente indiquait que les bailleurs de fonds ne finançaient que 33% du DI. En revanche, la part des coûts du DI couverte par le gouvernement semble avoir diminué depuis la précédente cartographie des ressources. En 2019, la contribution du gouvernement en faveur du DI était de 14 M \$, soit 19% des coûts; dans la cartographie précédente, le gouvernement s'est engagé à financer environ 33% du coût du DI.



PRINCIPAUX INDICATEURS D'IMPACT DE LA SRMNEA-N

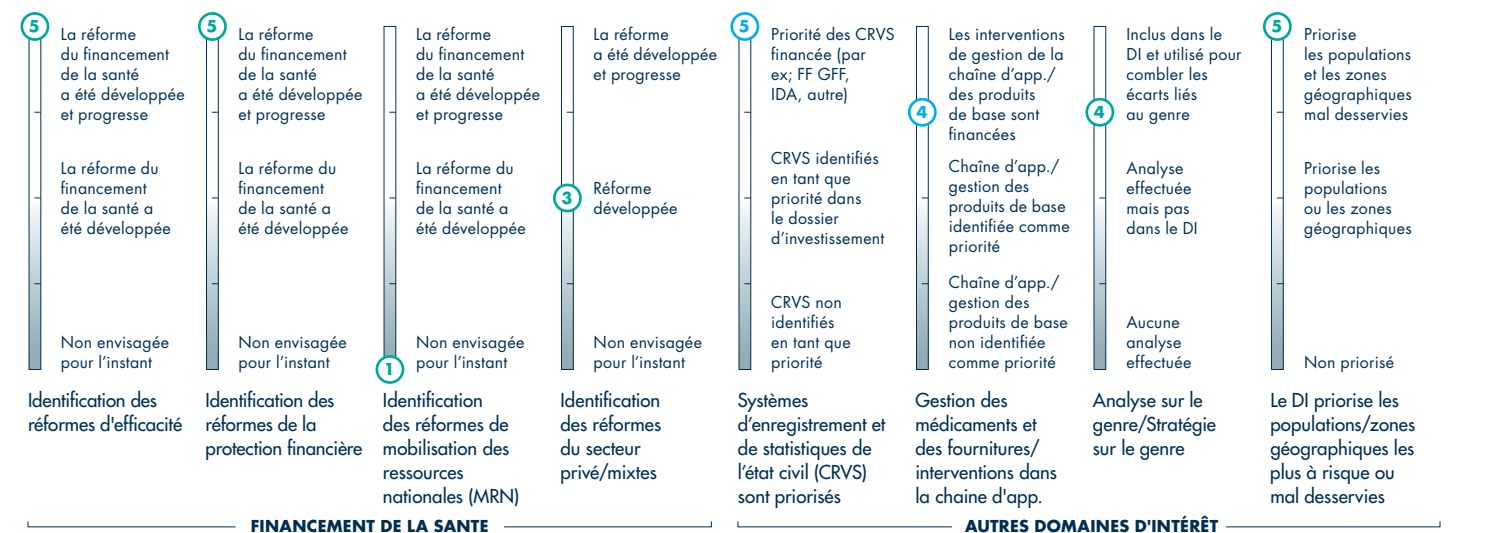
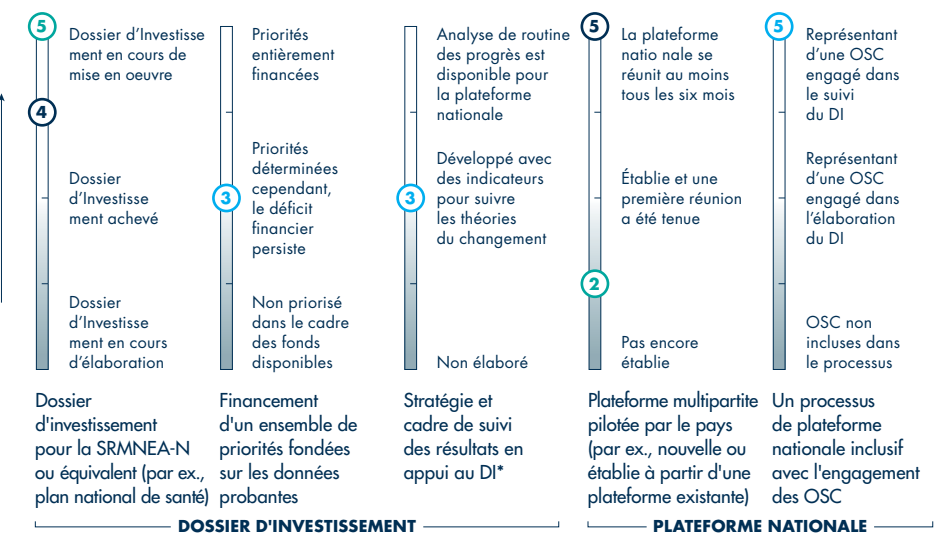
	Précédents	Récents
Taux de mortalité maternelle (pour 100 000 naissances vivantes)	236 (2017)	- (2019)
Taux de mortalité des moins de 5 ans (pour 1000 naissances vivantes)	51 (2018)	37 (2019)
Taux de mortalité néonatale (pour 1000 naissances vivantes)	23 (2018)	21 (2019)
Taux de natalité parmi les adolescentes - 15-19 ans (pour 1 000 femmes)	68 (2018)	71 (2019)
Naissances < 24 mois après l'accouchement précédent	15.8 (2017)	14.2 (2018)
Retard de croissance parmi les enfants de moins de 5 ans (%)	18.8 (2018)	17.9 (2019)
Émaciation modérée à sévère parmi les enfants de moins de 5 ans (%)	7.8 (2018)	8.1 (2019)

FINANCEMENT DE LA SANTÉ

Principaux indicateurs	2015	2016	2017
Dépenses publiques générales de santé (DGGHE), par habitant (US\$)	13.3	13.7	11.5
Dépenses publiques générales de santé (DGGHE) en tant que part des dépenses publiques générales (%)	4.7	4.5	3.9
Paiements directs de santé, par habitant (US\$)	27.5	27.9	28.8

Indicateurs spécifiques aux pays	2016	2017	2018	2019
Part du budget public consacré à la santé (%)	5.2	4.7	4.2	5
Exécution budgétaire (%)	92	81	89	93
Part des dépenses de santé allant aux prestataires de première ligne (%)	7	10	9	-
Nombre d'enfants de moins de 5 ans inscrits dans la politique de gratuité des soins de santé (en millions)	-	2.6	1.8	2

LE SUIVI DU PROCESSUS PILOTÉ PAR LE PAYS



○ Note du rapport annuel 2019/2020 ○ Note du rapport annuel 2018/2019 ○ Aucun changement entre la note de l'année dernière et celle de cette année

* Tous deux inclus dans le document du DI ou dans un document séparé

LE RÔLE CATALYSEUR DU GFF

1 Accroître l'efficacité grâce à la cartographie des ressources et au suivi des dépenses ; renforcer les systèmes et les capacités de financement de la santé ; et renforcer les modalités de gestion des finances publiques (PFM). Le GFF a appuyé la mise au point de l'évaluation du système de financement de la santé en 2019 et de la revue des dépenses publiques pour 2020.

2 Améliorer l'efficacité du secteur à travers une approche de financement basé sur la performance (FBP) afin d'augmenter la proportion de financement des soins de santé primaires et des niveaux de gestion des districts sanitaires, favorisant ainsi la décentralisation fiscale et la semi-autonomie aux niveaux périphériques. Les changements seront impulsés par le projet cofinancé par la Banque mondiale et le GFF. Plus précisément, le GFF appuie l'élaboration d'une cartographie des formations sanitaires, d'un manuel de FBP, d'une liste de contrôle de la qualité et d'un portail/module de FBP dans le Système de l'information sanitaire de district 2 (DHIS2).

3 Renforcer les systèmes de routine du ministère de la santé en mettant l'accent sur les systèmes de l'information sanitaire, le suivi et l'évaluation (S&E) et la gestion des ressources humaines. Le GFF appuiera (i) la cartographie des capacités et du soutien actuels du SGIS dans le pays à tous les niveaux ; (ii) l'élaboration d'un plan de renforcement du système de gestion de l'information sanitaire ; et (iii) la production d'une fiche de résultats pour le suivi de la mise en oeuvre du DI ; (iv) la formation des équipes de gestion sanitaire des districts ; et (v) l'élaboration d'enquêtes sur les formations sanitaires.

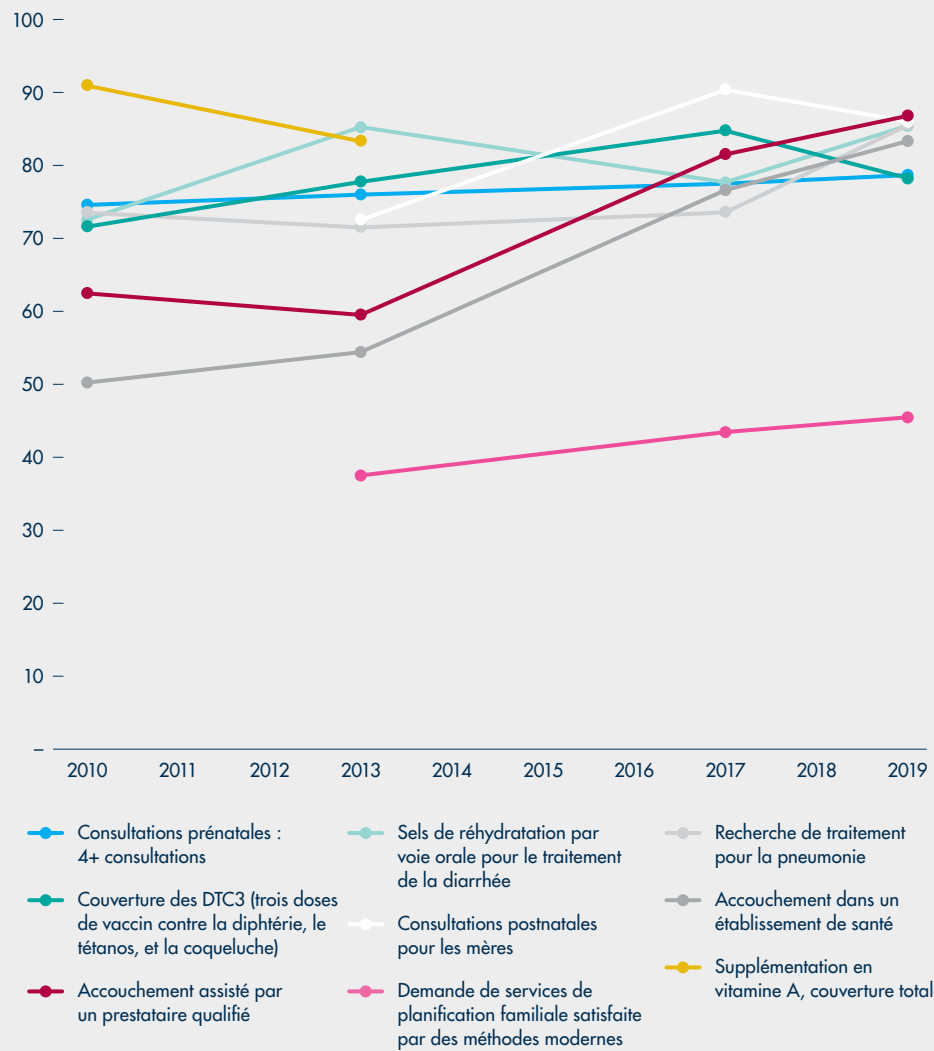
4 Renforcer le système de priorisation et de suivi de la stratégie de SRMNEA, y compris l'accent mis sur la santé des adolescents. Le GFF appuiera la revue à mi-parcours du DI et redéfinira les priorités des activités afin de mettre davantage l'accent sur la qualité des soins, la santé néonatale et la santé sexuelle et reproductive des adolescents.

5 Améliorer la coordination des partenaires à travers la plateforme nationale. Le GFF appuiera l'élargissement de la plateforme nationale pour inclure davantage de parties prenantes et renforcera la plateforme dans la mise en oeuvre et le suivi du dossier d'investissement.

6 Renforcer le système d'enregistrement et de statistiques de l'état civil. Le GFF renforcera la capacité de l'agence d'enregistrement de l'état civil et appuiera la mise au point des services d'enregistrement des naissances et des décès.

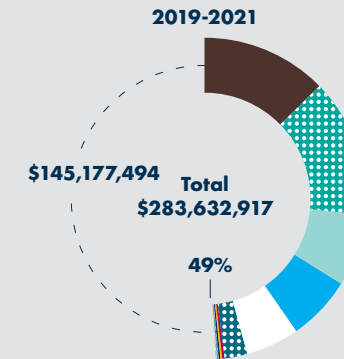
INDICATEURS DE COUVERTURE DE SRMNEA-N

Tous les indicateurs de couverture de SRMNEA-N sont présentés à partir des enquêtes démographiques les plus récentes disponibles.



CARTOGRAPHIE DES RESSOURCES

La Sierra Leone a précédemment effectué une cartographie des ressources pour le DI, qui a identifié plus de 15 partenaires alignés sur la stratégie de SRMNEA 2017-2021 et la finançant. Le pays mène actuellement son premier exercice de cartographie des ressources sectorielles et de suivi des dépenses dans le domaine de la santé, qui sera entrepris dans le cadre d'une revue des dépenses publiques du secteur de la santé au niveau national. Plus précisément, l'analyse portera sur les niveaux et la composition des dépenses nationales de santé, documentera toutes les sources de financement du secteur de la santé (y compris le financement des bailleurs) et évaluera l'exécution du budget. L'objectif principal de l'exercice est d'informer les décideurs politiques de l'efficacité, de l'efficience et de l'équité des dépenses de santé en Sierra Leone. La cartographie des ressources présentée ici met en avant les financements précédemment prévus pour le DI au cours des années fiscales 2019-2021.



- GOVERNEMENT
- BANQUE MONDIALE
- GAVI
- DFID
- FONDS MONDIAL
- UNFPA
- UNICEF
- USAID/PEPFAR
- BAILLEUR PRIVÉ
- FONDS FIDUCIAIRE A BAILLEURS MULTIPLES
- IRISH AID
- FONDS MUTI TRANSFER POUR LA RÉPONSE CONTRE L'ÉBOLA
- BMGF
- OMS AFRO
- WAHO
- ADB
- GOVERNEMENT ITALIEN
- GAP

PRINCIPAUX INDICATEURS D'IMPACT DE LA SRMNEA-N

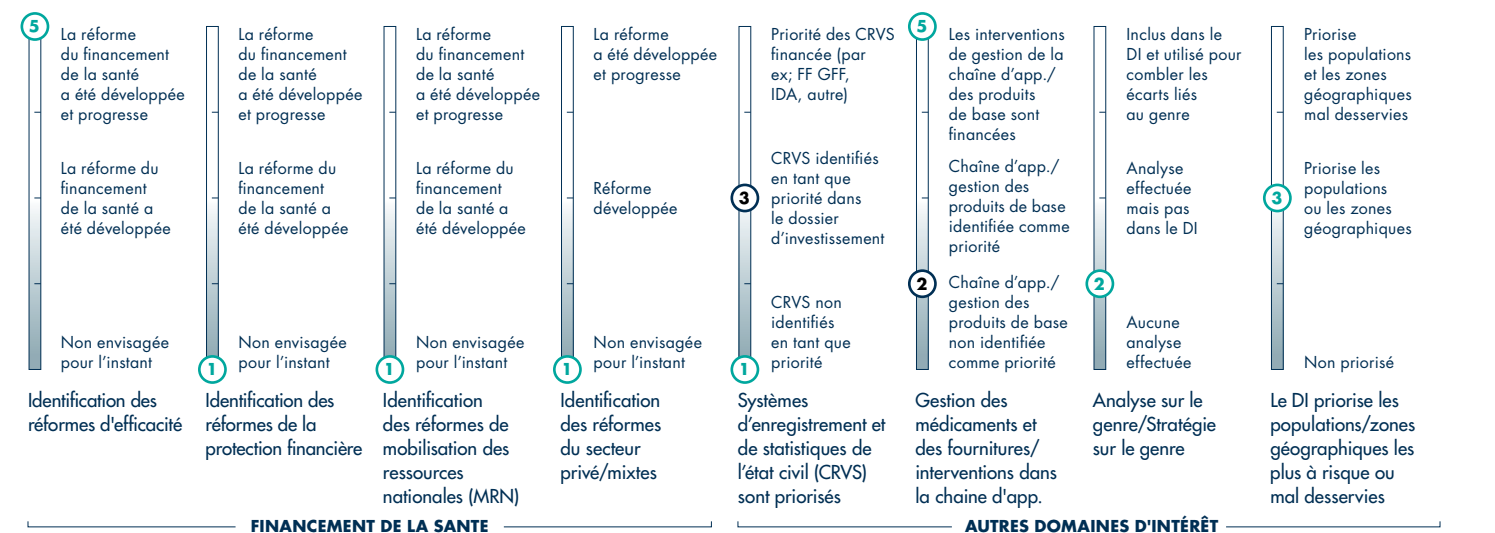
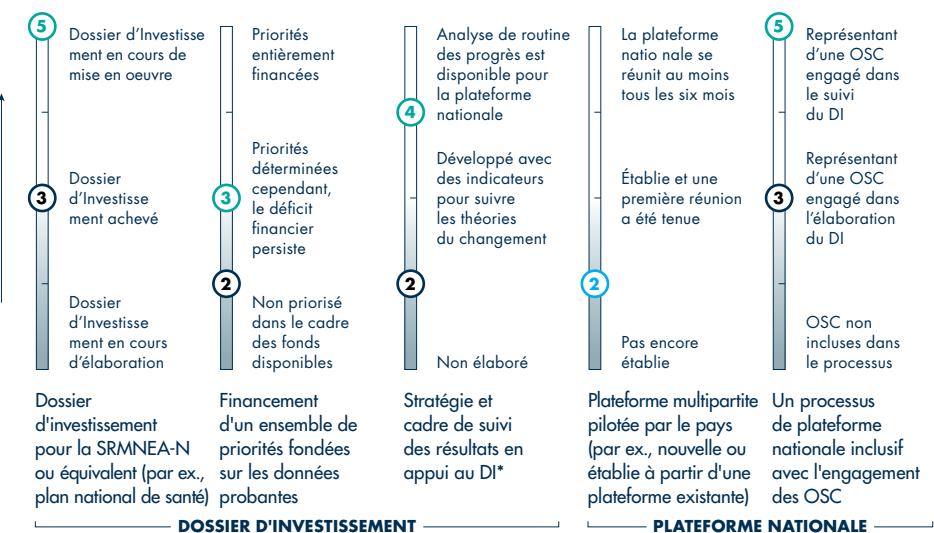
Indicateur	Précédents		Récents	
	Année	Valeur	Année	Valeur
Taux de mortalité maternelle (pour 100 000 naissances vivantes)	2013	1,165	2019	717
Taux de mortalité des moins de 5 ans (pour 1000 naissances vivantes)	2013	156	2019	122
Taux de mortalité néonatale (pour 1000 naissances vivantes)	2013	39	2019	31
Taux de natalité parmi les adolescentes - 15-19 ans (pour 1 000 femmes)	2013	125	2019	102
Naissances < 24 mois après l'accouchement précédent	2013	16.1	2019	15
Retard de croissance parmi les enfants de moins de 5 ans (%)	2013	37.9	2019	30
Émaciation modérée à sévère parmi les enfants de moins de 5 ans (%)	2013	9.3	2019	5.4

FINANCEMENT DE LA SANTÉ

Principaux indicateurs	2015	2016	2017
Dépenses publiques générales de santé (DGGHE), par habitant (US\$)	7.7	9	9.1
Dépenses publiques générales de santé (DGGHE) en tant que part des dépenses publiques générales (%)	7.9	7.9	7.9
Paievements directs de santé, par habitant (US\$)	35.1	33.5	33.5

Indicateurs spécifiques aux pays	2016	2017	2018	2019
Part du budget public consacré à la santé (%)	6.6	4.5	6	7
Exécution budgétaire (%)	100	91	78	-
Part des dépenses de santé allant aux prestataires de première ligne (%)	3	2	3	-

LE SUIVI DU PROCESSUS PILOTÉ PAR LE PAYS



○ Note du rapport annuel 2019/2020 ○ Note du rapport annuel 2018/2019 ○ Aucun changement entre la note de l'année dernière et celle de cette année

LE RÔLE CATALYSEUR DU GFF

1 La Somalie a intégré le GFF en 2019 et est en train d'élaborer un dossier d'investissement priorisé. La Somalie a déjà mis en place une plateforme à multiples parties prenantes pilotée par le pays qui se réunit régulièrement et travaille à identifier la représentation des OSC pour leur engagement dans le processus d'élaboration du DI.

2 Améliorer la santé des femmes et des enfants à travers l'élaboration et la prestation d'un ensemble de services de santé essentiels priorisés. Le GFF appuie le processus de priorisation de l'ensemble de services essentiels de santé (EPHS), qui a pour objectif d'identifier les interventions permettant de maximiser les résultats sanitaires et cela, sur la base de données probantes mondiales, de la charge de morbidité de la Somalie, de l'enveloppe de ressources disponibles et de la capacité à fournir des services fondés sur l'EPHS actuel de la Somalie, partiellement mis en oeuvre. Le dossier d'investissement de la Somalie devrait mettre l'accent sur la mise en oeuvre de l'EPHS pour aider à relever les défis actuels liés à la fragmentation de la couverture de l'EPHS.

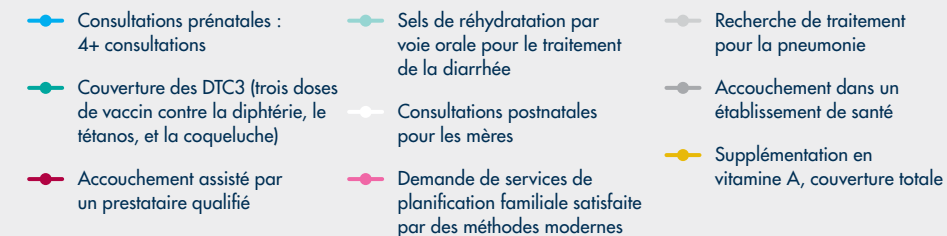
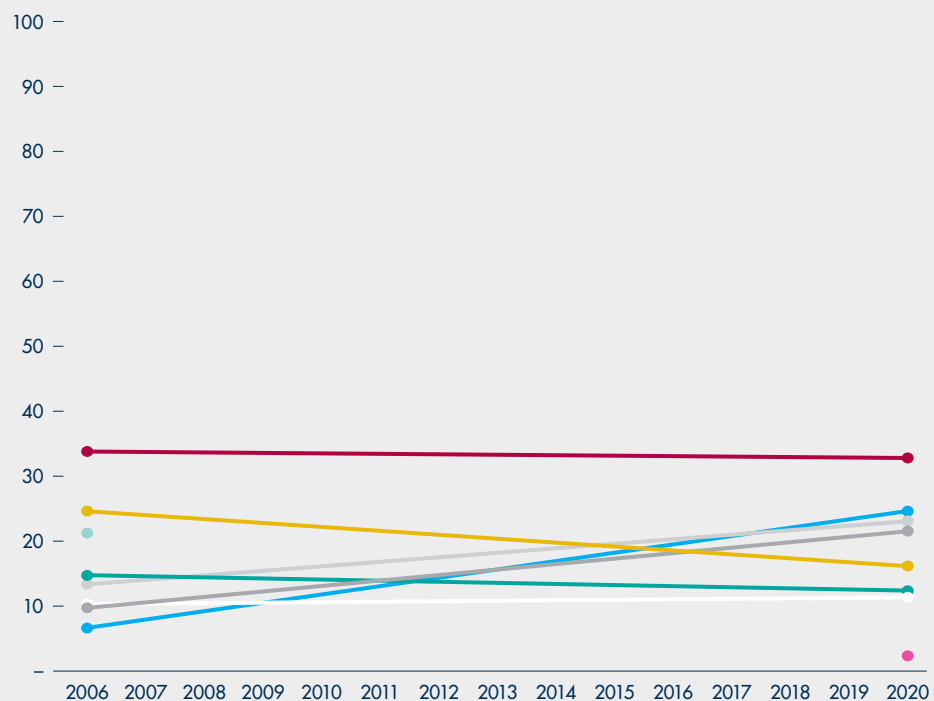
3 Accroître l'efficacité grâce à la cartographie des ressources et à une meilleure coordination des partenaires. Le GFF fournit une assistance technique pour la cartographie des ressources afin de s'assurer que le gouvernement a une compréhension complète de l'étendue et de la concentration géographique des engagements et des dépenses des bailleurs externes, afin d'aligner efficacement le dossier d'investissement et les stratégies de santé du pays avec les ressources disponibles.

4 Renforcer les systèmes de routine du ministère de la santé en mettant l'accent sur les systèmes de l'information sanitaire, le suivi et l'évaluation et la gestion de la chaîne d'approvisionnement. Le GFF appuie le rôle de leader du gouvernement, en mettant l'accent sur les fonctions de gérance pour améliorer et accroître la production de données, la coordination et l'utilisation des données pour la prise de décision.

5 Engager le secteur privé à améliorer les résultats en matière de santé pour les femmes et les enfants. Le GFF appuiera la mise en oeuvre d'une stratégie d'engagement du secteur privé en cours d'élaboration avec le soutien de GAVI, du Fonds mondial et de la Banque mondiale.

INDICATEURS DE COUVERTURE DE SRMNEA-N

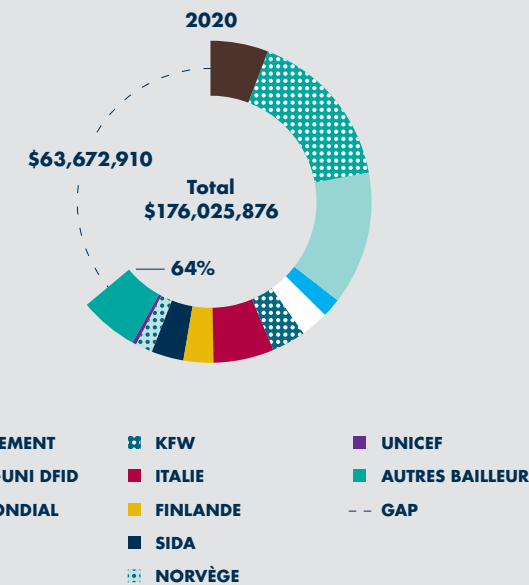
Tous les indicateurs de couverture de SRMNEA-N sont présentés à partir des enquêtes démographiques les plus récentes disponibles.



En raison des problèmes de sécurité en Somalie, les données relatives à la prestation des services de santé et aux résultats ont été extrêmement limitées et, par conséquent, les indicateurs de couverture des services de santé ne sont historiquement disponibles que pour l'année 2006. La première Enquête sur la santé et la démographie en Somalie (SHDS) a été menée en 2019 et publiée en 2020. Les données de la SHDS ont été extrêmement importantes pour mieux comprendre l'état actuel de la prestation des services de santé en Somalie, mais des lacunes dans les données historiques subsistent. C'est pourquoi nous avons présenté les tendances de l'Enquête en grappes à indicateurs multiples (MICS) de 2006 à la toute dernière Enquête démographique et de santé (EDS) sur la Somalie.

CARTOGRAPHIE DES RESSOURCES

La Somalie a procédé à la cartographie des ressources et au suivi des dépenses dans le cadre de la première élaboration de son Dossier d'Investissement (DI). Avant l'exercice, il y avait peu d'informations disponibles sur le financement du secteur de la santé en Somalie - y compris les sources (qui), les projets et les activités (quoi) et la répartition géographique (où) - créant ainsi une fragmentation. Ce problème était d'autant plus sérieux que le financement externe de la santé constitue une part importante du financement total du secteur de la santé, et que la plupart de ces financements sont hors budget. La cartographie des ressources a permis au gouvernement de mieux comprendre le paysage du financement de la santé en Somalie afin d'améliorer la planification future et d'aligner les stratégies de DI et de santé du pays sur les ressources disponibles. L'exercice a permis de cartographier les ressources - tant humanitaires que de développement - et cela, en fonction du deuxième Plan stratégique du secteur de la santé (HSSP II) 2017-2021 de la Somalie, et de l'ensemble essentiel de services de santé (EPHS) au niveau infranational.



La cartographie des ressources et le suivi des dépenses sont en cours en Somalie. Ainsi, les données sur les dépenses nationales et les coûts totaux sont en cours d'actualisation. Les données relatives au financement externe ont été validées avec tous les partenaires de développement en Somalie. La contribution de la Banque mondiale et du GFF n'est pas prise en compte dans la cartographie des ressources car l'opération de la Banque mondiale/GFF est en cours de préparation et sera effective en 2021.

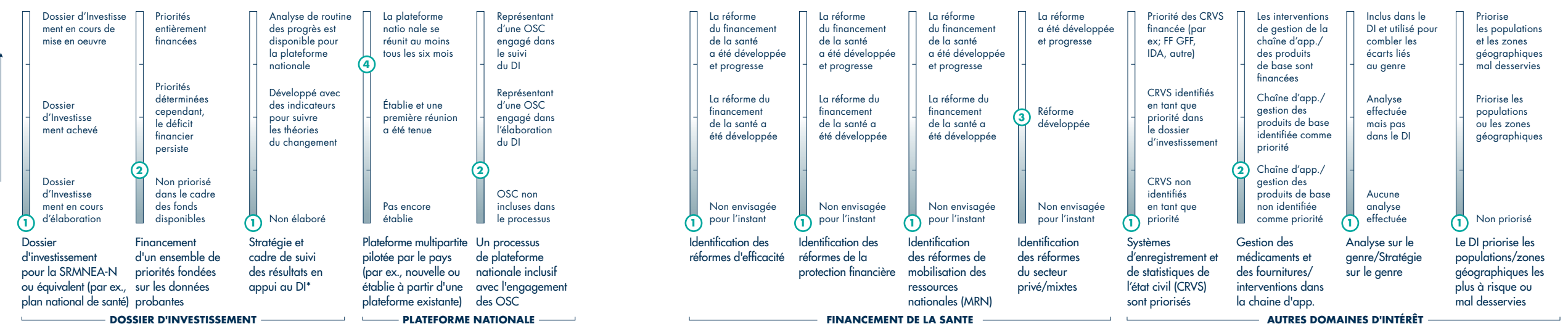
PRINCIPAUX INDICATEURS D'IMPACT DE LA SRMNEA-N

Indicateur	Précédents		Récents	
	Année	Valeur	Année	Valeur
Taux de mortalité maternelle (pour 100 000 naissances vivantes)	2006	1,044	2020	692
Taux de mortalité des moins de 5 ans (pour 1000 naissances vivantes)	2006	135	-	-
Taux de mortalité néonatale (pour 1000 naissances vivantes)	2006	41	-	-
Taux de natalité parmi les adolescentes - 15-19 ans (pour 1 000 femmes)	2006	123	2020	140
Naissances < 24 mois après l'accouchement précédent	-	-	2020	41.2
Retard de croissance parmi les enfants de moins de 5 ans (%)	2006	38	2020	27.8
Émaciation modérée à sévère parmi les enfants de moins de 5 ans (%)	2006	11	2020	11.6

FINANCEMENT DE LA SANTÉ

En raison des problèmes de sécurité en Somalie, les données sur le financement de la santé ont été extrêmement limitées et il manque donc des données récentes pour les indicateurs de base et les indicateurs spécifiques au pays. La première cartographie des ressources et de suivi des dépenses de santé en Somalie ont été réalisés en 2020 avec l'appui du GFF et il a été extrêmement important de mieux comprendre l'état actuel du financement du secteur de la santé en Somalie.

LE SUIVI DU PROCESSUS PILOTÉ PAR LE PAYS



Note du rapport annuel 2019/2020

* Tous deux inclus dans le document du DI ou dans un document séparé

LE RÔLE CATALYSEUR DU GFF

1 Améliorer l'efficacité en mettant à l'échelle les mécanismes de paiement basés sur les résultats.

Le GFF a appuyé: (i) la préparation d'une revue des dépenses publiques (PER); (ii) l'élaboration d'une série de notes politiques succinctes sur des sujets clés (espace budgétaire, exécution du budget, priorisation); (iii) une évaluation de la gestion des finances publiques (PFM); et (iv) l'élaboration d'une feuille de route pour l'alignement des flux de financement.

2 Continuer à appuyer le renforcement de l'alignement des partenaires et la réduction de la fragmentation.

Le GFF a contribué à la mise au point du financement du "panier de biens et services de santé" et à l'institutionnalisation de la cartographie des ressources.

3 Renforcer le financement direct des établissements de santé,

afin de permettre aux établissements de santé primaires de fournir des services, d'améliorer la qualité des soins et de remédier aux goulots d'étranglement du système de santé. Le GFF appuie la mise en oeuvre à l'échelle nationale du financement direct des établissements de santé.

4 Suivre les progrès et aider les décideurs à tous les niveaux à réduire la mortalité maternelle et néonatale en utilisant les données de la fiche de résultats trimestrielle pour la SRMNEA.

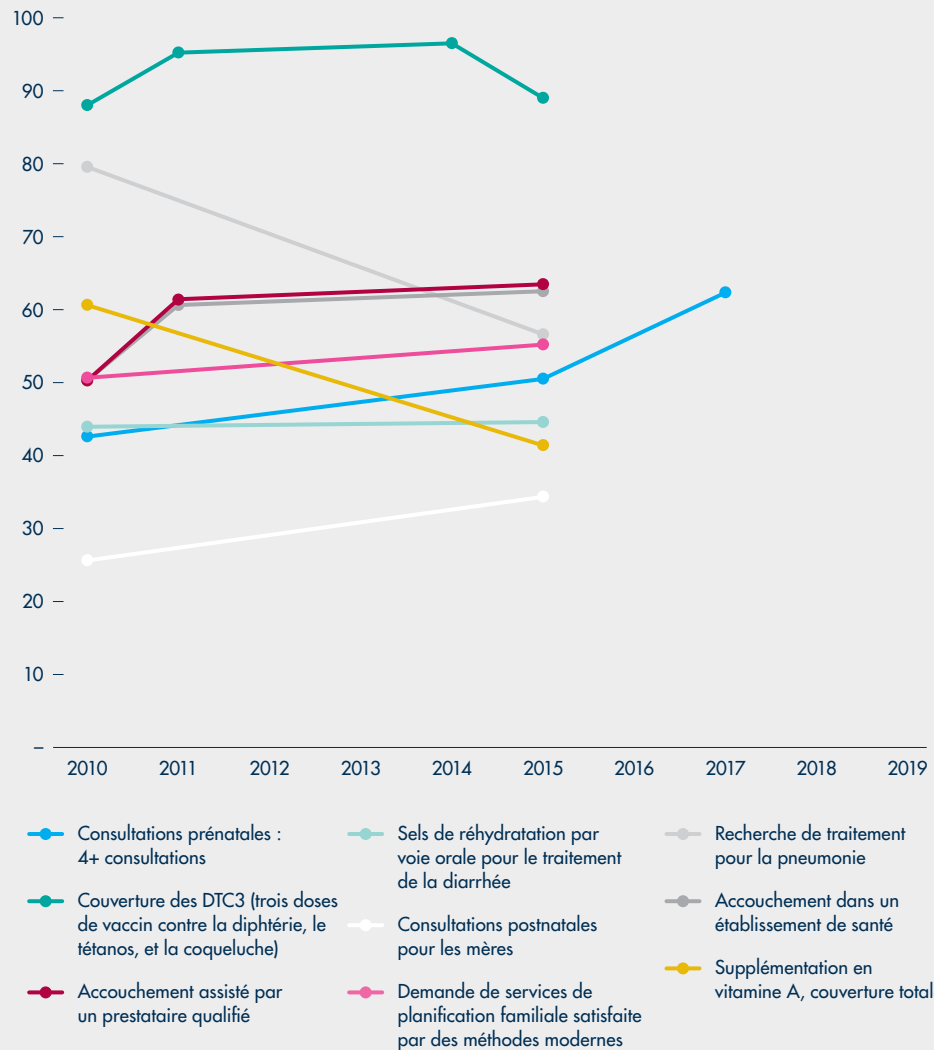
Le GFF a appuyé un processus en trois étapes: (i) une revue approfondie des goulots d'étranglement en matière de qualité des données; (ii) sur la base de cette revue, une stratégie globale d'amélioration et d'utilisation de la qualité des données; et (iii) la rationalisation et l'harmonisation du processus de vérification, de contre-vérification et d'évaluation de la qualité des données.

5 Renforcer les capacités des pays en matière d'analyse des données.

Le GFF, en collaboration avec Compte à Rebours pour 2030, appuie le renforcement des capacités des universités, des institutions de recherche et des fonctionnaires gouvernementaux en matière d'analyse des données.

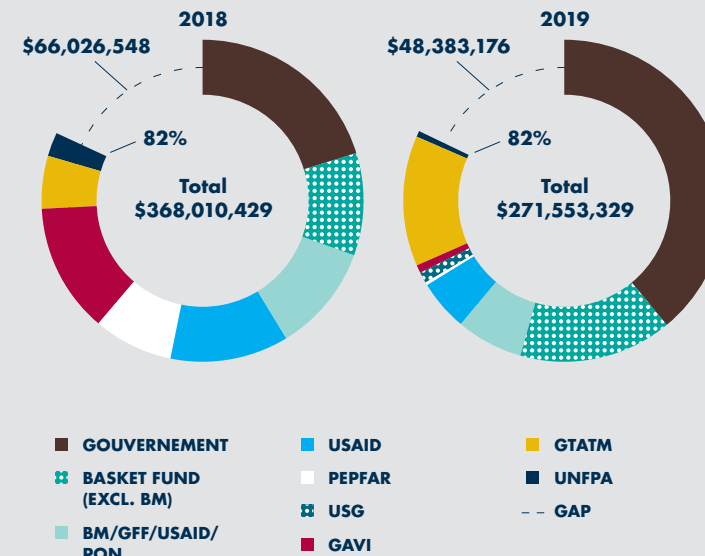
INDICATEURS DE COUVERTURE DE SRMNEA-N

Les données sur la vaccination sont présentées à partir du processus de rapport conjoint OMS/UNICEF et d'enquêtes démographiques récentes. Tous les autres indicateurs de couverture de SRMNEA-N sont présentés à partir des enquêtes démographiques les plus récentes disponibles.



CARTOGRAPHIE DES RESSOURCES

Le dossier d'investissement de la Tanzanie est le "One Plan II". La cartographie des ressources du "One Plan II" pour 2019 et 2018 révèle une amélioration de la mobilisation des ressources nationales qui a augmenté en termes absolus et relatifs entre 2018 et 2019. Le gouvernement de Tanzanie a financé 20% du DI en 2018 et 39% en 2019. Le nombre de bailleurs de fonds reste identique entre les deux années et les contributions des bailleurs de fonds semblent avoir diminué en termes absolus et relatifs. Le coût du "One Plan II" a également diminué en 2019, ce qui pourrait expliquer la baisse des besoins et des contributions. Les données de la cartographie actualisée des ressources ont été utilisées pour comprendre l'équité et l'efficacité de l'allocation des ressources autour des priorités de SRMNEA et des provinces. Le ministère de la Santé est également en train de préparer une cartographie des ressources pour le nouveau dossier d'investissement afin d'appuyer sa priorisation.



PRINCIPAUX INDICATEURS D'IMPACT DE LA SRMNEA-N

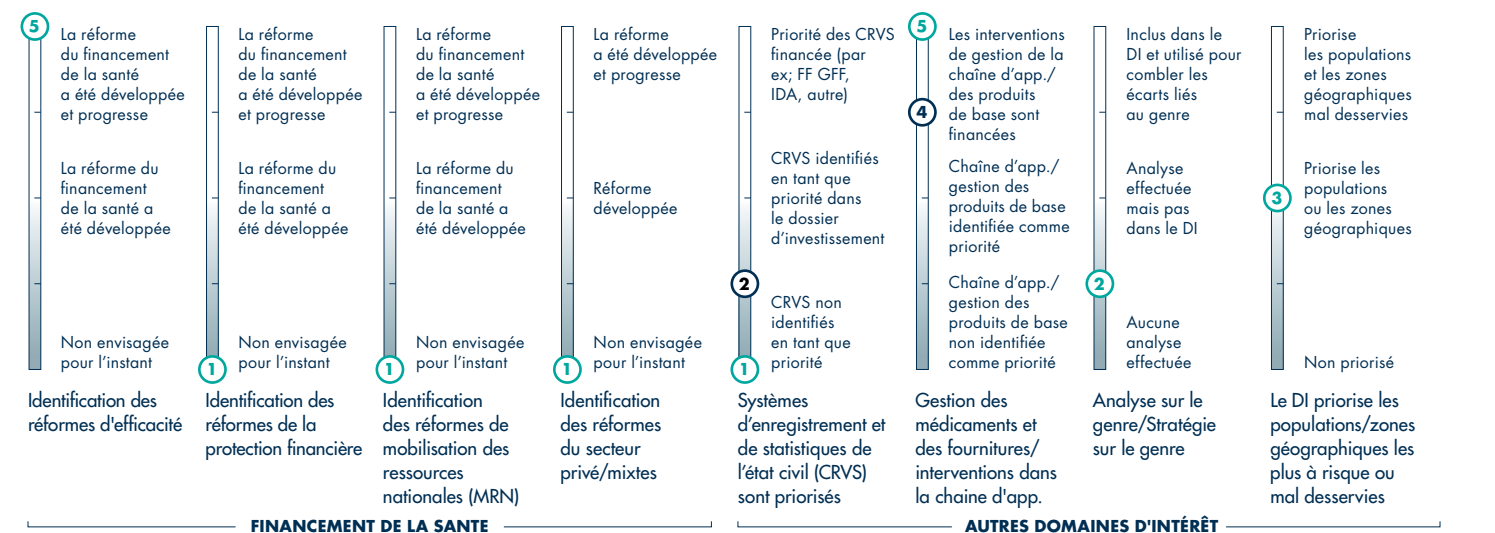
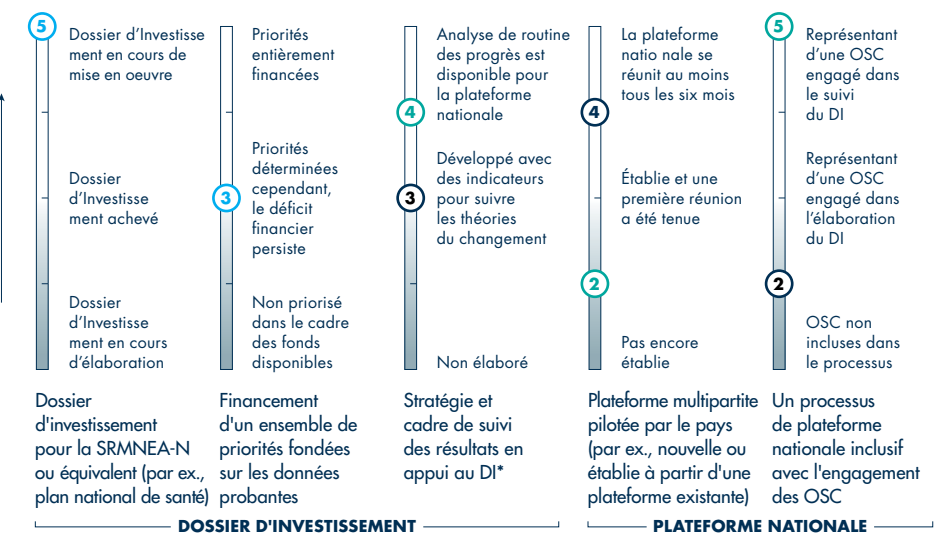
Indicateur	Précédents		Récents	
	Année	Valeur	Année	Valeur
Taux de mortalité maternelle (pour 100 000 naissances vivantes)	2010	454	2015	556
Taux de mortalité des moins de 5 ans (pour 1000 naissances vivantes)	2010	81	2015	67
Taux de mortalité néonatale (pour 1000 naissances vivantes)	2010	26	2015	25
Taux de natalité parmi les adolescentes - 15-19 ans (pour 1 000 femmes)	2010	116	2015	132
Naissances < 24 mois après l'accouchement précédent	2010	15.6	2015	18.8
Retard de croissance parmi les enfants de moins de 5 ans (%)	2010	42	2015	34
Émaciation modérée à sévère parmi les enfants de moins de 5 ans (%)	2010	4.8	2015	4.4

FINANCEMENT DE LA SANTÉ

Principaux indicateurs	2015	2016	2017
Dépenses publiques générales de santé (DGGHE), par habitant (US\$)	10.9	14.5	14.7
Dépenses publiques générales de santé (DGGHE) en tant que part des dépenses publiques générales (%)	7.3	9.5	9.5
Paievements directs de santé, par habitant (US\$)	8.2	7.8	8.2

Indicateurs spécifiques aux pays	2016	2017	2018	2019
Part du budget public consacré à la santé (%)	7.7	8.4	7.2	-
Exécution budgétaire (%)	76	81	82	66
Part des dépenses de santé allant aux prestataires de première ligne (%)	88	76	-	-
Nombre d'établissements de santé mettant en oeuvre le FBR (en milliers)	1.2	1.7	1.7	1.9
Pourcentage d'établissements de santé recevant de financements par le biais du programme de financement direct des établissements de santé (DHFF)	-	-	66	100

LE SUIVI DU PROCESSUS PILOTÉ PAR LE PAYS



○ Note du rapport annuel 2019/2020 ○ Note du rapport annuel 2018/2019 ○ Aucun changement entre la note de l'année dernière et celle de cette année

LE RÔLE CATALYSEUR DU GFF

1 Le Tchad a intégré le GFF en 2019 et est en train d'élaborer un dossier d'investissement priorisé. Le Tchad a déjà mis en place une plateforme à multiples parties prenantes pilotée par le pays qui se réunit régulièrement.

2 Prioriser et coordonner les investissements dans la prestation de services de SRMNEA à travers l'élaboration du Dossier d'Investissement. Le GFF a fourni une assistance technique pour lancer le processus du GFF, a mis en place la plateforme nationale et le groupe de travail pour l'élaboration du DI, a conçu une feuille de route pour l'élaboration du DI, et a organisé des ateliers pour l'analyse de la situation sur laquelle s'appuyer pour établir le Dossier d'Investissement.

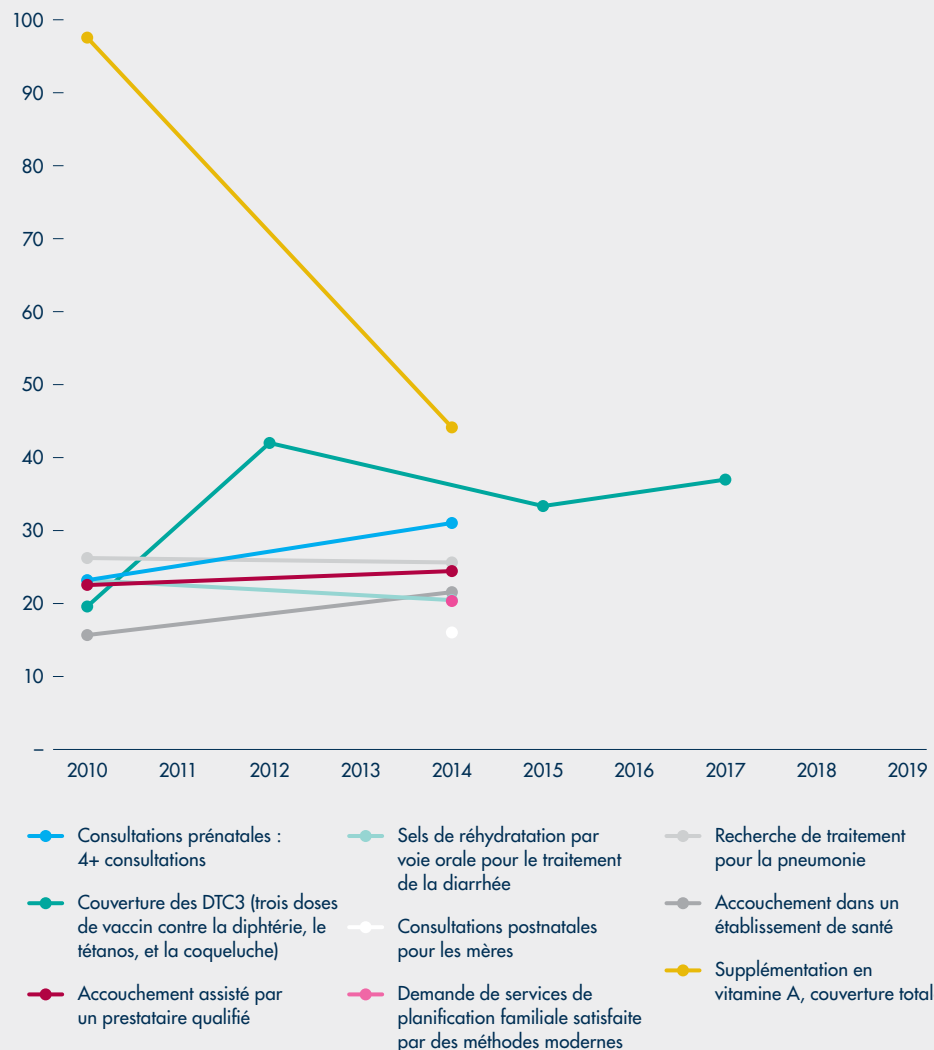
3 Fournir une assistance technique pour la conception du financement basé sur les résultats (FBR). Des experts du GFF ont aidé l'équipe nationale à réfléchir à la conception du prochain programme de FBR en préparation et cela, dans le cadre du projet cofinancé par la Banque mondiale et le GFF, y compris un dialogue précoce sur l'institutionnalisation du FBR en tant qu'instrument d'achat stratégique national.

4 Appuyer la cartographie des ressources pour une meilleure efficacité. Le GFF fournit une assistance technique pour l'exercice de cartographie des ressources qui vise à saisir rapidement un budget prospectif et des données budgétaires passées de haut niveau provenant du gouvernement et/ou de partenaires externes. Au Tchad, la cartographie des ressources concerne la cartographie du budget externe et gouvernemental lié aux priorités du DI de la stratégie de SRMNEA dont le DI sera tirée. L'exercice de cartographie des ressources se situe à un stade précoce de la collecte de données.

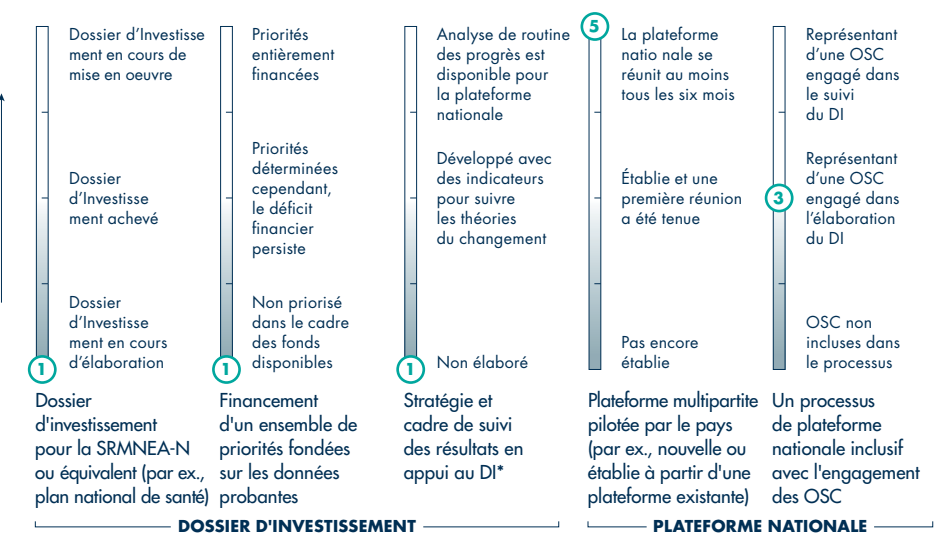
5 Renforcer les organisations de la société civile (OSC). Les OSC bénéficient d'un renforcement des capacités fourni par le centre des OSC du GFF et cela, dans le but d'être équipées pour une participation efficace au processus du GFF en général et à l'élaboration et la mise en oeuvre du DI en particulier. Les consultations se situent à un stade avancé pour affiner l'identification des besoins afin de s'assurer que l'appui est aussi bien coordonné et efficace que possible.

INDICATEURS DE COUVERTURE DE SRMNEA-N

Les données sur la vaccination sont présentées à partir du processus de rapport conjoint OMS/UNICEF et de récentes enquêtes démographiques. Tous les autres indicateurs de couverture de SRMNEA-N sont présentés à partir des enquêtes démographiques disponibles les plus récentes.



LE SUIVI DU PROCESSUS PILOTÉ PAR LE PAYS



CARTOGRAPHIE DES RESSOURCES

Le premier cycle de cartographie des ressources au Tchad a été lancé et mettra l'accent dans un premier temps sur le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS 2018-2021) afin d'appuyer le développement et d'informer la priorisation du dossier d'investissement. Les données sur les engagements budgétaires du gouvernement et des partenaires au développement permettront d'avoir une compréhension commune et claire du financement national et externe disponible pour le secteur de la santé et des déficits de financement. Le processus de mobilisation des ressources au Tchad est dans sa phase initiale et les activités se sont jusqu'à présent concentrées sur la coordination et l'alignement avec d'autres initiatives telles que la cartographie des ressources du plan de réponse de la Covid-19 et des Comptes nationaux de la santé, sous la direction de l'OMS. L'équipe gouvernementale chargée de la cartographie des ressources a été officiellement désignée et la phase de collecte des données devrait commencer bientôt. La cartographie des ressources du PNDS et du DI sera achevée d'ici la fin de l'année 2020.



PRINCIPAUX INDICATEURS D'IMPACT DE LA SRMNEA-N

	Précédents		Récents	
	Année	Valeur	Année	Valeur
Taux de mortalité maternelle (pour 100 000 naissances vivantes)	-	-	860	2014
Taux de mortalité des moins de 5 ans (pour 1000 naissances vivantes)	175	2010	133	2014
Taux de mortalité néonatale (pour 1000 naissances vivantes)	-	-	34	2014
Taux de natalité parmi les adolescentes - 15-19 ans (pour 1 000 femmes)	203.4	2010	179	2014
Naissances < 24 mois après l'accouchement précédent	-	-	30.2	2014
Retard de croissance parmi les enfants de moins de 5 ans (%)	31.9	2018	32	2019
Émaciation modérée à sévère parmi les enfants de moins de 5 ans (%)	13.5	2018	12.9	2019

FINANCEMENT DE LA SANTÉ

Principaux indicateurs	2015	2016	2017
Dépenses publiques générales de santé (DGGHE), par habitant (US\$)	7.5	5.9	4.7
Dépenses publiques générales de santé (DGGHE) en tant que part des dépenses publiques générales (%)	5.3	5.7	4.7
Paiements directs de santé, par habitant (US\$)	20	20	17.3

Indicateurs spécifiques aux pays	2016	2017	2018	2019
Part du budget public consacré à la santé (%)	9	6.3	4.6	6.9
Exécution budgétaire (%)	98.3	91.3	92.9	98.6
Part des dépenses de santé allant aux prestataires de première ligne (%)*	-	-	-	-

* Il s'agit d'un nouvel indicateur qui est encore en cours de définition au niveau national.

LE RÔLE CATALYSEUR DU GFF

1 Accroître l'efficacité du système de santé en améliorant la qualité du système de santé de base (au niveau des communes). Le GFF rachète le taux d'intérêt du prêt-projet de la Banque mondiale à des conditions plus favorables, facilitant ainsi la volonté du gouvernement d'emprunter pour la santé. Le projet vise à permettre aux postes de santé communaux de dépister et de gérer les maladies non transmissibles (MNT) tout en assurant une amélioration continue des maladies transmissibles et de la gestion de la SRMNEA et en améliorant la qualité des services de santé maternelle et infantile. Le projet aide le gouvernement à construire et à moderniser environ 500 postes de santé communaux, à fournir des équipements appropriés et à améliorer les capacités des agents de santé pour tous les postes de santé communaux dans 13 provinces pauvres.

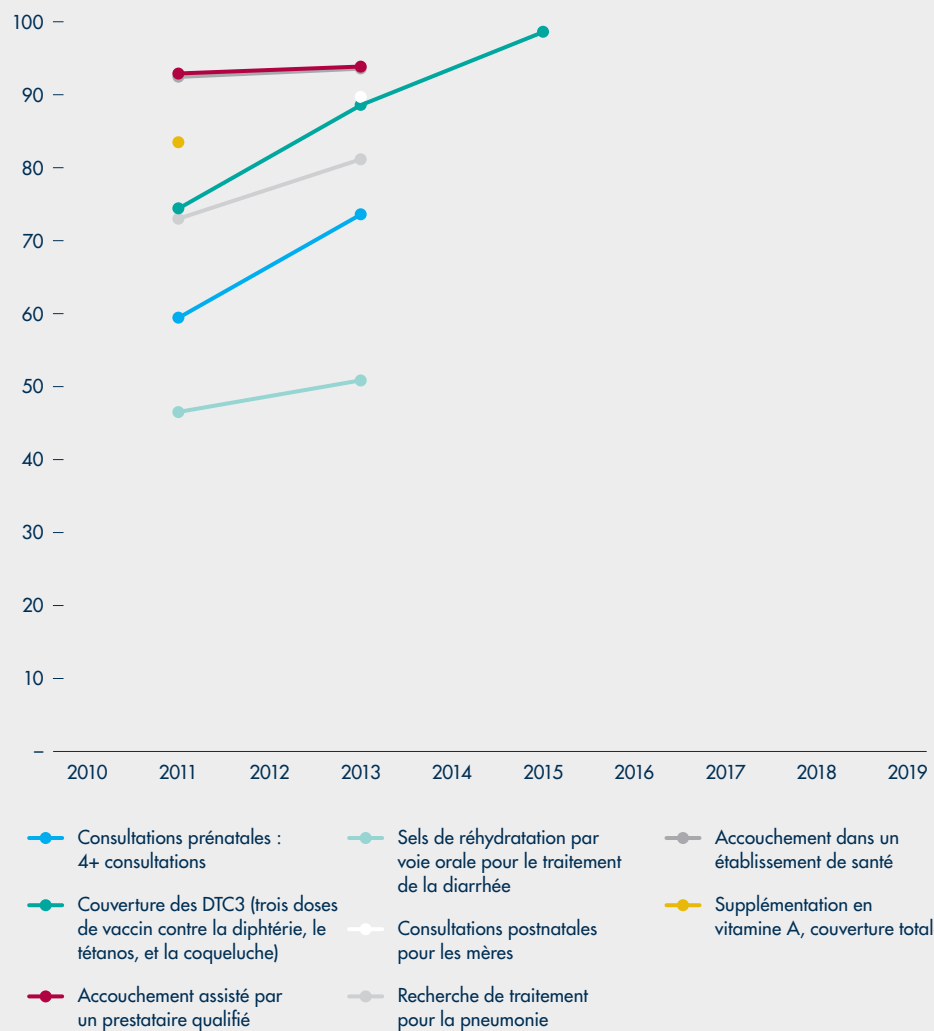
2 Améliorer le fonctionnement de l'assurance sociale et médicale (SHI). L'engagement du GFF fait avancer les réformes du financement de la santé, aide à aligner les investissements des partenaires de développement qui soutiennent l'assurance sociale et médicale (SHI) et d'autres réformes du financement de la santé et fournit une assistance technique à la révision de la loi sur l'assurance sociale et médicale et des politiques associées.

3 Renforcer le système des CRVS à travers l'élaboration d'un Plan d'Action des CRVS et d'outils visant à améliorer la notification des causes de décès. Le GFF a contribué à faire intervenir de multiples partenaires, dont l'OMS et Vital Strategies, ainsi que des partenaires nationaux, afin d'aligner les initiatives indépendantes des CRVS sur un objectif commun et de les intégrer aux activités de base du ministère de la Santé. Grâce à cet appui, le ministère de la Santé a préparé et approuvé avec succès le Plan d'Action des CRVS. Grâce à l'appui du GFF, l'assistance technique au ministère de la Santé permet la mise en œuvre de nouvelles normes pour le diagnostic et la notification des causes de décès au niveau des établissements de santé et des communes.

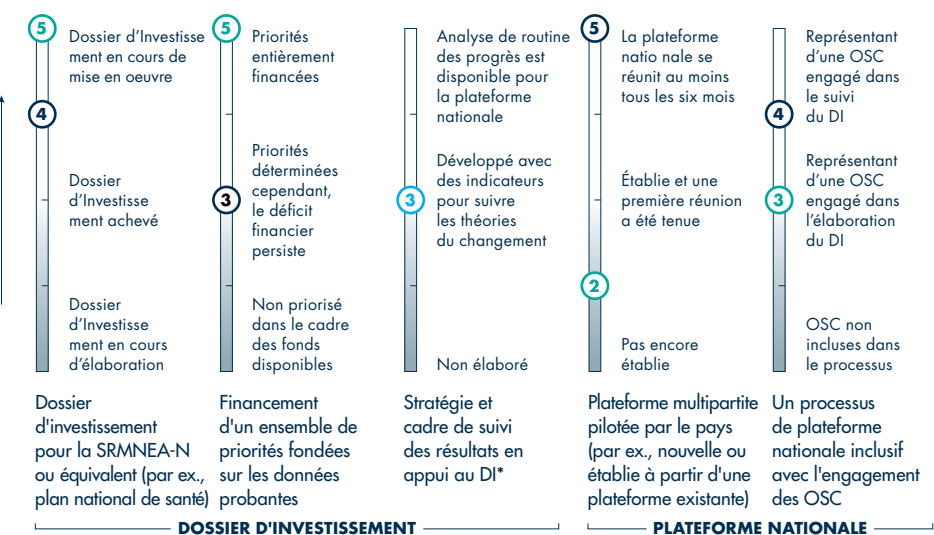
4 Améliorer la compréhension des options de partenariats public-privé qui servent l'intérêt public, à travers l'analyse et le renforcement des capacités. Soutenue en partie par les ressources du GFF, l'équipe de la Banque mondiale a réalisé et diffusé une étude sur les partenariats public-privé dans le domaine de la santé qui a évalué les progrès et les obstacles à la mise en œuvre de ces partenariats au Vietnam et a partagé l'expérience mondiale.

INDICATEURS DE COUVERTURE DE SRMNEA-N

Les données sur la vaccination sont présentées à partir du processus de rapport conjoint OMS/UNICEF et d'enquêtes démographiques récentes. Tous les autres indicateurs de couverture de SRMNEA-N sont présentés à partir des enquêtes démographiques les plus récentes disponibles.



LE SUIVI DU PROCESSUS PILOTÉ PAR LE PAYS



CARTOGRAPHIE DES RESSOURCES

Le Vietnam n'est plus très dépendant de l'aide externe pour le secteur de la santé, les financements externes représentant 2,7 pour cent en 2014. Mais certains grands partenaires de développement (par exemple, l'Union européenne (UE), Gavi et le Fonds mondial) ont achevé ou sont en train de réduire l'ampleur de leur aide, ce qui nécessite un passage au budget de l'État ou à l'assurance de santé. Le projet de Prestation de services de santé de base récemment approuvé, dont la mise en œuvre prévue pour débuter en mai 2020, comble un important déficit de financement pour le Vietnam. Le projet est appuyé par un crédit de 80 millions de dollars au titre du Soutien transitoire de l'IDA (IDA-TS), une subvention de cofinancement de 5 millions de dollars provenant du Fonds fiduciaire à bailleurs multiples pour l'intégration des programmes de santé financés par les bailleurs, et avec le soutien de l'Australie, une subvention de cofinancement de 3 millions de dollars provenant du Fonds de gouvernance pharmaceutique (MDTF) pour la lutte contre les maladies non transmissibles dans les pays à revenu faible et intermédiaire, et 21.25 millions de dollars du gouvernement vietnamien, en plus des 17 millions de dollars du GFF pour le prêt à taux d'intérêt réduit de l'IDA-TS.



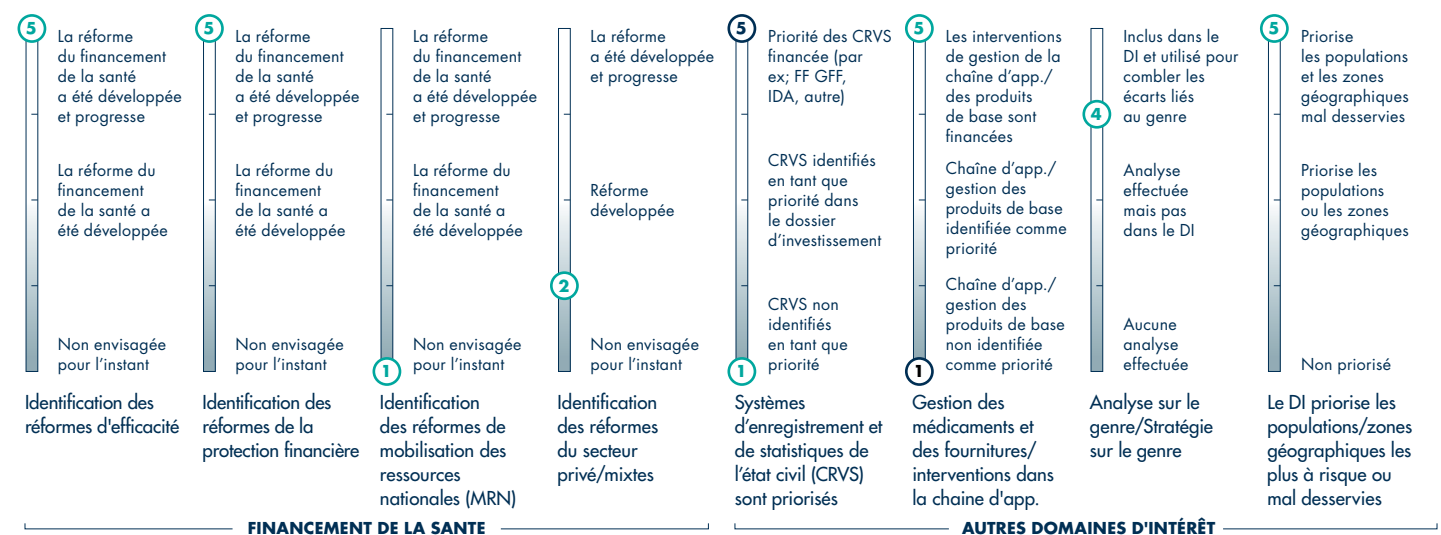
PRINCIPAUX INDICATEURS D'IMPACT DE LA SRMNEA-N

Indicateur	Précédents		Récents	
	Année	Valeur	Année	Valeur
Taux de mortalité maternelle (pour 100 000 naissances vivantes)	2015	54	2017	43
Taux de mortalité des moins de 5 ans (pour 1000 naissances vivantes)	2011	16	2013	19.74
Taux de mortalité néonatale (pour 1000 naissances vivantes)	-	-	2013	11.95
Taux de natalité parmi les adolescentes - 15-19 ans (pour 1 000 femmes)	2011	46	2013	45
Naissances < 24 mois après l'accouchement précédent	-	-	-	-
Retard de croissance parmi les enfants de moins de 5 ans (%)	2015	24.6	2017	23.8
Émaciation modérée à sévère parmi les enfants de moins de 5 ans (%)	2015	6.4	2017	5.8

FINANCEMENT DE LA SANTÉ

Principaux indicateurs	2015	2016	2017
Dépenses publiques générales de santé (DGGHE), par habitant (US\$)	49.8	59.5	63
Dépenses publiques générales de santé (DGGHE) en tant que part des dépenses publiques générales (%)	8.1	9.5	9.5
Paiements directs de santé, par habitant (US\$)	51.8	55.9	58.6

La politique vietnamienne de diffusion transparente des dépenses du budget de l'État dans un format standardisé n'a été mise en place que récemment et la conformité n'est pas encore complète pour les rapports budgétaires provinciaux. Les Comptes nationaux de la santé sont en cours de compilation avec l'assistance technique de l'OMS pour 2017, mais ne sont pas encore finalisés ou diffusés.



LE RÔLE CATALYSEUR DU GFF

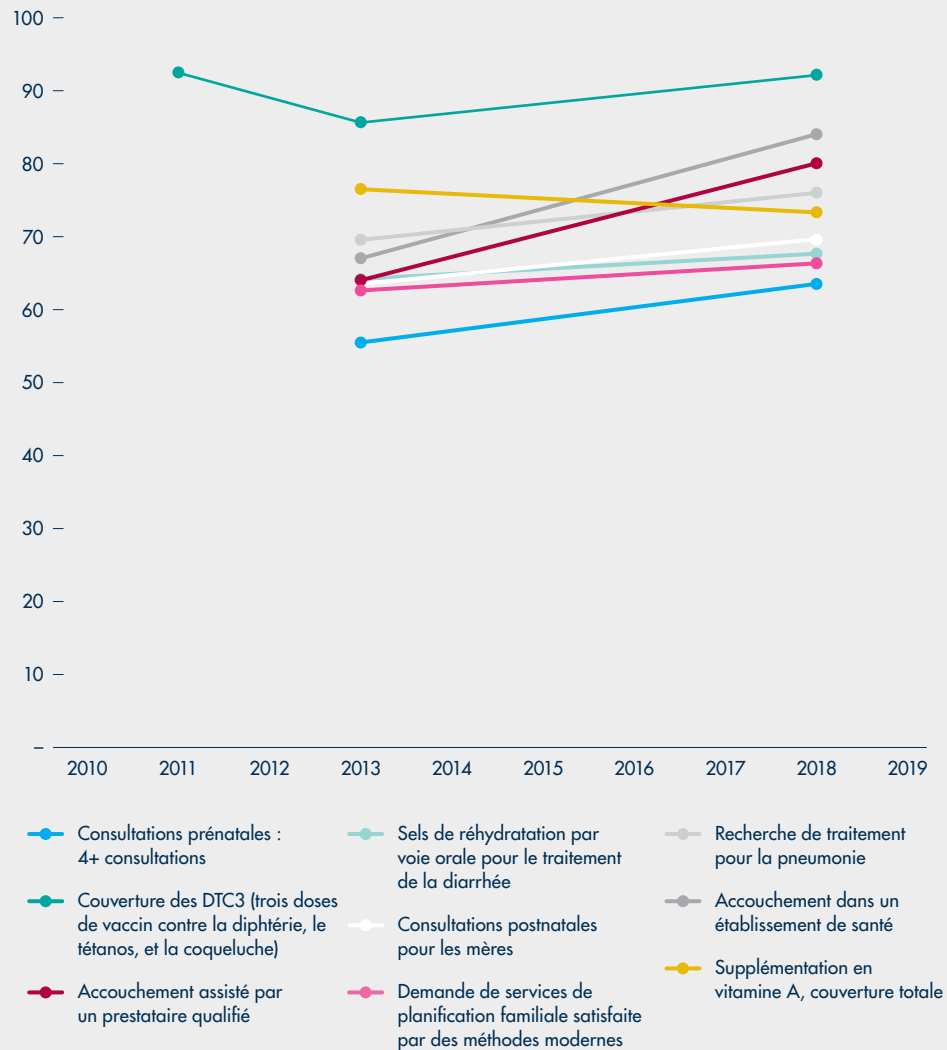
1 La Zambie a intégré le GFF en 2019 et est en train d'élaborer un dossier d'investissement priorisé. La Zambie a déjà mis en place une plateforme à multiples parties prenantes pilotée par le pays qui se réunit régulièrement et comprend des représentants d'OSC déjà engagés dans le processus d'élaboration du DI.

2 S'appuyer sur le ministère de la Santé et aider le ministère de la Santé à formuler un ensemble clair de priorités fondées sur des données pour surmonter les goulets d'étranglement critiques afin d'améliorer les résultats de SRMNEA-N, en renforçant cette analyse aux niveaux national et provincial.

3 S'appuyer sur la cartographie des ressources et le suivi des dépenses existants et les actualiser, aider le ministère de la Santé et les partenaires de développement à mieux aligner les ressources nationales et externes derrière ces priorités, et réduire les inefficacités et les doubles emplois potentiels.

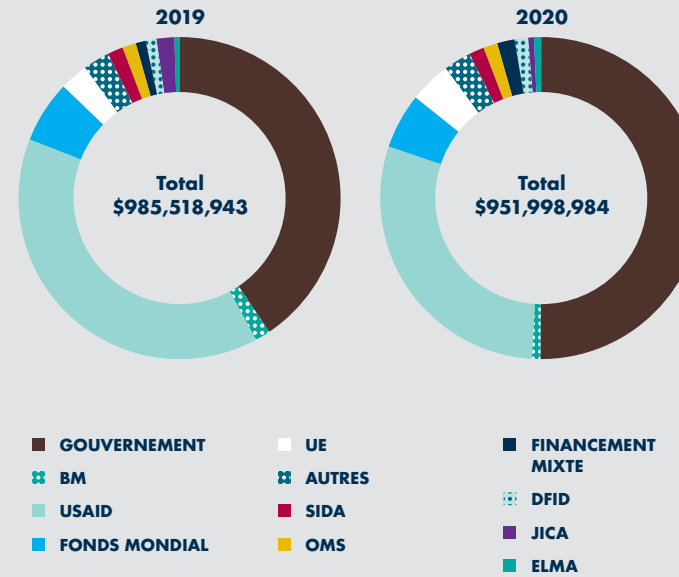
INDICATEURS DE COUVERTURE DE SRMNEA-N

Les données sur la vaccination sont présentées à partir du processus de rapport conjoint OMS/UNICEF et d'enquêtes démographiques récentes. Tous les autres indicateurs de couverture de SRMNEA-N sont présentés à partir des enquêtes démographiques les plus récentes disponibles.



CARTOGRAPHIE DES RESSOURCES

Depuis 2016, le groupe des partenaires de coopération en matière de santé de la Zambie effectue régulièrement une cartographie de haut niveau des activités des bailleurs de fonds dans le domaine de la santé, dans le but de coordonner l'appui des partenaires dans les régions infranationales. L'illustration ci-dessous montre la répartition prévue du financement pour l'année fiscale 2020 pour l'ensemble du secteur de la santé. Cependant, les données de cet exercice n'étaient pas suffisamment granulaires pour évaluer la suffisance du financement pour la réponse à la SRMNEA. Par conséquent, le ministère de la Santé a lancé un exercice élargi de cartographie des ressources au début de 2020, qui permettra de saisir les engagements de financement par domaine de programme, par élément de coût et par région. Il est prévu que, en conjonction avec la stratégie chiffrée de la SRMNEA ces données conduiront à une analyse détaillée des déficits financiers qui appuiera la mobilisation des ressources et augmentera l'efficacité et l'équité des investissements.



PRINCIPAUX INDICATEURS D'IMPACT DE LA SRMNEA-N

Indicateur	Précédents		Récents	
	Année	Valeur	Année	Valeur
Taux de mortalité maternelle (pour 100 000 naissances vivantes)	2013	398	2018	252
Taux de mortalité des moins de 5 ans (pour 1000 naissances vivantes)	2013	75	2018	61
Taux de mortalité néonatale (pour 1000 naissances vivantes)	2013	24	2018	27
Taux de natalité parmi les adolescentes - 15-19 ans (pour 1 000 femmes)	2013	141	2018	135
Naissances < 24 mois après l'accouchement précédent	2013	15.5	2018	14
Retard de croissance parmi les enfants de moins de 5 ans (%)	2013	40.1	2018	34.6
Émaciation modérée à sévère parmi les enfants de moins de 5 ans (%)	2013	6	2018	4.2

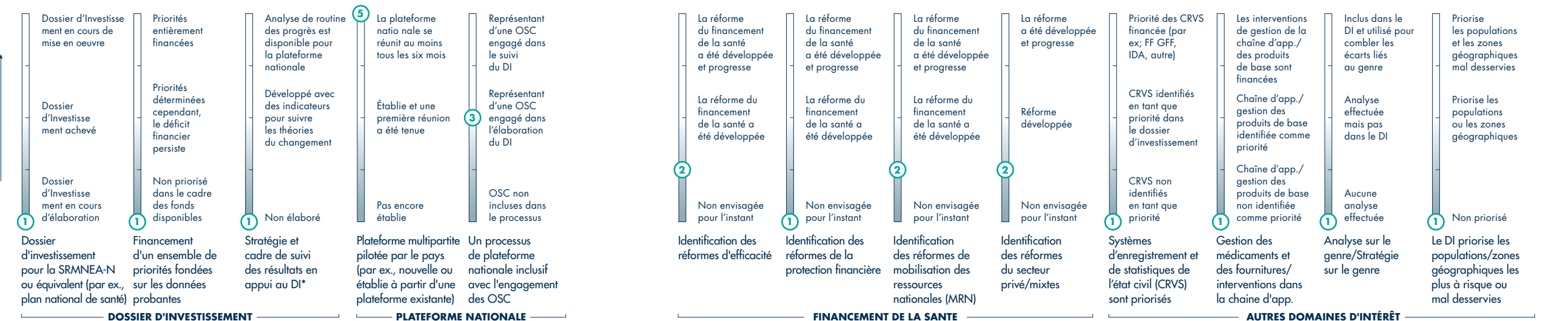
FINANCEMENT DE LA SANTÉ

Principaux indicateurs	2015	2016	2017
Dépenses publiques générales de santé (DGGHE), par habitant (US\$)	31.3	25.9	26.1
Dépenses publiques générales de santé (DGGHE) en tant que part des dépenses publiques générales (%)	7.4	7.1	6.9
Paiements directs de santé, par habitant (US\$)	8.1	8.2	8

Indicateurs spécifiques aux pays	2016	2017	2018	2019
Part du budget public consacré à la santé (%)	-	8.4	8.9	-
Exécution budgétaire (%)	47	98	75	-
Part des dépenses de santé allant aux prestataires de première ligne (%)*	-	-	-	-

* Il s'agit d'un nouvel indicateur qui est encore en cours de définition au niveau national.

LE SUIVI DU PROCESSUS PILOTÉ PAR LE PAYS



Note du rapport annuel 2019/2020

* Tous deux inclus dans le document du DI ou dans un document séparé

LE RÔLE CATALYSEUR DU GFF

1 Le Zimbabwe a intégré le GFF en 2019 et est en train d'élaborer un dossier d'investissement priorisé.

Le Zimbabwe a déjà mis en place une plateforme à multiples parties prenantes pilotée par le pays qui comprend une représentation des OSC déjà engagée dans le processus de développement du DI.

2 Améliorer les résultats de SRMNEA grâce à des investissements accrus en faveur de la SRMNEA.

Le GFF appuie actuellement la préparation du financement supplémentaire du projet cofinancé par la Banque mondiale. Au cours de la mise en œuvre du projet, le GFF fournira une assistance technique pour l'institutionnalisation et l'extension du FBR aux hôpitaux provinciaux et centraux.

3 Appuyer les priorités du gouvernement en matière de gouvernance et de financement de la santé.

Le GFF appuiera la mise au point d'une revue des dépenses publiques (PER), la cartographie des ressources et les études de suivi des dépenses ainsi que tout autre domaine d'intérêt identifié par le gouvernement dans la mise en œuvre des principales réformes de financement de la santé.

4 Améliorer la disponibilité des données, les initiatives de revue et d'analyse.

Le GFF fournira un appui par le biais du renforcement des capacités pour le suivi des résultats et l'analyse des données. En outre, le GFF appuiera la mise à disposition d'enquêtes sur les établissements de santé et les ménages dans le pays.

5 Appuyer un consultant à long terme dans le pays pendant deux ans.

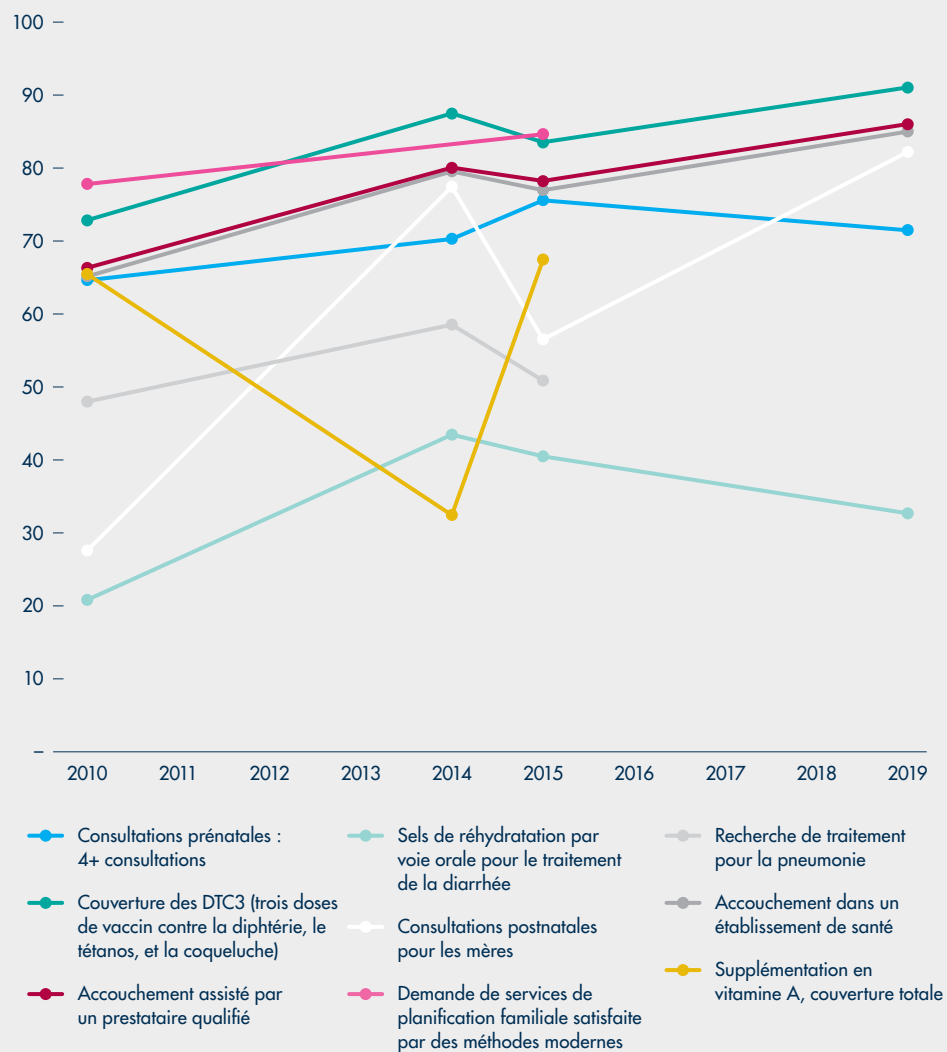
Le GFF appuiera un consultant pour soutenir la mise en œuvre, la supervision et le suivi du projet de financement par subvention du GFF.

6 Renforcer le système d'enregistrement et de statistiques de l'état civil (CRVS).

Le GFF appuiera la formation et le renforcement des capacités en matière d'enregistrement des décès et des causes de décès dans les établissements de santé et dans les communautés.

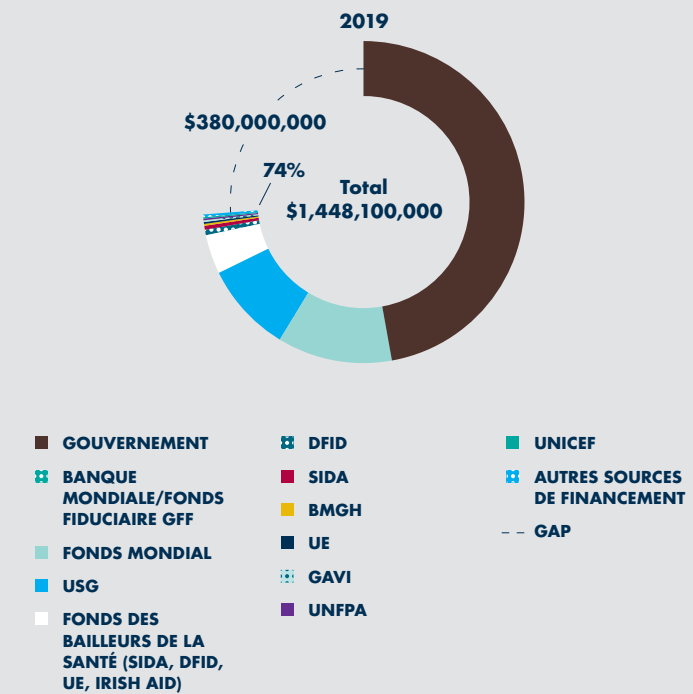
INDICATEURS DE COUVERTURE DE SRMNEA-N

Tous les indicateurs de couverture de SRMNEA-N sont présentés à partir des enquêtes démographiques les plus récentes disponibles.



CARTOGRAPHIE DES RESSOURCES

Le ministère de la Santé et de la Protection de l'Enfance (MOHCC) effectue une cartographie annuelle des ressources et un suivi des dépenses depuis 2015. Cet exercice permet de recueillir des données sur le budget et les dépenses des sources de financement nationales et externes du secteur de la santé. Ces données ont été utilisées pour éclairer la planification et la coordination des ressources dans le secteur de la santé (par exemple, les demandes de subvention au Fonds mondial), pour identifier et traiter les inefficacités dans le secteur de la santé, et pour éclairer l'évaluation des coûts et l'analyse des lacunes des plans stratégiques nationaux, en particulier la stratégie nationale de santé 2016-2020. Le Zimbabwe est en train d'élaborer un Dossier d'Investissement dans le Secteur de la Santé pour 2021-2025, qui sera finalisé une fois que la Stratégie nationale de santé 2021-2025 sera en place, et cela, afin d'assurer l'alignement entre les deux documents.



PRINCIPAUX INDICATEURS D'IMPACT DE LA SRMNEA-N

Indicateur	Précédents		Récents	
	Année	Valeur	Année	Valeur
Taux de mortalité maternelle (pour 100 000 naissances vivantes)	2014	614	2019	462
Taux de mortalité des moins de 5 ans (pour 1000 naissances vivantes)	2014	75	2019	65
Taux de mortalité néonatale (pour 1000 naissances vivantes)	2014	29	2019	32
Taux de natalité parmi les adolescentes - 15-19 ans (pour 1 000 femmes)	2014	120	2019	108
Naissances < 24 mois après l'accouchement précédent	-	-	-	-
Retard de croissance parmi les enfants de moins de 5 ans (%)	2014	27.6	2019	23.5
Émaciation modérée à sévère parmi les enfants de moins de 5 ans (%)	2014	3.3	2019	2.9

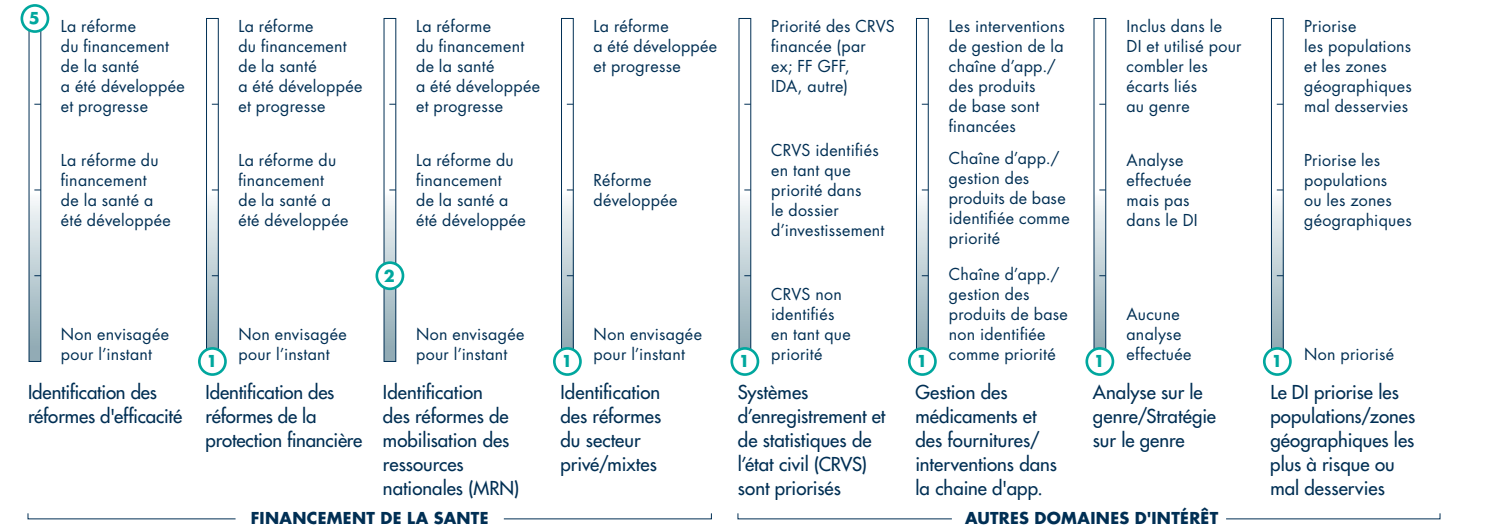
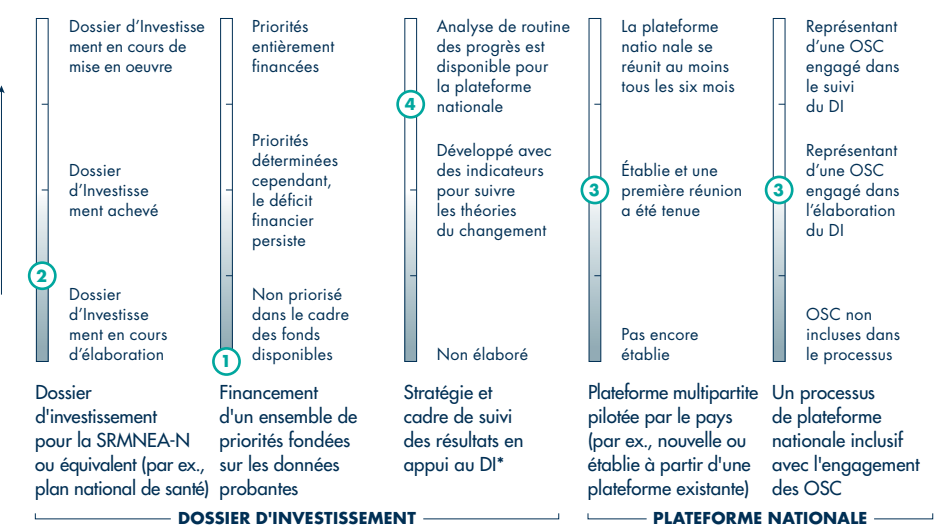
FINANCEMENT DE LA SANTÉ

Principaux indicateurs	2015	2016	2017
Dépenses publiques générales de santé (DGGHE), par habitant (US\$)	56.2	57.8	56.9
Dépenses publiques générales de santé (DGGHE) en tant que part des dépenses publiques générales (%)	16.6	15.2	15.2
Paiements directs de santé, par habitant (US\$)	31.7	28.7	22.7

Indicateurs spécifiques aux pays	2016	2017	2018	2019
Part du budget public consacré à la santé (%)	7.5	6.9	8.8	10.7
Exécution budgétaire (%)	98	99	94	91
Part des dépenses de santé allant aux prestataires de première ligne (%)*	-	-	-	-

* Il s'agit d'un nouvel indicateur qui est encore en cours de définition au niveau national.

LE SUIVI DU PROCESSUS PILOTÉ PAR LE PAYS



Note du rapport annuel 2019/2020

* Tous deux inclus dans le document du DI ou dans un document séparé

DONNÉES FINANCIÈRES DU GFF :

CONTRIBUTIONS, ENGAGEMENTS ET DÉCAISSEMENTS

Contributions

Le GFF a été lancé en juillet 2015 et cela, en s'appuyant sur l'expérience et la structure de financement du Fonds fiduciaire pour l'Innovation en matière de résultats de santé (HRITF)¹. Au 30 juin 2020, les contributions totales et les engagements financiers de 16 bailleurs de fonds en faveur du Fonds fiduciaire équivalaient à 2,003 milliards de dollars² américains incluant 473 million pour le HRITF et 1.53 milliard pour le GFF (Figure 1). La Figure 2 fournit un aperçu de la répartition des contributions signées et engagées par les bailleurs de fonds.

Figure 1 : Valeur totale du Fonds, million de dollars américains

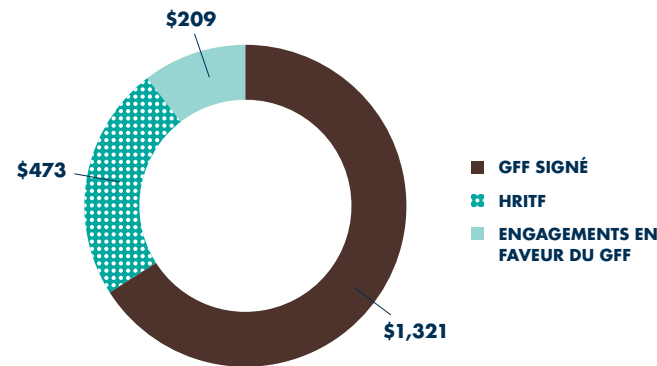
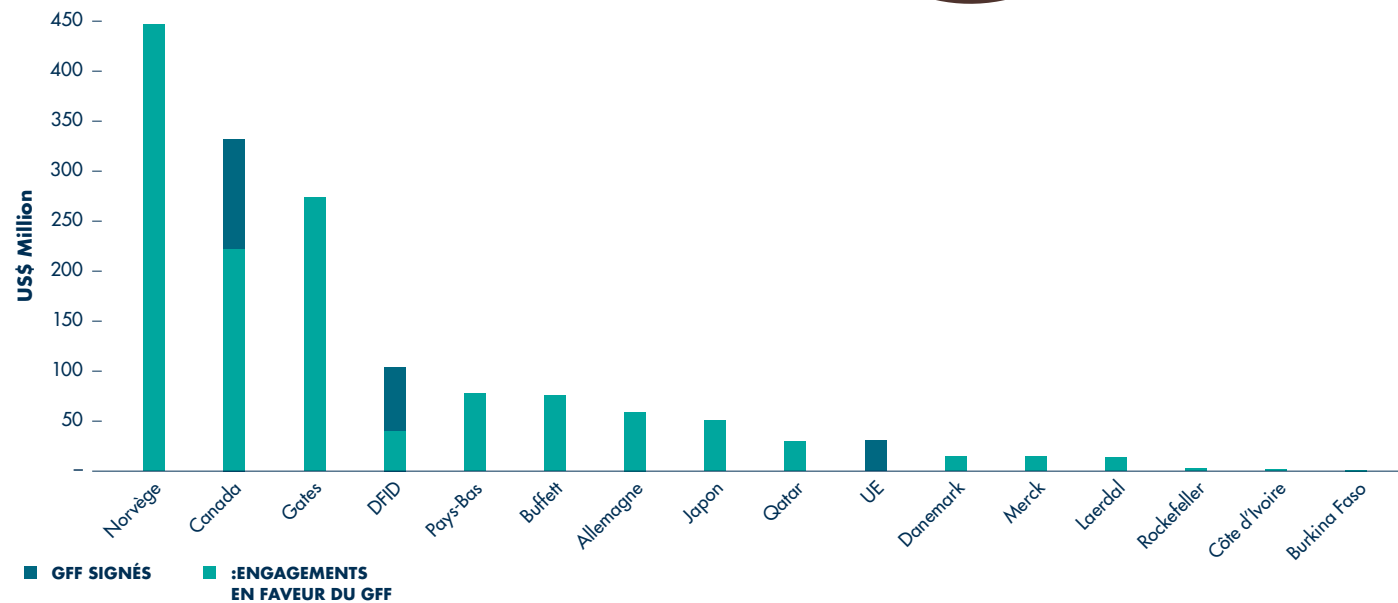


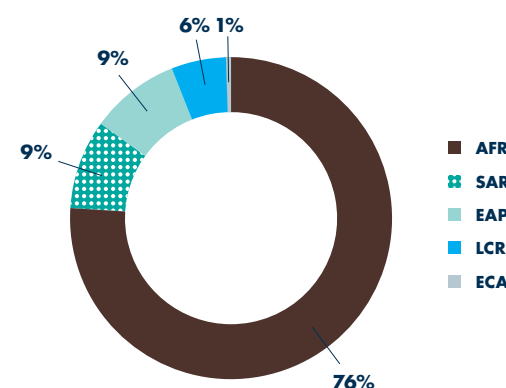
Figure 2 : Contributions par bailleurs, millions de dollars américains



Engagements en faveur du GFF

Les ressources du Fonds fiduciaire du GFF sont utilisées de façon catalytique afin d'appuyer l'alignement des priorités des dossiers d'investissements sur les diverses sources de financements des pays partenaires du GFF.³ Par exemple, dans les 21 des pays partenaires du GFF disposant de données relatives à une cartographie des ressources et à un suivi des dépenses menés par le GFF, un total de 11 milliards de dollars américains ont été engagés pour la mise en œuvre des dossiers d'investissement. Les priorités inscrites dans ces 21 dossiers d'investissement ont été financées avec les contributions des gouvernements à raison de 5,9 milliards de

Figure 3 : Projets du GFF approuvés par le Conseil, par Région, % du total



dollars américains (53 pour cent), les engagements des partenaires représentant 4,6 milliards de dollars américains (42 pour cent), et les financements de l'IDA et du Fonds fiduciaire du GFF (4 pour cent) à raison de 490 million de dollars américains. Ces 11 milliards de dollars américains constituent plus des deux tiers de ce qui est requis pour financer les 21 dossiers d'investissement de façon complète. Un déficit de 4,5 milliards de dollars demeure.

En termes d'engagement du Fonds fiduciaire du GFF, un total de 814 millions de dollars américains a été engagé en faveur de 46 projets du GFF dans 36 pays et cela, au 30 Juin 2020. Dans le cadre de ce montant, 602 millions de dollars américains, couplés à 4,7 milliards de dollars de l'IDA/BIRD, ont été approuvés par le Conseil des Administrateurs de la Banque mondiale (Tableau 1). Les 212 millions de dollars américains restant sont dans le pipeline et se situent à une étape de préparation avancée.

Soixante-dix pour cent des montants approuvés par le Conseil de la Banque mondiale appuient les pays partenaires du GFF en Afrique. Dix pour cent appuient l'Asie de l'est, 4 pour cent l'Amérique latine et la région caraïbe, et moins d'un pour cent appuie l'Europe et l'Asie Centrale (Figure 3). La liste complète des projets approuvés par le Conseil des Administrateurs de la Banque mondiale est fournie dans le Tableau 1.

Décaissements du Fonds Fiduciaire du GFF et de l'IDA/BIRD

Au 30 juin 2020, un total de 269 millions de dollars américains sous forme de subventions du GFF et 1,6 milliards de financements de l'IDA/BIRD approuvés par le Conseil des Administrateurs avait été décaissés. La Figure 4 illustre les décaissements actuels ainsi que les projections et cela, sur la base d'une année calendaire. Malgré la pandémie de la COVID-19, les décaissements du GFF au cours du premier semestre 2020 ont déjà excédé les décaissements de en fonction des progrès réalisés en matière de mise en œuvre, il est prévu que un total de 960 millions de dollars américains du Fonds Fiduciaire du GFF et de l'IDA/BIRD soit décaissé en 2020.

Figure 4 : Projets du GFF : Décaissements projetés et décaissements actuels, au 30 juin 2020

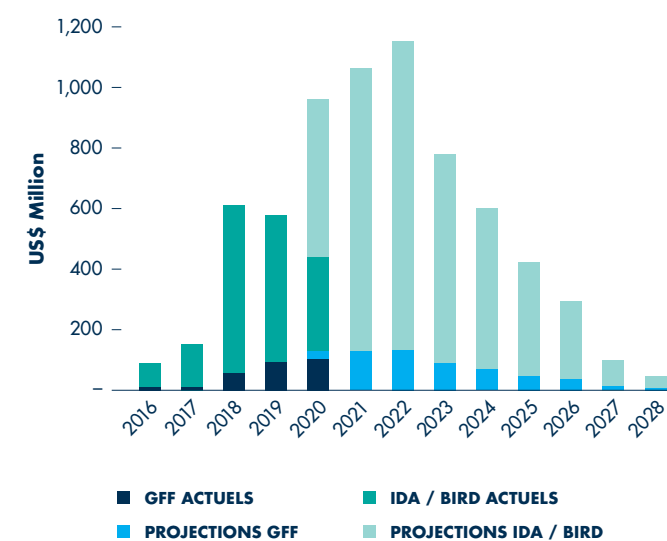


Tableau 1 : Liste des Projets du GFF approuvés par le Conseil des Administrateurs

Projets	Date Conseil	Montant GFF	Montant IDA	BIRD
Tanzanie	5/28/2015	\$40	\$200	
RDC (FA-CRVS)	3/29/2016	\$10	\$30	
Cameroun	5/3/2016	\$27	\$100	
Nigéria (FA)	6/7/2016	\$20	\$100	
Kenya	6/15/2016	\$40	\$150	
Ouganda	8/4/2016	\$30	\$110	
Libéria (FA)	2/23/2017	\$16	\$15	
Guatemala	3/24/2017	\$9		\$100
RDC (FA)	3/31/2017	\$40	\$340	
Éthiopie	5/9/2017	\$60	\$150	
Bangladesh	7/28/2017	\$15	\$500	
Bangladesh - Education	12/18/2017	\$10	\$510	
Mozambique	12/20/2017	\$25	\$80	
Rwanda (Health)	2/28/2018	\$10	\$25	
Afghanistan	3/28/2018	\$35	\$140	
Rwanda (PS-FA)	4/12/2018	\$8	\$80	
Guinée	4/25/2018	\$10	\$45	
Indonésie	6/21/2018	\$20		\$400
Nigéria (Nutrition)	6/27/2018	\$7	\$225	
Burkina Faso	7/6/2018	\$20	\$80	
Nigéria (Partie #2)	8/13/2018	\$20	\$0	
République centrafricaine	9/27/2018	\$10	\$43	
Malawi	12/19/2018	\$10	\$50	
Mali	3/19/2019	\$10	\$50	
Côte d'Ivoire	3/22/2019	\$20	\$200	
Cambodge	4/4/2019	\$10	\$15	
Haiti	5/16/2019	\$15	\$55	
RDC Nutrition	5/28/2019	\$10	\$492	
Vietnam	6/19/2019	\$17	\$80	
Sénégal	9/26/2019	\$15	\$140	
Tadjikistan Premières années	4/30/2020	\$3	\$70	
Myanmar	5/29/2020	\$10	\$100	
Total approuvé par le Conseil			\$4,175	\$500

1 Le HRITF a été fondé en 2007 avec une contribution de 296,1 millions de dollars de la Norvège et de 176,8 millions de dollars du DFID.
 2 Les contributions au Fonds fiduciaire du GFF sont effectuées en dollars US et dans d'autres devises des donateurs et sont payées sur une période de temps conformément au calendrier de paiement convenu avec chaque donateur. Les contributions dans la devise du donateur sont converties en US \$ lorsque le paiement est effectué, et le montant restant est soumis aux fluctuations de change jusqu'à ce que la contribution soit entièrement payée. Par conséquent, cela peut entraîner des fluctuations de la valeur du fonds au fil du temps.
 3 Afghanistan, Bangladesh, Burkina Faso, Cambodge, Cameroun, République centrafricaine, Côte d'Ivoire, RDC, Éthiopie, Libéria, Madagascar, Malawi, Mozambique, Sénégal, Sierra Leone, Somalie, Tadjikistan, Tanzanie, Ouganda, Zambie and Zimbabwe.

À PROPOS DU GFF

Le [Mécanisme de financement mondial pour les femmes, les enfants et les adolescents \(GFF\)](#) est un partenariat mondial à multiples parties prenantes hébergé par la Banque mondiale qui s'engage à garantir que toutes les femmes, tous les enfants et tous les adolescents puissent survivre et s'épanouir. Créé en juillet 2015, le GFF appuie 36 pays à faible revenu et à revenu intermédiaire de la tranche inférieure en leur fournissant un financement catalytique et une assistance technique pour élaborer et mettre en œuvre des plans nationaux de santé priorités et cela, afin d'élargir l'accès des femmes, des enfants et des adolescents à des soins abordables et de qualité. Le GFF collabore également avec les pays pour maximiser l'utilisation du financement national et du soutien externe en vue d'obtenir des résultats de santé meilleurs et plus durables.

Le GFF est résolument axé sur la priorisation et l'augmentation des investissements fondés sur des données probantes afin d'améliorer la santé reproductive, de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent et nutrition à travers un renforcement ciblé des systèmes de

soins de santé primaires - pour sauver des vies et en tant que première étape essentielle pour accélérer les progrès vers la Couverture de santé universelle (CSU) et les Objectifs de développement durable (ODD).

Le GFF a ouvert la voie à une évolution des approches traditionnelles du développement vers une approche plus durable dans laquelle les gouvernements jouent un rôle de leader et rassemblent les partenaires mondiaux pour soutenir un plan national chiffré et priorisé. À travers ce partenariat, le GFF a pour objectif de mobiliser des financements supplémentaires en combinant des subventions provenant d'un fonds fiduciaire à bailleurs multiples dédié (le Fonds fiduciaire du GFF), des financements de l'Association internationale pour le développement (IDA) et de la Banque internationale pour la reconstruction et le développement (BIRD), et l'apport de ressources nationales et externes supplémentaires. Cette approche a permis de catalyser des investissements à fort impact pour la santé reproductive, de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent et nutrition dans les pays les plus vulnérables du monde.

Membres du groupe des investisseurs

ABT Associates (représentant le secteur privé)	Gouvernement de l'Afghanistan	Gouvernement du Niger	MSD for Mothers (représentant le secteur privé)
Centre pour la santé reproductive et l'éducation en Zambie (représentant la société civile)	Gouvernement de l'Allemagne	Gouvernement de la Norvège	Organisation mondiale de la santé
Commission européenne	Gouvernement du Burkina Faso	Gouvernement de la République Centrafricaine	PAI (représentant la société civile)
Fondation Bill & Melinda Gates	Gouvernement du Cambodge	Gouvernement du Royaume des Pays-Bas	Partenariat pour la santé des mères, des nouveau-nés et des enfants
Fondation Susan Thompson Buffett	Gouvernement du Canada	Gouvernement du Royaume-Uni	PATH Kenya (représentant la société civile)
Fonds du Qatar pour le développement	Gouvernement de la Côte d'Ivoire	Gouvernement du Zimbabwe	Pathfinder International (représentant les jeunes)
Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme	Gouvernement du Danemark	Groupe de la Banque mondiale	Laerdal Global Health (représentant le secteur privé)
Gavi, l'Alliance pour les Vaccins	Gouvernement des États-Unis	Gouvernement de l'Éthiopie	UNFPA
	Gouvernement d'Haïti	Mouvement d'action de la jeunesse du Burkina Faso (représentant les jeunes)	UNICEF
	Gouvernement du Japon		

Contributeurs au Fonds fiduciaire

Le Fonds fiduciaire du GFF est appuyé par les gouvernements du Burkina Faso, du Canada, de la Côte d'Ivoire, du Danemark, de l'Allemagne, du Japon, des Pays-Bas, de la Norvège, du Qatar et du Royaume-Uni ; la Commission européenne ; la Fondation Bill & Melinda Gates ; la Fondation Susan T. Buffett ; Laerdal Global Health ; MSD for Mothers et la Fondation Rockefeller.

Liste des Acronymes

AFD Agence Française de Développement (France)

APD Aide publique au développement

BHCPF Fonds de soins de santé de base

BIRD Banque Internationale pour la reconstruction et le développement

BMZ Ministère fédéral allemand de la coopération économique et du développement

CPN Consultations prénatales

CPN4 Quatre consultations prénatales

CSU Couverture de santé universelle

EDS Enquête démographique et de santé

FBP Financement basé sur la performance

FCDO Bureau des affaires étrangères, du Commonwealth et du développement

IDA Association Internationale pour le Développement

IDH Indice de développement humain

JICA Agence japonaise de coopération internationale

KFW Banque allemande de développement (appartenant au gouvernement)

MICS Enquête en grappes à indicateurs multiples

ODD Objectif de développement durable

OMS Organisation mondiale de la santé

OSC Organisation de la société civile

PSMNE Partenariat pour la Santé de la Mère, du Nouveau-né et de l'Enfant

RDC République démocratique du Congo

SIDA Agence suédoise de coopération internationale au développement

SONU Soins obstétricaux et néonataux d'urgence

SONUC Soins obstétricaux et néonataux d'urgence complets

SRMNEA-N Santé Reproductive, de la Mère, du Nouveau-Né, de l'Enfant et de l'Adolescent et Nutrition

TPI 2 Traitement préventif intermittent (contre le paludisme)

UNFPA Fonds des Nations Unies pour la population

USAID Agence des États-Unis pour le développement international

Remerciements

Le présent rapport a été rédigé par le Mécanisme de financement mondial, sous la direction de Muhammad Pate, Directeur du GFF et de Monique Vledder, Responsable du Secrétariat du GFF et cela, en collaboration avec les pays participant au partenariat du GFF décrits dans le présent rapport. Le Secrétariat du GFF souhaite remercier les contributeurs qui ont donné leur temps, leur expertise et leur énergie, notamment Anna Astvatsatryan, Julie Bergeron, Kimberly Boer, John Borrazzo, Jessica Rae Brown, Maria Eugenia Bonilla-Chacin, Nansia Constantinou, Marion Cros, Estelle Claire Ebbity-Doro, Leslie Elder, Michele Ferng, Brendan Hayes, Tawab Hashemi, Jakub Kakiemek, Sneha Kanneganti, Josine Karangwa, Alain Desire Karibwami, Luc Laviolette, Supriya Madhavan, Vineetha Menon, Charlotte Nielsen, Augustina Nikolova, Ellen Van De Poel, Carolyn Reynolds, Bruno Rivalan, Stephanie Saulsbury, Genesis Samonte, Brittany Scalise, Isidore Sieleunou, Aissa Santos Socorro, Sheryl Silverman, Ali Winoto Subandoro, Maletela Tuoane-Nkhasi, Ayodeji Oluwole Odutolu, Munirat Ogunlayi, Jean De Dieu Rusatira, Mirja Channa Sjoblom, Lalitha Swathi Vadrevu, Kadidiatou Toure, Petra Vergeer, ainsi que les équipes de pays de la Banque mondiale.

Nicole Pope et Kara Watkins ont apporté leur soutien à la rédaction et à l'édition. La traduction française a été assurée par Morgane Boëdec, Calsidine Laure Banan, et Joy Gebre Medhin.

Design par: Bittersweet Creative

Crédits photo

Couverture – Michael Tsegaye / Banque mondiale; Page 4-5 – Eskinder Debebe / Nations Unies Photo; Page 6 – Michael Tsegaye / Banque mondiale; Page 8 - Miriam Schneidman / Banque mondiale; Page 14 – Fauzan Ijazah / Banque mondiale; Page 15 – Miriam Schneidman / Banque mondiale; Page 17 – Tadjikistan Banque mondiale; Page 18 – Vincent Treméau / Banque mondiale; Page 22 – Michael Tsegaye / Banque mondiale; Page 23 – Mark Garten / Nations Unies Photo; Page 24 – Sambrian Mbaabu / Banque mondiale; Page 25 - Abbas Farzami / Rumi Consultancy / Banque mondiale; Page 28-29 – Michael Tsegaye / Banque mondiale; Page 30 – Rumi Consultancy / Banque mondiale; Page 31 – Sayed Sajjad Sangar / Banque mondiale; Page 33 – Ahmad Reza Mohabbati / Banque mondiale; Page 35 – Dominic Chavez / Banque mondiale; Page 37 – Dominic Chavez / Le Mécanisme de financement mondial; Page 40 – Vincent Treméau / Banque mondiale; Page 43 – Michael Tsegaye / Banque mondiale; Page 46 – Atet Dwi Pramadia / Banque mondiale; Page 48 – Achmad / Banque mondiale; Page 50 – Dominic Chavez / Banque mondiale; Page 53 – Dominic Chavez / Banque mondiale; Page 54 – A'Melody Lee / Banque mondiale; Page 55 – Miriam Schneidman / Banque mondiale; Page 56 – Miriam Schneidman / Banque mondiale; Page 58-59 – Achmad / Banque mondiale; Page 70 – Stephan Gladieu / Banque mondiale; Page 73 – Arne Hoel / Banque mondiale; Page 81 – Dominic Chavez / Banque mondiale; Page 82 – Maria Fleischmann / Banque mondiale; Page 85 – Dominic Chavez / Banque mondiale; Page 87 – Dominic Chavez / Banque mondiale; Page 89 – Nugroho Nurdikiawan Sunjoyo / Banque mondiale; Page 91 – Flore de Preneuf / Banque mondiale; Page 99 – Dominic Chavez / Banque mondiale; Page 101 – James Martone / Banque mondiale; Page 105 – Tom Cheatham / Banque mondiale; Page 107 – Stephan Gladieu / Banque mondiale; Page 109 – Dominic Chavez / / Le Mécanisme de financement mondial; Page 111 – Visual News Associates / Banque mondiale; Page 113 – Miriam Schneidman / Banque mondiale; Page 127 – Simone D. McCourtie / Banque mondiale.

ANNEXE A

Description des indicateurs

	INDICATEURS	DESCRIPTION
INDICATEURS DE BASE D'IMPACT DE SRMNEA-N	Ratio de Mortalité Maternelle	Nombre de décès de femmes provenant de toutes causes liées ou aggravées par la grossesse ou par sa gestion (à l'exclusion des causes accidentelles ou fortuites) au cours de la grossesse et de l'accouchement ou dans les 42 jours suivant l'interruption de la grossesse et cela, indépendamment de la durée et du site de la grossesse, exprimé par 100 000 naissances vivantes, pour une période déterminée
	Ratio de Mortalité des Moins de 5 ans	Probabilité qu'un enfant né au cours d'une année ou d'une période donnée décède avant l'âge de 5 ans, exprimée pour 1000 naissances vivantes
	Ratio de Mortalité Néonatale	Probabilité qu'un enfant né au cours d'une année ou d'une période donnée, décède au cours du premier mois de sa vie, exprimée pour 1000 naissances vivantes
	Taux de Natalité parmi les Adolescentes (15-19 ans)	Nombre de naissances parmi les femmes âgées de 15 à 19 ans pour 1000 femmes au cours des trois années précédant l'enquête
	Pourcentage de naissances <24 mois après la naissance précédente	Pourcentage de non-premières naissances au cours des cinq années précédant l'enquête dont l'intervalle de naissance précédente est de 7 à 23 mois. Cela exclut la première naissance.
	Prévalence de retard de croissance parmi les enfants de moins de 5 ans	Pourcentage d'enfants de moins de cinq ans dont la taille pour l'âge est inférieure à -2 Écart-type de la taille pour l'âge selon la médiane des Normes de Croissance de l'OMS
INDICATEURS DE COUVERTURE DE SRMNEA-N	Émancipation modérée à sévère parmi les enfants de moins de 5 ans	Pourcentage d'enfants de moins de cinq ans dont le poids-taille est inférieur à -2 Écart-type de la médiane des Normes de Croissance de l'OMS
	Demande de planification familiale satisfaite par des méthodes modernes	Le pourcentage de la demande de planification familiale satisfaite par des méthodes modernes est calculé en divisant le nombre total de femmes utilisant des méthodes modernes de planification familiale par le nombre total de femmes ayant une demande de planification familiale (soit avec un besoin non satisfait, soit utilisant actuellement une quelconque méthode de planification familiale)
	Consultations Périnatales : Ayant reçu une supplémentation en fer pendant plus de 90 jours	Pourcentage de femmes ayant accouché au cours des cinq années précédant l'enquête et ayant pris des comprimés ou du sirop de fer pendant plus de 90 jours
	Couverture Périnatales (quatre visites ou plus)	Pourcentage de femmes ayant eu une naissance vivante au cours des cinq (ou trois) années précédant l'enquête et, qui ont eu plus de 4 consultations prénatales
	Recherche de traitement pour la pneumonie	Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans qui ont présenté des symptômes d'IRA au cours des deux dernières semaines et pour lesquels un conseil ou un traitement a été demandé à un établissement de santé ou à un prestataire de soins
	Couverture du DTC3 (Immunisés avec trois doses de vaccin contre la diphtérie, le tétanos, et la coqueluche)	Pourcentage d'enfants de 12 à 23 mois ayant reçu la vaccination DTC3, tel qu'indiqué par le rappel des mères ou le carnet de vaccination
	Accouchement dans un établissement de santé	Pourcentage de naissances vivantes dans les cinq (ou trois) années précédant l'enquête ayant eu lieu dans un établissement de santé
	Allaitement Maternel Exclusif	Pourcentage d'enfants de 0 à 5 mois vivant avec la mère et nourris exclusivement au sein
	Régime Alimentaire Minimum Acceptable	Nombre d'enfants de 6 à 23 mois qui satisfont à l'exigence de diversité alimentaire minimale et de fréquence minimale des repas pour les enfants allaités et non allaités.
	Sels de réhydratation par voie orale pour le traitement de la diarrhée	Pourcentage d'enfants nés au cours des cinq (ou trois) années précédant l'enquête, souffrant de diarrhée dans les deux semaines précédant l'enquête et qui ont reçu une solution de réhydratation orale (SRO), soit un liquide provenant d'un paquet de SRO, soit un liquide de SRO pré-emballé.
	Consultations postnatales pour les mères	Pourcentage de femmes ayant eu une naissance vivante au cours des 2 années précédant l'enquête qui ont bénéficié d'un contrôle postnatal au cours des 2 premiers jours suivant l'accouchement
	Accouchement assisté par un prestataire qualifié	Pourcentage de naissances vivantes dans les cinq (ou trois) années précédant l'enquête assistées par un prestataire qualifié. Le prestataire qualifié comprend un médecin, une infirmière, une sage-femme et une infirmière auxiliaire.
	Supplémentation en vitamine A, couverture complète	Pourcentage d'enfants âgés de 6 à 59 mois ayant reçu au moins un supplément de vitamine A à forte dose au cours des six derniers mois
	Taux net ajusté de scolarisation; premier cycle du secondaire ; les deux sexes (%)	L'effectif net ajusté correspond au nombre d'élèves du groupe d'âge scolaire pour le premier cycle du secondaire, inscrits dans le premier cycle du secondaire, exprimé en pourcentage de la population totale de ce groupe d'âge.
Taux net ajusté de scolarisation; premier cycle du secondaire ; filles (%)	L'effectif net ajusté correspond au nombre d'élèves de sexe féminin du groupe d'âge scolaire pour le premier cycle du secondaire, inscrit dans le premier cycle du secondaire, exprimé en pourcentage de la population totale de filles de ce groupe d'âge.	
Taux d'achèvement du premier cycle du secondaire ; les deux sexes (%)	Le taux d'achèvement du premier cycle du secondaire est mesuré comme le ratio brut d'admission à la dernière année du premier cycle du secondaire (général et préprofessionnel). Il est calculé comme le nombre de nouveaux entrants en dernière année du premier cycle du secondaire, quel que soit l'âge, divisé par la population à l'âge d'entrée pour la dernière année du premier cycle du secondaire.	
Taux d'achèvement du premier cycle du secondaire ; filles (%)	Le taux d'achèvement du premier cycle du secondaire est mesuré comme le ratio brut d'admission à la dernière année du premier cycle du secondaire (général et préprofessionnel). Il est calculé comme le nombre de nouvelles filles entrants en dernière année du premier cycle du secondaire, quel que soit l'âge, divisé par la population féminine à l'âge d'entrée en dernière année du premier cycle du secondaire.	

ANNEXE A

Description des indicateurs (a continué)

	INDICATOR	DESCRIPTION
INDICATEURS DE FINANCEMENT DE LA SANTÉ	Dépenses nationales de santé des administrations publiques (DGGHE) en tant que part des dépenses des administrations publiques (%)	Part des dépenses publiques nationales de santé par rapport aux dépenses publiques totales (numérateur: Dépenses publiques nationales totales de santé; dénominateur: Dépenses publiques totales provenant de sources nationales)
	Dépenses nationales générales de santé des administrations publiques (DGGHE), par habitant (\$US)	Dépenses publiques de santé par habitant (numérateur : Total des dépenses publiques de santé ; dénominateur : Population totale)
	Dépenses de santé directes par habitant (\$US)	Somme des paiements directs des ménages pour la santé, par habitant (\$US)
	Part du budget gouvernemental allouée à la santé (%)	Part du budget public allouée à la santé (numérateur : Budget total du gouvernement alloué à la santé; dénominateur : Budget total du gouvernement)
	Exécution du budget de la santé (%)	Part des dépenses publiques de santé dans le budget total de la santé du gouvernement (numérateur : Dépenses publiques totales de santé; dénominateur : Budget total du gouvernement alloué à la santé).
	Part des dépenses de santé allant aux prestataires de première ligne (%)	Part des dépenses publiques nationales de santé versées aux prestataires de première ligne (définition propre au pays) par rapport aux dépenses publiques totales de santé (numérateur : dépenses publiques nationales totales pour les prestataires de première ligne (définition du pays); dénominateur : dépenses publiques totales de santé). Cet indicateur n'est pas comparable d'un pays à l'autre.
	La planification et l'allocation du budget sont améliorées : Approbation des plans opérationnels, y compris des activités et des budgets pour la réalisation des DLI	Nombre de plans opérationnels approuvés, y compris les activités et les budgets pour la réalisation des indicateurs liés aux décaissements (DLI)
	Le processus d'achat est amélioré grâce à l'informatique : Pourcentage des appels d'offres nationaux (NCT) utilisant le système de marchés publics électroniques (e-GP) émis par le MOHFW	"Appels d'offres nationaux (NCT) utilisant le système de marchés publics électroniques (e-GP) en tant que pourcentage de tous les NCT spécifiés émis par le Ministère de la Santé et du Bien-Etre Familial."
	Nombre de divisions provinciales de la santé (DPS) mettant en œuvre le contrat unique	Nombre de divisions de niveau provincial (DPS : Division provinciale de la santé) mettant en œuvre le contrat unique
	Dépenses nationales de santé allouées à la SRMNEA	Part des dépenses de la SRMNEA-N par rapport au total des dépenses nationales de santé du gouvernement (numérateur : Dépenses totales de la SRMNEA-N; dénominateur : Total des dépenses de santé du gouvernement provenant de sources nationales)
	Exécution du budget national sur la SRMNEA + 3 maladies (TB, Paludisme, VIH/SIDA)	Part des dépenses publiques de santé pour la SRMNEA + 3 maladies (Tuberculose, paludisme, VIH/SIDA) par rapport au budget total de la santé du gouvernement (numérateur : Total des dépenses publiques de SRMNEA + 3 maladies (Tuberculose, Paludisme, VIH/SIDA); dénominateur : Budget total du gouvernement alloué à santé).
	Pourcentage d'établissements de soins de santé primaires disposant de tous les médicaments figurant sur la liste des médicaments essentiels du ministère de la Santé	Proportion d'établissements de soins de santé primaires (SSP) disposant de tous les médicaments figurant sur la liste des médicaments essentiels du ministère de la Santé (numérateur : Nombre total d'établissements de SSP disposant de tous les médicaments figurant sur la liste des médicaments essentiels du ministère de la Santé ; dénominateur : Nombre total d'établissements de SSP)
	Couverture de l'assurance maladie communautaire (CBHI) : Pourcentage de districts disposant du régime d'assurance maladie communautaire fonctionnels	Proportion de districts dotés de régimes d'assurance maladie communautaire (CBHI) fonctionnels (numérateur : Nombre de districts dotés d'un régime CBHI fonctionnel; dénominateur : Nombre total de districts)
	Proportion de comités alignant les processus de planification et de budgétisation (%)	Proportion de comités qui alignent leurs processus de planification et de budgétisation (numérateur : Nombre de comités qui reçoivent une assistance technique en matière de planification, de budgétisation, de suivi et d'établissement de rapports (PBMR) et qui utilisent pleinement les politiques, les stratégies et les données budgétaires, et qui alignent les rubriques du programme et les sous-programmes du PTA ; dénominateur : Nombre de comités qui reçoivent une assistance technique en matière de planification, de budgétisation, de suivi et d'établissement de rapports (PBMR)
	Proportion de comités consacrant au moins 30% du budget à la santé (%)	Proportion de comités allouant au moins 30% du budget à la santé (numérateur : Nombre de comités qui reçoivent une assistance technique avec des budgets de comté approuvés qui allouent au moins 30% du budget à la santé, moins les subventions conditionnelles des bailleurs et du gouvernement pour la santé; dénominateur : Nombre total des comités qui reçoivent une assistance technique et ont approuvé les budgets de comté)
	Nombre d'établissements de santé agréés recevant des paiements pour des services financés par le mécanisme de rémunération à l'acte (FFS) (public et privé)	Nombre d'établissements de santé agréés recevant des paiements pour des services financés par le mécanisme de rémunération à l'acte (FFS: Fee-For-Service), secteur public et privé
	Contribution des ressources nationales au fonds de prestation de soins de santé de base (BHCFF)	Ressources nationales totales versées au fonds de prestation de soins de santé de base (BHCFF)
	Nombre d'établissements de santé mettant en œuvre le FBR	Nombre d'établissements de santé mettant en œuvre le financement basé sur les résultats (FBR)
	Pourcentage d'établissements de santé recevant des financements par le biais du programme de financement direct des établissements de santé (DHFF)	Pourcentage d'établissements de santé recevant des fonds dans le cadre du programme de financement direct des établissements de santé - Direct Health Facility Financing program (numérateur : Nombre d'établissements de santé recevant des fonds dans le cadre du programme de financement direct des établissements de santé; dénominateur : Nombre total d'établissements de santé)
	Montant des services ambulatoires du Fonds d'Équité en Santé dans les zones cibles	Nombre de services ambulatoires du Fonds d'Équité en Santé dans les zones cibles
	Proportion des établissements de santé couverts par le FBP	Proportion d'établissements de santé couverts par le financement basé sur les programmes (FBP) (numérateur : nombre d'établissements de santé couverts par le FBP; dénominateur : nombre total d'établissements de santé)
	Nombre de districts couverts par le FBP	Nombre de districts couverts par le financement basé sur les programmes
	Nombre de personnes couvertes par la couverture maladie universelle (CMU)	Nombre de personnes couvertes par la couverture maladie universelle
	Nombre de personnes pauvres et vulnérables couvertes par la couverture maladie universelle (CMU)	Nombre de personnes pauvres et vulnérables couvertes par la couverture maladie universelle
	Nombre d'agents techniques de santé affectés aux soins primaires	Nombre d'agents techniques de santé affectés aux soins primaires
	Nombre d'agents de santé communautaires (ASC) formés et actifs	Nombre d'agents de santé communautaires formés et actifs
	Nombre d'enfants de moins de 5 ans inscrits à la politique de gratuité des soins de santé	Nombre d'enfants de moins de 5 ans inscrits à la politique de gratuité de soins de santé
	Nombre de districts mettant en œuvre le FBR	Nombre de districts mettant en œuvre le financement basé sur les résultats (FBR)
Nombre de centres de santé participant au FBR	Nombre de centres de santé participant au financement basé sur les résultats (FBR)	

ANNEXE B

Sources de données

INDICATEUR / SOURCE	Afghanistan	Bangladesh	Burkina Faso	Cambodge	Cameroun	République Centrafricaine	Tchad	Côte d'Ivoire	RDC	Éthiopie	Ghana	Guatemala	Guinée	Haïti	Indonésie	Kenya	Libéria	Madagascar
INDICATEURS DE BASE D'IMPACT DU GFF																		
Ratio de Mortalité Maternelle	Rapport inter-agences des Nations Unies 2015; Rapport inter-agences des Nations Unies 2017	*Système d'Enregistrement des Faits d'État Civil (SVRS) 2018;SVRS 2019*	EDS 2010;EMDS 2015	EDS 2010;EDS 2014	EDS 2011;EDS 2018	n'est pas applicable	MICS 2010;EDS 2014-2015	EDS 2011-12;MICS 2016	EDS 2014;MICS 2017-18	EDS 2016;EDS 2019	EDS 2014;DMHS 2017	EDS 2014-15	EDS 2012;MICS 2016	EDS 2012;EDS 2016-17	EDS 2012;SUPAS 2015	EDS 2008-09;EDS 2014	EDS 2013;EDS 2019	EDS 2008;MICS 2018
Taux de Mortalité des Moins de 5 ans	AHS 2015; AHS 2018	EDS 2014;EDS 2017-2018	EDS 2010;EMDS 2015	EDS 2010;EDS 2014	MICS 2014;EDS 2018	n'est pas applicable	MICS 2010;EDS 2014-2015	EDS 2011-12;MICS 2016	EDS 2014;MICS 2017-18	EDS 2016;EDS 2019	EDS 2014;MICS 2017-18	EDS 2014-15	EDS 2012;EDS 2018	EDS 2012;EDS 2016-17	EDS 2012;EDS 2017	EDS 2008-09;EDS 2014	EDS 2013;EDS 2019	EDS 2008;MICS 2018
Taux de Mortalité Néonatale	AHS 2015; AHS 2018	EDS 2014;EDS 2017-2018	EDS 2010;EMDS 2015	EDS 2010;EDS 2014	MICS 2014;EDS 2018	n'est pas applicable	MICS 2010;EDS 2014-2015	EDS 2011-12;MICS 2016	EDS 2014;MICS 2017-18	EDS 2016;EDS 2019	EDS 2014;MICS 2017-18	EDS 2014-15	EDS 2012;EDS 2018	EDS 2012;EDS 2016-17	EDS 2012;EDS 2017	EDS 2008-09;EDS 2014	EDS 2013;EDS 2019	EDS 2008;MICS 2018
Taux de Natalité parmi les Adolescents (15-19 ans)	AHS 2015; AHS 2018	EDS 2014;EDS 2017-2018	MIS 2014;MIS 2015	DDHS 2010;EDS 2014	MICS 2014;EDS 2018	n'est pas applicable	MICS 2010;EDS 2014-2015	EDS 2011-12;MICS 2016	EDS 2014;MICS 2017-18	EDS 2016;EDS 2019	EDS 2014;MICS 2017-18	EDS 2014-15	EDS 2012;EDS 2018	EDS 2012;EDS 2016-17	EDS 2012;EDS 2017	EDS 2008-09;EDS 2014	EDS 2013;EDS 2019	EDS 2008;MICS 2018
Pourcentage de naissances <24 mois après la naissance précédente	EDS 2015; AHS 2018	EDS 2014;EDS 2017-2018	MIS 2014;MIS 2015	EDS 2010;EDS 2014	EDS 2011;EDS 2018	n'est pas applicable	MICS 2010;EDS 2014-2015	EDS 2011-12;MICS 2016	EDS 2014;MICS 2017-18	EDS 2016;EDS 2019	EDS 2014;ND	EDS 2014-15	EDS 2012;EDS 2018	EDS 2012;EDS 2016-17	EDS 2012;EDS 2017	EDS 2008-09;EDS 2014	EDS 2013;ND	EDS 2008;ND
Retard de croissance parmi les enfants de moins de 5 ans	Enquête nationale sur la nutrition en Afghanistan 2013; AHS 2018	EDS 2014;EDS 2017-2018	Enquête nationale sur la nutrition 2017;Enquête nationale sur la nutrition 2018	EDS 2010;EDS 2014	MICS 2014;EDS 2018	n'est pas applicable	SMART 2018;SMART 2019	EDS 2011-12;MICS 2016	EDS 2014;MICS 2017-18	EDS 2016;EDS 2019	EDS 2014;MICS 2017-18	EDS 2014-15	EDS 2012;EDS 2018	EDS 2012;EDS 2016-17	RISKESDAS 2018;SUSENAS 2019	EDS 2008-09;EDS 2014	EDS 2013;EDS 2019	Enquête nationale de suivi des objectifs du Millénaire pour le développement (ENSOMD) 2012-2013;MICS 2018
Émaciation modérée à sévère parmi les enfants de moins de 5 ans	Enquête nationale sur la nutrition en Afghanistan 2013; AHS 2018	EDS 2014;EDS 2017-2018	Enquête nationale sur la nutrition 2017;Enquête nationale sur la nutrition 2018	EDS 2010;EDS 2014	MICS 2014;EDS 2018	n'est pas applicable	SMART 2018;SMART 2019	EDS 2011-12;MICS 2016	EDS 2014;MICS 2017-18	EDS 2016;EDS 2019	EDS 2014;MICS 2017-18	EDS 2014-15	EDS 2012;EDS 2018	EDS 2012;EDS 2016-17	RISKESDAS 2018;RISKESDAS 2018	EDS 2008-09;EDS 2014	EDS 2013;EDS 2019	Enquête nationale de suivi des objectifs du Millénaire pour le développement (ENSOMD) 2012-2013;MICS 2018
INDICATEURS DE COUVERTURE DE SRMNEA-N																		
Consultations prénatales pour femmes enceintes (quatre visites ou plus)	MICS 2010-2011; EDS 2015; AHS 2018	MICS 2012-2013; EDS 2014; EDS 2017-2018; MICS 2019; EDS 2011	EDSBF-MICS IV; 2010; MIS 2014	EDS 2014; EDS 2010	MICS 2014; EDS 2018; EDS-MICS 2011	n'est pas applicable	MICS 2010; EDS-MICS 2014-15	EDS 2011-12; MICS 2016	MICS 2010; EDS 2013-14; MICS 2017-18	Mini EDS 2014; EDS 2016; EDS 2011; EDS 2019	MICS 2011; GMHS 2017; MICS 2017-18; EDS 2014	n'est pas applicable	MICS 2016; EDS 2018; EDS-MICS 2012	EDS 2016-17; EDS 2012	EDS 2012; RISKESDAS 2013; EDS 2017	MIS 2015; EDS 2014; EDS 2008-2009	EDS 2013; MIS 2016; EDS 2019	ENSOMD 2012-2013; MICS 2018; EDS 2008-09
Recherche de traitement pour les symptômes de la pneumonie	MICS 2010-2011; EDS 2015	MICS 2012-2013; EDS 2014; EDS 2011; MICS 2019	EDSBF-MICS IV 2010	EDS 2014; EDS 2010	MICS 2014; EDS 2018; EDS-MICS 2011	n'est pas applicable	MICS 2010; EDS-MICS 2014-2015	EDS 2011-12; MICS 2016	MICS 2010; EDS 2013-14; MICS 2017-18	EDS 2011; EDS 2016	MICS 2011; MICS 2017-18; EDS 2014	n'est pas applicable	MICS 2016; EDS 2018; EDS-MICS 2012	EDS 2012; EDS 2016-17	EDS 2012; EDS 2017	EDS 2014; EDS 2008-2009	EDS 2013; EDS 2019	MICS 2018; ENSOMD 2012-2013; EDS 2008-09
Demande de planification familiale satisfaite par des méthodes modernes		EDS 2017-2018; MICS 2019; EDS 2014; EDS 2011	EDSBF-MICS IV 2010; PMA2020 2015, 2016, 2017, 2018, 2019	EDS 2014; EDS 2010	EDS 2018; EDS-MICS 2011	n'est pas applicable	EDS-MICS 2014-2015	EDS 2011-12; PMA2020 2017, 2018	EDS 2013-14; MICS 2017-18	EDS 2016; EDS 2011; PMA2020 2014, 2017, 2018;	EDS 2014; PMA2020 2013, 2015, 2016, 2017	n'est pas applicable	EDS 2018; EDS-MICS 2012	EDS 2016-17; EDS 2012	EDS 2012; PMA2020 2015; EDS 2017	EDS 2014; PMA2020 2015, 2016, 2017, 2018; EDS 2008-2009	EDS 2013	MICS 2018; EDS 2008-09
DTC3 (Immunisés avec trois doses de vaccin contre la diphtérie, le tétanos, et la coqueluche)	MICS 2010-2011; AHS 2012; Enquête nationale sur la couverture du PEV en Afghanistan 2013; EDS 2015; AHS 2018	EDS 2011; EDS 2014; Enquête d'évaluation de la couverture du PEV 2013;Enquête d'évaluation de la couverture du PEV 2016; EDS 2017-2018	EDSBF-MICS IV; 2010	EDS 2010; EDS 2014	EDS-MICS 2011; EDS 2018; MICS 2014	n'est pas applicable	MICS 2010; Enquête sur la couverture vaccinale 2012; EDS-MICS 2014-2015; Enquête sur la couverture vaccinale 2017	Revue du PEV 2010; EDS 2011-12; Enquête sur la couverture vaccinale 2013; Évaluation de la campagne contre la rougeole 2014; Revue externe du système de vaccination 2015; MICS 2016	MICS 2010; RDC Enquête sur la couverture vaccinale 2012; EDS 2013-14	EDS 2011; Enquête éthiopienne sur la couverture vaccinale 2012; EDS 2016; EDS 2019	MICS 2011; Enquête sectorielle du PEV au Ghana 2012; EDS 2014; MICS 2017-18	n'est pas applicable	Revue externe du PEV 2011; EDS-MICS 2012; MICS 2016	EDS 2012;EDS 2016-17	RISKESDAS 2010; EDS 2012; RISKESDAS 2013; EDS 2017; Indonésie Laporan Nasional Riskesdas 2018	EDS 2008-2009; EDS 2014	Enquête de routine sur la vaccination 2012; EDS 2013; EDS 2019	Évaluation de la couverture vaccinale 2011; ENSOMD 2012-2013; EDS 2008-09
Accouchement dans un établissement de santé	MICS 2010-11; EDS 2015; AHS 2018	EDS 2014; MICS 2019; MICS 2012-2013; EDS 2017-2018; EDS 2011	EDSBF-MICS IV; 2010	EDS 2014; EDS 2010	MICS 2014; EDS 2018; EDS-MICS 2011	n'est pas applicable	EDS-MICS 2014-2015; MICS 2010	EDS 2011-12; MICS 2016	MICS 2010; DHS 2013-14; MICS 2017-18	EDS 2016; EDS 2011; EDS 2019	MICS 2017-18; EDS 2014; MICS 2011	n'est pas applicable	EDS 2018; EDS-MICS 2012; MICS 2016	EDS 2016-17; EDS 2012	EDS 2012; RISKESDAS 2013; EDS 2017; RISKESDAS 2018	EDS 2014; EDS 2008-2009	EDS 2013; MIS 2016; EDS 2019	MICS 2018; ENSOMD 2012-2013; EDS 2008-09
Consultations postnatales pour les mères	EDS 2015	MICS 2012-2013; MICS 2014; EDS 2014; EDS 2017-2018	EDSBF-MICS IV; 2010	EDS 2014; EDS 2010	MICS 2014; EDS 2018; EDS-MICS 2011	n'est pas applicable	EDS-MICS 2014-2015	EDS 2011-12; MICS 2016	EDS 2013-14; MICS 2017-18	EDS 2016; EDS 2019; EDS 2011	GMHS 2017; EDS 2014; MICS 2011; MICS 2017-18	n'est pas applicable	MICS 2016; EDS 2018; EDS-MICS 2012	EDS 2016-17; EDS 2012	EDS 2012; EDS 2017	EDS 2014; EDS 2008-2009	EDS 2013; MIS 2016; EDS 2019	MICS 2018; EDS 2008-09
Accouchement assisté par un prestataire qualifié	MICS 2010-11; AHS 2012; EDS 2015; AHS 2018	MICS 2019; MICS 2012-2013; EDS 2014; EDS 2017-2018; EDS 2011	EDSBF-MICS IV; 2010	EDS 2014; EDS 2010	MICS 2014; EDS 2018; EDS-MICS 2011	n'est pas applicable	MICS 2010; EDS-MICS 2014-2015	EDS 2011-12; MICS 2016	MICS 2010; EDS 2013-14; MICS 2017-18	EDS 2019; EDS 2016; EDS 2011	GMHS 2017; EDS 2014; MICS 2011	n'est pas applicable	EDS 2018; EDS-MICS 2012; MICS 2016	EDS 2016-17; EDS 2012	EDS 2012; EDS 2017; BPS 2018	EDS 2014; EDS 2008-2009	EDS 2013; EDS 2019	ENSOMD 2012-2013; MICS 2018; EDS 2008-09
Sels de réhydratation par voie orale pour le traitement de la diarrhée	MICS 2010-2011; EDS 2015	MICS 2019; MICS 2012-2013; EDS 2014; EDS 2011; EDS 2017-2018	EDSBF-MICS IV; 2010	EDS 2014; EDS 2010	MICS 2014; EDS 2018; EDS-MICS 2011	n'est pas applicable	MICS 2010; EDS-MICS 2014-2015	EDS 2011-12; MICS 2016	MICS 2010; EDS 2013-14; MICS 2017-18	EDS 2011; EDS 2016	MICS 2011; MICS 2017-18; EDS 2014	n'est pas applicable	MICS 2016; EDS 2018; EDS-MICS 2012	EDS 2012; EDS 2016-17	EDS 2012; EDS 2017	EDS 2014; EDS 2008-2009	EDS 2013; EDS 2019	MICS 2018; ENSOMD 2012-2013; EDS 2008-09
Supplémentation en vitamine A, couverture complète	EDS 2015; MICS 2010-2011	EDS 2017-2018; EDS 2014; EDS 2011	EDSBF-MICS IV; 2010	EDS 2010; EDS 2014	EDS 2018; EDS-MICS 2011	n'est pas applicable	MICS 2010; EDS-MICS 2014-2015		EDS 2013-14	EDS 2016; EDS 2011; EDS 2019	EDS 2014; MICS 2011	n'est pas applicable	EDS 2018; EDS-MICS 2012	EDS 2016-17; EDS 2012	EDS 2012; EDS 2017	EDS 2014; EDS 2008-2009	EDS 2013	EDS 2008-09; ENSOMD 2012-2013
INDICATEURS SPÉCIFIQUES À LA NUTRITION																		
Femmes enceintes ayant reçu une supplémentation en acide folique ou un sirop de fer pendant plus de 90 jours	n'est pas applicable		EDSBF-MICS IV; 2010	EDS 2014; EDS 2010	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	EDS 2013-14	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	EDS 2012; RISKESDAS 2013; EDS 2017	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable
Allaitement maternel exclusif	n'est pas applicable	EDS 2011; MICS 2012-13; EDS 2014; EDS 2017-2018; MICS 2019	NNS/SMART 2009; Burkina Faso: Unité Nutrition 2009; EDSBF-MICS IV 2010; Enquête nationale sur la nutrition (NNS)/SMART 2012; NNS/SMART 2013; NNS/SMART 2014; SMART 2017; SMART 2018	EDS 2010; EDS 2014	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	EDS 2013-14; MICS 2010	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	EDS 2017; EDS 2012	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable
Régime alimentaire minimum acceptable	n'est pas applicable	EDS 2011; EDS 2017-2018; EDS 2014; MICS 2019	EDSBF-MICS IV; 2010	EDS 2010; EDS 2014	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	EDS 2013-14; MICS 2017-18	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	EDS 2017; EDS 2012	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable

ANNEXE B

Sources de données (suite)

INDICATEUR / SOURCE	Malawi	Mali	Mauritanie	Mozambique	Myanmar	Niger	Nigeria	Pakistan	Rwanda	Sénégal	Sierra Leone	Somalie	République du Tadjikistan	Tanzanie	Ouganda	Vietnam	Zambie	Zimbabwe
INDICATEURS DE BASE D'IMPACT DU GFF																		
Ratio de Mortalité Maternelle	EDS 2010;EDS 2015-16	EDS 2012-13;EDS 2018	MICS 2011;MICS 2015	EDS 2011;AIS 2015	MICS 2009-10;EDS 2015-16	EDS 2012;ENISED 2015	EDS 2013;EDS 2018	UNIA 2014-15;UNIA 2019	EDS 2010;EDS 2014	EDS 2017;	EDS 2013;EDS 2019	MICS 2006;SHDS 2020	Rapport interagences des Nations Unies; 2010;Rapport interagences des Nations Unies;2015	EDS 2010;EDS 2015	EDS 2011;EDS 2016	Nations unies-MMEIG 2015;Nations unies-MMEIG 2017	EDS 2013-14;EDS 2018	MICS 2014;MICS 2019
Taux de Mortalité des Moins de 5 ans	EDS 2010;EDS 2015-16	MICS 2015;EDS 2018	MICS 2011;MICS 2015	EDS 2011;AIS 2015	UNIGME 2012; UNIGME 2020	EDS 2012;ENISED 2015	EDS 2013;EDS 2018	EDS 2012-13;EDS 2017-18	EDS 2010;EDS 2014	EDS 2018;EDS Rapport préliminaire 2019	EDS 2013;EDS 2019	MICS 2006;SHDS 2020	EDS 2012;EDS 2017	EDS 2010;EDS 2015	EDS 2011;EDS 2016	MICS 2011;MICS 2013-14	EDS 2013-14;EDS 2018	MICS 2014;MICS 2019
Taux de Mortalité Néonatale	EDS 2010;EDS 2015-16	MICS 2015;EDS 2018	MICS 2011;MICS 2015	EDS 2011;AIS 2015	UNIGME 2011; UNIGME 2019	EDS 2012;ENISED 2015	EDS 2013;EDS 2018	EDS 2012-13;EDS 2017-18	EDS 2010;EDS 2014	EDS 2018;EDS Rapport préliminaire 2019	EDS 2013;EDS 2019	MICS 2006;SHDS 2020	EDS 2012;EDS 2017	EDS 2010;EDS 2015	EDS 2011;EDS 2016	MICS 2011;MICS 2013-14	EDS 2013-14;EDS 2018	MICS 2014;MICS 2019
Taux de Natalité parmi les Adolescents (15-19 ans)	EDS 2010;EDS 2015-16	MICS 2015;EDS 2018	MICS 2011;MICS 2015	EDS 2011;AIS 2015	MICS 2009-10;EDS 2015-16	EDS 2012;ENISED 2015	EDS 2013;EDS 2018	EDS 2012-13;EDS 2017-18	EDS 2010;EDS 2014	EDS 2018;EDS Rapport préliminaire 2019	EDS 2013;EDS 2019	MICS 2006;SHDS 2020	EDS 2012;EDS 2017	EDS 2010;EDS 2015	EDS 2011;EDS 2016	MICS 2011;MICS 2013-14	EDS 2013-14;EDS 2018	MICS 2014;MICS 2019
Pourcentage de naissances <24 mois après la naissance précédente	EDS 2010;EDS 2015-16	EDS 2012-13;EDS 2018	MICS 2011;MICS 2015	EDS 2011;AIS 2015	MICS 2009-10;EDS 2015-16	EDS 2012;ENISED 2015	EDS 2013;EDS 2018	EDS 2012-13;EDS 2017-18	EDS 2010;EDS 2014	EDS 2017;EDS 2018	EDS 2013;EDS 2019	MICS 2006;SHDS 2020	EDS 2012;EDS 2017	EDS 2010;EDS 2015	EDS 2011;EDS 2016	MICS 2011;MICS 2013-14	EDS 2013-14;EDS 2018	MICS 2014;MICS 2019
Retard de croissance parmi les enfants de moins de 5 ans	EDS 2010;EDS 2015-16	MICS 2015;EDS 2018	SMART 2012;SMART 2018	EDS 2011;Évaluation de base du Paquet d'Intervention Nutritionnelle (NIP) 2019	MICS 2009-10;EDS 2015-16	SMART 2018;SMART 2019	EDS 2013;EDS 2018	EDS 2012-13;EDS 2017-18	EDS 2010;EDS 2014	EDS 2018;EDS Rapport préliminaire 2019	EDS 2013;EDS 2019	MICS 2006;SHDS 2020	EDS 2012;EDS 2017	EDS 2010;EDS 2015	EDS 2011;EDS 2016	Institut national de la nutrition 2015;Institut national de la nutrition 2017	EDS 2013-14;EDS 2018	MICS 2014;MICS 2019
Émaciation modérée à sévère parmi les enfants de moins de 5 ans	EDS 2010;EDS 2015-16	MICS 2015;EDS 2018	SMART 2012;SMART 2018	EDS 2011;Évaluation de base du Paquet d'Intervention Nutritionnelle (NIP) 2019	MICS 2009-10;EDS 2015-16	SMART 2018;SMART 2019	EDS 2013;EDS 2018	EDS 2012-13;EDS 2017-18	EDS 2010;EDS 2014	EDS 2018;EDS Rapport préliminaire 2019	EDS 2013;EDS 2019	MICS 2006;SHDS 2020	EDS 2012;EDS 2017	EDS 2010;EDS 2015	EDS 2011;EDS 2016	Institut national de la nutrition 2015;Institut national de la nutrition 2017	EDS 2013-14;EDS 2018	MICS 2014;MICS 2019
INDICATEURS DE COUVERTURE DE SRMNEA-N																		
Consultations prénatales pour femmes enceintes (quatre visites ou plus)	MICS 2013-14; EDS 2015-16; EDS 2010	MICS 2009-10; EDS 2018; EDSM-V 2012-13; MICS 2015	MICS 2011; MICS 2015	MIS 2018; AIS 2015; EDS 2011	EDS 2015-16	ENISED 2015; EDSN-MICS IV 2012	EDS 2013; MICS 2011; MICS 2016-17; EDS 2018	EDS 2017-18; EDS 2012-13	EDS 2014-15; EDS 2010	EDS 2010-11; EDS 2012-13; EDS 2014; EDS 2015; EDS 2016; EDS 2017; EDS 2018	MICS 2010; EDS 2013; MICS 2017; EDS 2019	SHDH 2020; MICS 2006	EDS 2012; EDS 2017	EDS 2010; EDS 2015-16; MIS 2017	EDS 2011; EDS 2016; MIS 2018-19	MICS 2011; MICS 2013-14	EDS 2013-14; EDS 2018	EDS 2010-11; MICS 2014; EDS 2015; MICS 2019
Recherche de traitement pour les symptômes de la pneumonie	MICS 2013-14; EDS 2015-16; EDS 2010	MICS 2009-10; MICS 2015; EDS 2018; EDSM-V 2012-13	MICS 2011; MICS 2015	AIS 2015; EDS 2011	MICS 2009-10; EDS 2015-16	ENISED 2015; EDSN-MICS IV 2012	EDS 2013; MICS 2011; MICS 2016-17; EDS 2018	EDS 2017-18; EDS 2012-13	EDS 2010; EDS 2014-15	EDS 2010-11; EDS 2012-13; EDS 2014; EDS 2015; EDS 2016; EDS 2017; EDS 2018	MICS 2010; EDS 2013; MICS 2017; EDS 2019	SHDH 2020; MICS 2006	EDS 2012; EDS 2017	EDS 2010; EDS 2015-16	EDS 2011; EDS 2016	MICS 2011; MICS 2013-14	EDS 2013-14; EDS 2018	EDS 2010-11; MICS 2014; EDS 2015
Demande de planification familiale satisfaite par des méthodes modernes	EDS 2015-16; EDS 2010	EDS 2018; EDSM-V 2012-13		AIS 2015; EDS 2011	EDS 2015-16	EDSN-MICS IV 2012; PMA2020 2016, 2017	EDS 2013; PMA2020 2016, 2017, 2018; EDS 2018	EDS 2012-13; EDS 2017-18	EDS 2014-15; EDS 2010	EDS 2010-11; EDS 2012-13; EDS 2014; EDS 2015; EDS 2016; EDS 2017; EDS 2018	EDS 2013; MICS 2017; EDS 2019	SHDH 2020	EDS 2012; EDS 2017	EDS 2010; EDS 2015-16	EDS 2011; PMA2020 2016, 2017, 2018		EDS 2013-14; EDS 2018	EDS 2010-11; EDS 2015
DT3C (Immunisés avec trois doses de vaccin contre la diphtérie, le tétanos, et la coqueluche)	EDS 2015-16; EDS 2010	EDS 2018; MICS 2009-10; EDSM-V 2012-13; MICS 2015;Revue du programme élargi de vaccination 2016	MICS 2011;Revue du PEV 2014; MICS 2015	AIS 2015; EDS 2011	EDS 2015-16; MICS 2009-10	Enquête sur la mortalité et la survie des enfants au Niger 2010; EDSN-MICS IV 2012; Enquête d'évaluation de la couverture 2013 ; Enquête sur la couverture vaccinale 2017	EDS 2013; Enquête sur la couverture vaccinale 2010; MICS 2011; Enquête nationale sur la nutrition et la santé 2015; MICS 2016-17; NNHS 2018; EDS 2018	PSLM 2010-2011; Enquête nationale sur la nutrition au Pakistan 2011; EDS 2012-13; PSLM 2014-15; EDS 2017-18	EDS 2010; Enquête d'évaluation de la couverture 2013; EDS 2014-15	EDS 2010-11; EDS 2012-13; EDS 2014; EDS 2015; EDS 2016; EDS 2017; EDS 2018	MICS 2010; EDS 2013; MICS 2017; EDS 2019	SHDH 2020; MICS 2006	EDS 2012; EDS 2017	EDS 2010; Enquête d'évaluation de la couverture 2011; Enquête sur la couverture vaccinale 2014; EDS 2015-16	EDS 2011; Enquête sur la couverture vaccinale 2012; EDS 2016; UNICS 2017	MICS 2011; MICS 2013-14; Enquête sur la couverture vaccinale 2015	EDS 2018; Enquête sur le programme élargi de vaccination 2011; EDS 2013-14	EDS 2010-11; MICS 2014; EDS 2015; MICS 2019
Accouchement dans un établissement de santé	MICS 2013-14; EDS 2015-16; EDS 2010	MICS 2015; EDS 2018; EDSM-V 2012-13	MICS 2011; MICS 2015	EDS 2011; AIS 2015	EDS 2015-16; MICS 2009-10	ENISED 2015; EDSN-MICS IV 2012	EDS 2013; MICS 2011; MICS 2016-17; EDS 2018	EDS 2017-18; EDS 2012-13	EDS 2014-15; EDS 2010	EDS 2010-11;EDS 2012-13; EDS 2014; EDS 2015; EDS 2016; EDS 2017; EDS 2018	MICS 2010; EDS 2013; MICS 2017; EDS 2019	SHDH 2020; MICS 2006	EDS 2012; EDS 2017	EDS 2010; AIS 2011-12; EDS 2015-16	EDS 2011; EDS 2016	MICS 2011; MICS 2013-14	EDS 2013-14; EDS 2018	EDS 2010-11; MICS 2014; EDS 2015; MICS 2019
Consultations postnatales pour les mères	EDS 2015-16; MICS 2013-14; EDS 2010	EDS 2018; MICS 2015; EDSM-V 2012-13	MICS 2011; MICS 2015	AIS 2015	EDS 2015-16	EDSN-MICS IV 2012	EDS 2013; MICS 2011; MICS 2016-17; EDS 2018	EDS 2017-18; EDS 2012-13	EDS 2014-15; EDS 2010	EDS 2012-13; EDS 2015; EDS 2016; EDS 2017; EDS 2018	EDS 2013; MICS 2017; EDS 2019	SHDH 2020; MICS 2006	EDS 2012; EDS 2017	EDS 2010; EDS 2015-16	EDS 2011; EDS 2016	MICS 2013-14	EDS 2013-14; EDS 2018	EDS 2010-11; MICS 2014; EDS 2015; MICS 2019
Accouchement assisté par un prestataire qualifié	EDS 2015-16; EDS 2010; MICS 2013-14	EDS 2018; EDSM-V 2012-13; MICS 2015; MICS 2009-10	MICS 2015; MICS 2011	AIS 2015; EDS 2011	EDS 2015-16; MICS 2009-10	ENISED 2015; EDSN-MICS IV 2012	EDS 2013; MICS 2011; MICS 2016-17; EDS 2018	EDS 2017-18; EDS 2012-13	EDS 2014-15; EDS 2010	EDS 2010-11; EDS 2012-13; EDS 2014; EDS 2015; EDS 2016; EDS 2017; EDS 2018	MICS 2010; EDS 2013; MICS 2017; EDS 2019	SHDH 2020; MICS 2006	EDS 2012; EDS 2017	EDS 2010; AIS 2011-12; EDS 2015-16	EDS 2011; EDS 2016	MICS 2011; MICS 2013-14	EDS 2013-14; EDS 2018	EDS 2010-11; MICS 2014; EDS 2015; MICS 2019
Sels de réhydratation par voie orale pour le traitement de la diarrhée	EDS 2010; MICS 2013-14; EDS 2015-16	MICS 2009-10; MICS 2015; EDS 2018; EDSM-V 2012-13	MICS 2011; MICS 2015	AIS 2015; EDS 2011	MICS 2009-10; EDS 2015-16	ENISED 2015; EDSN-MICS IV 2012	EDS 2013; MICS 2011; MICS 2016-17; EDS 2018	EDS 2017-18; EDS 2012-13	EDS 2010; EDS 2014-15	EDS 2010-11; EDS 2012-13; EDS 2014; EDS 2015; EDS 2016; EDS 2017; EDS 2018	MICS 2010; EDS 2013; MICS 2017; EDS 2019	MICS 2006	EDS 2012; EDS 2017	EDS 2010; EDS 2015-16	EDS 2011; EDS 2016	MICS 2011; MICS 2013-14	EDS 2013-14; EDS 2018	EDS 2010-11; MICS 2014; EDS 2015; MICS 2019
Supplémentation en vitamine A, couverture complète	EDS 2010; EDS 2015-16	EDS 2018; EDSM-V 2012-13; MICS 2009-10	MICS 2011	EDS 2011	MICS 2009-10; EDS 2015-16	EDSN-MICS IV 2012	EDS 2018; EDS 2013; MICS 2011	EDS 2012-13; EDS 2017-18	EDS 2010; EDS 2014-15	EDS 2010-11; EDS 2012-13; EDS 2014; EDS 2015; EDS 2016; EDS 2017; EDS 2018	MICS 2010; EDS 2013	MICS 2006; Enquête sur les micronutriments en Somalie 2019-2020	EDS 2012; EDS 2017	EDS 2010; EDS 2015-16	EDS 2011; EDS 2016	MICS 2011	EDS 2013-14; EDS 2018	EDS 2015; EDS 2010-11; MICS 2014
INDICATEURS SPÉCIFIQUES À LA NUTRITION																		
Femmes enceintes ayant reçu une supplémentation en acide folique ou un sirop de fer pendant plus de 90 jours	EDS 2015-16; EDS 2010	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	EDS 2018; EDS 2013	n'est pas applicable	EDS 2014-15; EDS 2010	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable
Allaitement maternel exclusif	MICS 2013-14; EDS 2015-16; EDS 2010	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	EDS 2013; MICS 2011; MICS 2016-17; EDS 2018	n'est pas applicable	EDS 2010; EDS 2014-15	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable
Régime alimentaire minimum acceptable	EDS 2010; EDS 2015-16; MICS 2013-14	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	EDS 2013; MICS 2011; MICS 2016-17; EDS 2018	n'est pas applicable	EDS 2010; EDS 2014-15	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable

ANNEXE B

Sources de données (suite)

INDICATEUR / SOURCE	Afghanistan	Bangladesh	Burkina Faso	Cambodge	Cameroun	République Centrafricaine	Tchad	Cote d'Ivoire	RDC	Éthiopie	Ghana	Guatemala	Guinée	Haïti	Indonésie	Kenya	Libéria	Madagascar
INDICATEURS D'ÉDUCATION																		
Taux net ajusté de scolarisation ; premier cycle du secondaire ; les deux sexes (%)	n'est pas applicable	WDI 2010, 2011, 2012, 2013, 2015, 2016, 2017, 2018	n'est pas applicable	n'est pas applicable	WDI 2012, 2013, 2014, 2015, 2016	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable
Taux net ajusté de scolarisation ; premier cycle du secondaire ; filles (%)	n'est pas applicable	WDI 2010, 2011, 2012, 2013, 2015, 2016, 2017, 2018	n'est pas applicable	n'est pas applicable	WDI 2012, 2013, 2014, 2015, 2016	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable
Taux d'achèvement du premier cycle du secondaire ; les deux sexes (%)	n'est pas applicable	WDI 2010, 2011, 2013, 2016	n'est pas applicable	n'est pas applicable	WDI 2011, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017, 2018	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable
Taux d'achèvement du premier cycle du secondaire ; filles (%)	n'est pas applicable	WDI 2010, 2011, 2013, 2016	n'est pas applicable	n'est pas applicable	WDI 2011, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017, 2018	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable
INDICATEURS DE FINANCEMENT DE LA SANTÉ DU GFF																		
Dépenses nationales générales de santé des administrations publiques (DGGHE), par habitant (\$US)	OMS-GHED 2015-2017	OMS-GHED 2015-2017	OMS-GHED 2015-2017	OMS-GHED 2015-2017	OMS-GHED 2015-2017	OMS-GHED 2015-2017	OMS-GHED 2015-2017	OMS-GHED 2015-2017	OMS-GHED 2015-2017	OMS-GHED 2015-2017	OMS-GHED 2015-2017	OMS-GHED 2015-2017	OMS-GHED 2015-2017	OMS-GHED 2015-2017	OMS-GHED 2015-2017	OMS-GHED 2015-2017	OMS-GHED 2015-2017	OMS-GHED 2015-2017
Dépenses nationales de santé des administrations publiques (DGGHE) en tant que part des dépenses des administrations publiques (%)	OMS-GHED 2015-2017	OMS-GHED 2015-2017	OMS-GHED 2015-2017	OMS-GHED 2015-2017	OMS-GHED 2015-2017	OMS-GHED 2015-2017	OMS-GHED 2015-2017	OMS-GHED 2015-2017	OMS-GHED 2015-2017	OMS-GHED 2015-2017	OMS-GHED 2015-2017	OMS-GHED 2015-2017	OMS-GHED 2015-2017	OMS-GHED 2015-2017	OMS-GHED 2015-2017	OMS-GHED 2015-2017	OMS-GHED 2015-2017	OMS-GHED 2015-2017
Dépenses de santé directes par habitant (\$US)	OMS-GHED 2015-2017	OMS-GHED 2015-2017	OMS-GHED 2015-2017	OMS-GHED 2015-2017	OMS-GHED 2015-2017	OMS-GHED 2015-2017	OMS-GHED 2015-2017	OMS-GHED 2015-2017	OMS-GHED 2015-2017	OMS-GHED 2015-2017	OMS-GHED 2015-2017	OMS-GHED 2015-2017	OMS-GHED 2015-2017	OMS-GHED 2015-2017	OMS-GHED 2015-2017	OMS-GHED 2015-2017	OMS-GHED 2015-2017	OMS-GHED 2015-2017
FINANCEMENT DE LA SANTÉ DU GFF - INDICATEURS SPÉCIFIQUES AU PAYS																		
Part du budget gouvernemental allouée à la santé (%)	Boost 2016-2018	2020-2021 Résumé du budget de la santé	Rapport statistique annuel du MS 2016-2018; Département administratif et financier du MS pour 2019	Enquêtes sur le budget ouvert 2016-2019	Boost 2016-2018; Département des finances du ministère de la Santé pour 2019	Analyse de l'espace budgétaire pour le rapport sur le secteur de la santé 2019	Rapport du département des finances du ministère de la Santé Publique	Département des finances du ministère de la Santé	Budget (Budgétisation basée sur les programmes)	Boost 2016-2018	Unité budgétaire du ministère de la Santé	Décrets de loi budgétaire 2017-2020	Boost 2016-2017; Rapport annuel du ministère de la santé 2018-2019	Lois budgétaires 2016-2018	Comptes Nationaux de la Santé (NHA) 2017	Boost 2016-2018	Boost 2016-2018	Rapports budgétaires du T4 pour 2016-2018 et du T2 pour 2019
Exécution du budget de la santé (%)	Boost 2016-2018	2020-2021 Résumé du budget de la santé	Rapport statistique annuel du MS 2016-2018; Département administratif et financier du MS pour 2020	n'est pas applicable	Département des finances du ministère de la Santé pour 2019	Analyse de l'espace budgétaire pour le rapport sur le secteur de la santé 2019	Rapport du département des finances du ministère de la Santé Publique	Département des finances du ministère de la Santé	Budget (Budgétisation basée sur les programmes)	Boost 2016-2018	Unité budgétaire du ministère de la Santé	n'est pas applicable	Boost 2016-2017; Rapport annuel du ministère de la santé 2018-2019	Lois budgétaires 2016	Comptes Nationaux de la Santé (NHA) 2017	Boost 2016-2018	Boost 2016-2018	Rapports budgétaires du T4 pour 2016-2018 et du T2 pour 2019
Part des dépenses de santé allant aux prestataires de première ligne (%)	Boost 2016-2018	Cadre budgétaire à moyen terme 2019-2020	n'est pas applicable	n'est pas applicable	Boost 2017-2018	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	Budget (Budgétisation basée sur les programmes)	Boost 2016-2018	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	Comptes Nationaux de la Santé (NHA) 2017	Boost 2016-2018	Boost 2016-2018	n'est pas applicable
Dépenses nationales de santé en tant que pourcentage du total des dépenses publiques nationales	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable
La planification et l'allocation du budget sont améliorées : Approbation des plans opérationnels, y compris des activités et des budgets pour la réalisation des DIU	n'est pas applicable	Ministère de la Santé et du Bien-Etre Familial	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable
Le processus d'achat est amélioré grâce à l'informatique : Pourcentage des appels d'offres nationaux (NCT) utilisant le système de marchés publics électroniques (e-GP) émis par le MOHFW	n'est pas applicable	Ministère de la Santé et du Bien-Etre Familial	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable
Nombre de divisions provinciales de la santé (DPS) mettant en œuvre le contrat unique	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	Évaluation trimestrielle du contrat unique effectuée par le MS	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable
Dépenses nationales de santé allouées à la SRMNEA	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	Budget (Budgétisation basée sur les programmes)	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable
Exécution du budget national sur la SRMNEA + 3 maladies (TB, Paludisme, VIH / SIDA)	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	Budget (Budgétisation basée sur les programmes)	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable
Pourcentage d'établissements de soins de santé primaires disposant de tous les médicaments figurant sur la liste des médicaments essentiels du ministère de la Santé	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	Évaluation de la disponibilité et de l'état de préparation des services (SARA)	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable
Couverture de l'assurance maladie communautaire (CBHI) : Pourcentage de districts disposant du régime d'assurance maladie communautaire fonctionnels	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	Rapport administratif de l'Agence éthiopienne d'assurance de santé	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable
Proportion de comités alignant les processus de planification et de budgétisation (%)	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	Rapport annuel du Fonds fiduciaire à bailleurs multiples d'assistance technique de la SRMNEA	n'est pas applicable	n'est pas applicable
Proportion de comités consacrant au moins 30% du budget à la santé (%)	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	Rapport annuel du Fonds fiduciaire à bailleurs multiples d'assistance technique de la SRMNEA	n'est pas applicable	n'est pas applicable
Nombre d'établissements de santé agréés recevant des paiements pour des services financés par le mécanisme de rémunération à l'acte (FFS) (public et privé)	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable
Contribution des ressources nationales au fonds de prestation de soins de santé de base (BHCPPF)	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable
Nombre d'établissements de santé mettant en œuvre le FBR	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable

ANNEXE B

Sources de données (suite)

INDICATEUR / SOURCE	Malawi	Mali	Mauritanie	Mozambique	Myanmar	Niger	Nigeria	Pakistan	Rwanda	Sénégal	Sierra Leone	Somalie	République du Tadjikistan	Tanzanie	Ouganda	Vietnam	Zambie	Zimbabwe
INDICATEURS D'ÉDUCATION																		
Taux net ajusté de scolarisation ; premier cycle du secondaire ; les deux sexes (%)	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	WDI 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable
Taux net ajusté de scolarisation ; premier cycle du secondaire ; filles (%)	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	WDI 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable
Taux d'achèvement du premier cycle du secondaire ; les deux sexes (%)	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	WDI 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable
Taux d'achèvement du premier cycle du secondaire ; filles (%)	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015 WDI	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable
INDICATEURS DE FINANCEMENT DE LA SANTÉ DU GFF																		
Dépenses nationales générales de santé des administrations publiques (DGGHE), par habitant (\$US)	Comptes Nationaux de la Santé (NHA) 2020	OMS-GHED 2015-2017	Comptes Nationaux de la Santé (NHA) et Enquête auprès des ménages (EPCV)	OMS-GHED 2015-2017	OMS-GHED 2015-2017	OMS-GHED 2015-2017	OMS-GHED 2015-2017	OMS-GHED 2015-2017	OMS-GHED 2015-2017	OMS-GHED 2015-2017	OMS-GHED 2015-2017	n'est pas applicable	OMS-GHED 2015-2017	OMS-GHED 2015-2017	OMS-GHED 2015-2017	OMS-GHED 2015-2017	OMS-GHED 2015-2017	OMS-GHED 2015-2017
Dépenses nationales de santé des administrations publiques (DGGHE) en tant que part des dépenses des administrations publiques (%)	Comptes Nationaux de la Santé (NHA) 2020	OMS-GHED 2015-2017	Comptes Nationaux de la Santé (NHA) et Enquête auprès des ménages (EPCV)	n'est pas applicable	OMS-GHED 2015-2017	OMS-GHED 2015-2017	OMS-GHED 2015-2017	OMS-GHED 2015-2017	OMS-GHED 2015-2017	OMS-GHED 2015-2017	OMS-GHED 2015-2017	n'est pas applicable	OMS-GHED 2015-2017	OMS-GHED 2015-2017	OMS-GHED 2015-2017	OMS-GHED 2015-2017	OMS-GHED 2015-2017	OMS-GHED 2015-2017
Dépenses de santé directes par habitant (\$US)	Comptes Nationaux de la Santé (NHA) 2020	OMS-GHED 2015-2017	Comptes Nationaux de la Santé (NHA) et Enquête auprès des ménages (EPCV)	OMS-GHED 2015-2017	OMS-GHED 2015-2017	OMS-GHED 2015-2017	OMS-GHED 2015-2017	OMS-GHED 2015-2017	OMS-GHED 2015-2017	OMS-GHED 2015-2017	OMS-GHED 2015-2017	n'est pas applicable	OMS-GHED 2015-2017	OMS-GHED 2015-2017	OMS-GHED 2015-2017	OMS-GHED 2015-2017	OMS-GHED 2015-2017	OMS-GHED 2015-2017
FINANCEMENT DE LA SANTÉ DU GFF - INDICATEURS SPÉCIFIQUES AU PAYS																		
Part du budget gouvernemental allouée à la santé (%)	Ministère de la Santé Département de la planification et de l'élaboration des politiques	*Boost 2016-2019	Budget 2016-2019	Boost 2016-2018	Comptes Nationaux de la Santé (NHA) 2016-2018	Budget 2016-2019	Budget de la santé 2016-2019	Document de stratégie pour la réduction de la pauvreté (Division des finances)	Lois de finances 2016-2019	Boost 2016-2018	Boost 2016-2018; 2019. Profil du budget de l'exercice 20	n'est pas applicable	Données budgétaires du ministère des Finances	Boost 2016-2017; 2018 des Comptes Nationaux de la Santé (NHA)	Données budgétaires du ministère des Finances	n'est pas applicable	Rapports financiers 2017 et 2018	Financement et mise en œuvre de la stratégie nationale de santé 2016-2020 – Une revue à mi-parcours
Exécution du budget de la santé (%)	Ministère de la Santé Département de la planification et de l'élaboration des politiques	Boost 2016-2018	Rapport annuel du ministère de la Santé 2017-2020	Boost 2016-2018	Boost 2016-2018	* Budget 2016-2019	Rapport sur l'exécution du budget T4 2018-2019	Publications du budget annuel 2016-2018	Système intégré d'information sur la gestion financière	Rapport du Département de l'administration générale et de l'équipement (DAGE)	Boost 2016-2018	n'est pas applicable	Données budgétaires du ministère des Finances	Boost 2016-2017; 2018 des Comptes Nationaux de la Santé (NHA)	Données budgétaires du ministère des Finances	n'est pas applicable	Note sur le financement de la santé en Zambie 2017-2019	Financement et mise en œuvre de la stratégie nationale de santé 2016-2020 – Une revue à mi-parcours
Part des dépenses de santé allant aux prestataires de première ligne (%)	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	Boost 2016-2018	n'est pas applicable	Comptes Nationaux de la Santé (NHA)	Comptes Nationaux de la Santé (NHA) 2017	Système officiel d'information et d'audit (PIFRA)	Système intégré d'information sur la gestion financière	Boost 2016-2018	Boost 2016-2018	n'est pas applicable	Ministère des Finances	Boost 2016-2017	Données budgétaires du ministère des Finances	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable
Dépenses nationales de santé en tant que pourcentage du total des dépenses publiques nationales	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	Système électronique de gestion financière de l'État (e-SISTAFE)	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable
La planification et l'allocation du budget sont améliorées : Approbation des plans opérationnels, y compris des activités et des budgets pour la réalisation des DIU	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable
Le processus d'achat est amélioré grâce à l'informatique : Pourcentage des appels d'offres nationaux (NCT) utilisant le système de marchés publics électroniques (e-GP) émis par le MOHFW	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable
Nombre de divisions provinciales de la santé (DPS) mettant en œuvre le contrat unique	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable
Dépenses nationales de santé allouées à la SRMNEA	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable
Exécution du budget national sur la SRMNEA + 3 maladies (TB, Paludisme, VIH / SIDA)	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable
Pourcentage d'établissements de soins de santé primaires disposant de tous les médicaments figurant sur la liste des médicaments essentiels du ministère de la Santé	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable
Couverture de l'assurance maladie communautaire (CBHI) : Pourcentage de districts disposant du régime d'assurance maladie communautaire fonctionnels	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable
Proportion de comités alignant les processus de planification et de budgétisation (%)	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable
Proportion de comités consacrant au moins 30% du budget à la santé (%)	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable
Nombre d'établissements de santé agréés recevant des paiements pour des services financés par le mécanisme de rémunération à l'acte (FFS) (public et privé)	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	Ministère Fédéral de la Santé	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable
Contribution des ressources nationales au fonds de prestation de soins de santé de base (BHCPF)	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	Budget national	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable
Nombre d'établissements de santé mettant en œuvre le FBR	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable

ANNEXE B

Sources de données (suite)

INDICATEUR / SOURCE	Afghanistan	Bangladesh	Burkina Faso	Cambodge	Cameroun	République Centrafricaine	Tchad	Cote d'Ivoire	RDC	Éthiopie	Ghana	Guatemala	Guinée	Haïti	Indonésie	Kenya	Libéria	Madagascar
FINANCEMENT DE LA SANTÉ DU GFF - INDICATEURS SPÉCIFIQUES AU PAYS (suite)																		
Pourcentage d'établissements de santé recevant des financements par le biais du programme de financement direct des établissements de santé (DHFF)	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable
Montant des services ambulatoires du Fonds d'équité en santé dans les zones cibles	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	Rapports du Congrès national de la santé 2018 et 2019	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable
Proportion des établissements de santé couverts par le FBP	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	Portail de financement basé sur des programmes	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable
Nombre de districts couverts par le FBP	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	Portail de financement basé sur les programmes	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable
Nombre de personnes couvertes par la couverture maladie universelle (CMU)	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	Base de données de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAM)	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable
Nombre de personnes pauvres et vulnérables couvertes par la couverture maladie universelle (CMU)	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	Base de données de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAM)	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable
Nombre d'agents de santé techniques affectés aux soins primaires	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable
Nombre d'agents de santé communautaires (ASC) formés et actifs	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable
Nombre d'enfants de moins de 5 ans inscrits à la politique de gratuité des soins de santé	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable
Nombre de districts mettant en œuvre le FBR	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable
Nombre de centres de santé participant au FBR	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable
AUTRES																		
Cartographie des Ressources	Données sur le financement national provenant des budgets et des rapports de dépenses du gouvernement. Données sur le financement externe basées sur les propositions écrites des partenaires de développement	Données sur le financement national provenant des budgets et des rapports de dépenses du gouvernement. Données sur le financement externe basées sur les propositions écrites des partenaires de développement	Données sur le financement national provenant des budgets et des rapports de dépenses du gouvernement. Données sur le financement externe basées sur les propositions écrites des partenaires de développement. Appui technique de CHAI.	Données sur le financement national provenant des budgets et des rapports de dépenses du gouvernement. Données sur le financement externe basées sur les propositions écrites des partenaires de développement	Données sur le financement national provenant des budgets et des rapports de dépenses du gouvernement. Données sur le financement externe basées sur les propositions écrites des partenaires de développement	Données sur le financement national provenant des budgets et des rapports de dépenses du gouvernement. Données sur le financement externe basées sur les propositions écrites des partenaires de développement	n'est pas applicable	Données sur le financement national provenant des budgets et des rapports de dépenses du gouvernement. Données sur le financement externe basées sur les propositions écrites des partenaires de développement	Données sur le financement national provenant des budgets et des rapports de dépenses du gouvernement. Données sur le financement externe basées sur les propositions écrites des partenaires de développement	Données sur le financement national provenant des budgets et des rapports de dépenses du gouvernement. Données sur le financement externe basées sur les propositions écrites des partenaires de développement	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	Données sur le financement national provenant des budgets et des rapports de dépenses du gouvernement. Données sur le financement externe basées sur les propositions écrites des partenaires de développement	Données sur le financement national provenant des budgets et des rapports de dépenses du gouvernement. Données sur le financement externe basées sur les propositions écrites des partenaires de développement

ANNEXE B

Sources de données (suite)

INDICATEUR / SOURCE	Malawi	Mali	Mauritanie	Mozambique	Myanmar	Niger	Nigéria	Pakistan	Rwanda	Sénégal	Sierra Leone	Somalie	République du Tadjikistan	Tanzanie	Ouganda	Vietnam	Zambie	Zimbabwe
FINANCEMENT DE LA SANTÉ DU GFF - INDICATEURS SPÉCIFIQUES AU PAYS (suite)																		
Pourcentage d'établissements de santé recevant des financements par le biais du programme de financement direct des établissements de santé (DHFF)	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	Rapports trimestriels sur le financement direct de l'établissement de santé	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable
Montant des services ambulatoires du Fonds d'équité en santé dans les zones cibles	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable
Proportion des établissements de santé couverts par le FBP	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable
Nombre de districts couverts par le FBP	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable
Nombre de personnes couvertes par la couverture maladie universelle (CMU)	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable
Nombre de personnes pauvres et vulnérables couvertes par la couverture maladie universelle (CMU)	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable
Nombre d'agents de santé techniques affectés aux soins primaires	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	Système d'information pour les données sur les ressources humaines de la santé	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable
Nombre d'agents de santé communautaires (ASC) formés et actifs	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	SISMA (Sistema de Informação de Saúde para Monitoria e Avaliação)	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable
Nombre d'enfants de moins de 5 ans inscrits à la politique de gratuité des soins de santé	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	Rapport de l' Agence de la Couverture Maladie Universelle (ACMU)	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable
Nombre de districts mettant en œuvre le FBR	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	Unité de financement basé sur les résultats	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable
Nombre de centres de santé participant au FBR	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	Unité de financement basé sur les résultats	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable
AUTRES																		
Cartographie des Ressources	Données sur le financement national provenant des budgets et des rapports de dépenses du gouvernement. Données sur le financement externe basées sur les propositions écrites des partenaires de développement	n'est pas applicable	n'est pas applicable	Données sur le financement national provenant des budgets et des rapports de dépenses du gouvernement. Données sur le financement externe basées sur les propositions écrites des partenaires de développement	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	Données sur le financement national provenant des budgets et des rapports de dépenses du gouvernement. Données sur le financement externe basées sur les propositions écrites des partenaires de développement	Données sur le financement national provenant des budgets et des rapports de dépenses du gouvernement. Données sur le financement externe basées sur les propositions écrites des partenaires de développement	Données sur le financement national provenant des budgets et des rapports de dépenses du gouvernement. Données sur le financement externe basées sur les propositions écrites des partenaires de développement	Données sur le financement national provenant des budgets et des rapports de dépenses du gouvernement. Données sur le financement externe basées sur les propositions écrites des partenaires de développement	Données sur le financement national provenant des budgets et des rapports de dépenses du gouvernement. Données sur le financement externe basées sur les propositions écrites des partenaires de développement	Données sur le financement national provenant des budgets et des rapports de dépenses du gouvernement. Données sur le financement externe basées sur les propositions écrites des partenaires de développement	n'est pas applicable	Données sur le financement national provenant des budgets et des rapports de dépenses du gouvernement. Données sur le financement externe basées sur les propositions écrites des partenaires de développement	Données sur le financement national provenant des budgets et des rapports de dépenses du gouvernement. Données sur le financement externe basées sur les propositions écrites des partenaires de développement



SOUTENU PAR LE

GROUPE DE LA BANQUE MONDIALE