



RAPPORT ANNUEL

2020–2021

Placer les femmes, les enfants et les adolescents au centre d'une réponse et d'une relance inclusives et résilientes

**RELANCER
LES
PROGRÈS**

TABLE DES MATIÈRES

Message des coprésidents du Groupe des investisseurs du GFF	4
De la part du directeur du GFF	5
Mise à jour de la cheffe du Secrétariat du GFF	6
Aperçu	8
Section 1 : Placer les femmes, les enfants et les adolescents au centre des efforts de réponse à la COVID-19	10
1. Décomposer les perturbations et l'accès aux services de santé essentiels	11
2. Le leadership et l'engagement des pays envers le modèle du GFF se poursuivent dans le contexte de la COVID-19 : Limiter les dégâts et relancer les progrès réalisés	12
3. Adapter le soutien du GFF pour répondre à la demande immédiate des pays et se remettre sur la bonne voie	18
Section 2 : Faire progresser l'équité et promouvoir l'égalité de genre	22
1. Des progrès inégaux dans les pays partenaires du GFF	22
Rwanda : Comblers les écarts en matière de résultats nutritionnels et cibler les familles les plus pauvres touchées par la COVID-19	25
Guinée : Protéger les progrès en matière d'équité avec des lignes de front plus résilientes	26
Tanzanie : Diminuer les inégalités dans la couverture des services de santé malgré la COVID-19	28
2. Renforcer l'égalité de genre pour favoriser les progrès en matière de santé	30
3. Promouvoir la participation communautaire et l'engagement de la société civile	31
Section 3 : Mettre en place des systèmes de santé résilients et équitables	33
1. Donner la priorité et renforcer les soins primaires et les services communautaires pour fournir des services de santé essentiels dans le cadre de la réponse à la pandémie	34
2. Favoriser la résilience au sein et au-delà du secteur de la santé	39
Section 4 : Assurer la résilience du financement de la santé	44
1. Aider les pays à comprendre l'impact macroéconomique de la COVID-19	45
2. Renforcer les partenariats	46
3. Cartographie des ressources et suivi des dépenses dans le contexte de la COVID-19	47
Section 5 : Profils de données par pays	50
Finances du GFF	124
Contributions, engagements et décaissements	
À propos du GFF	126
Remerciements et sigles	

© 2021 Banque internationale pour la reconstruction et le développement/Mécanisme de financement mondial

1818 H Street NW
Washington DC 20433
Téléphone : 202-473-1000
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 exprimés 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

Message des coprésidents du Groupe des investisseurs

La pandémie a fait payer un lourd tribut à la vie de personnes dans le monde entier – bien au-delà des impacts directs de la COVID-19. Elle a perturbé les services de santé, interrompu les chaînes d’approvisionnement et plongé encore plus de personnes dans la pauvreté. La COVID-19 a mis en évidence et exacerbé les inégalités entre les pays et au sein des pays. L’impact le plus important a été ressenti – et continuera de l’être – par les personnes les plus pauvres et les plus vulnérables, en particulier les femmes, les enfants et les adolescents marginalisés dans les pays les plus pauvres du monde.

Ce défi rend la raison d’être du GFF – améliorer la santé et la qualité de vie de toutes les femmes, de tous les enfants et de tous les adolescents dans les pays les plus pauvres du monde – plus cruciale que jamais. Depuis le début de la pandémie, le GFF aide les pays partenaires à trouver un équilibre entre les exigences complexes en matière d’outils COVID-19 et leur livraison, le maintien des services de santé essentiels et le renforcement des systèmes de santé nationaux, y compris l’intégration des droits et santé sexuels et reproductifs complets. Au centre de ces efforts se trouve le leadership transformationnel des pays, qui conduit au changement et saisit l’opportunité de transformer la trajectoire. Les pays peuvent s’attaquer dès maintenant aux besoins urgents tout en améliorant les systèmes de soins primaires et les services communautaires. Et, alors que les pays font face aux vastes impacts liés à la COVID-19, nous pouvons également les soutenir pour qu’ils redoublent d’efforts afin d’aider les systèmes de santé à sortir renforcés de cette situation.

La stratégie 2021-25 du GFF réaffirme la volonté du GFF d’accélérer les progrès en matière de santé reproductive, maternelle, néonatale, de l’enfant et de l’adolescent, et de nutrition dans les pays les plus pauvres du monde. Le partenariat du GFF a travaillé dur pour rendre cette stratégie opérationnelle en mettant en pratique la nouvelle feuille de route du GFF sur l’égalité de genre. En outre, le GFF s’efforce de combler les déficits en matière d’équité, d’accélérer la mise en œuvre effective des dossiers d’investissement, de favoriser un financement plus efficace et durable, de relever les défis de l’alignement et de promouvoir la redevabilité, tout en s’attachant sans relâche à obtenir des résultats mesurables pour un impact durable.

Cependant, ces efforts nécessitent un GFF entièrement financé. Avec 1,2 milliard de dollars américains disponibles pour les besoins immédiats dans le cadre d’une demande de financement plus large de 2,5 milliards de dollars américains d’ici 2025, nous pouvons collectivement contribuer à sauver 5 millions de vies d’ici 2025 et mobiliser 18 milliards de dollars américains supplémentaires pour la santé des femmes et des enfants – un retour sur investissement significatif qui façonnera la productivité de la prochaine génération et rétablira le capital humain en tant qu’épine dorsale d’une relance résiliente.

Il est temps pour le GFF de redoubler d’efforts pour garantir que toutes les femmes, tous les enfants et tous les adolescents puissent avoir accès à des soins de qualité et abordables pour survivre – et prospérer – pendant cette pandémie et les décennies à venir.



Ministre Lia Tadesse Gebremedhin
Ministre de la Santé,
République fédérale démocratique d’Éthiopie
Coprésidente du Groupe des investisseurs du GFF



Joshua Tabah
Directeur général, santé et nutrition,
Affaires mondiales Canada
Coprésident du Groupe des investisseurs du GFF



« Le GFF a aidé les pays partenaires à trouver un équilibre entre les exigences complexes des outils COVID-19 et de leur livraison, le maintien des services de santé essentiels et le renforcement des systèmes de santé nationaux. Au centre de ces efforts se trouve le leadership transformationnel des pays qui conduit au changement et saisit l’opportunité de transformer la trajectoire. »

De la part du directeur

L’impact mondial sans précédent de la pandémie de COVID-19 a attiré l’attention du monde sur la nécessité d’investir dans la santé comme condition préalable à l’équité et à la prospérité. Depuis que j’ai pris mes fonctions, j’ai été touché et impressionné par la puissance du partenariat du GFF. J’ai vu émerger un leadership, un engagement et une innovation extraordinaires de la part des pays, ce qui nous donne de l’espoir quant à ce qui est possible. Et si la pandémie a mis à nu les inégalités et les faiblesses des systèmes de santé, elle a également mis en lumière les points sur lesquels nous devons concentrer notre attention – et les opportunités qui se présentent.

Alors que nous continuons à soutenir les pays dans leurs efforts pour maintenir les services essentiels, notamment la santé maternelle et infantile, la nutrition, les droits et santé sexuels et reproductifs, mes priorités sont également de veiller à ce que nous disposions d’un personnel de santé correctement formé et doté de ressources suffisantes, de soins de santé primaires de haute qualité et de systèmes de santé plus résilients. En tant qu’ancien ministre de la Santé en Colombie, j’ai également pu constater en personne l’importance du leadership national, de l’inclusion de la société civile et d’autres acteurs autour de la table des décisions, et de l’engagement à catalyser et à aligner les ressources pour obtenir le plus grand impact possible.

Par-dessus tout, une reprise inclusive et réactive exigera que nous soyons ambidextres. Nous devons nous attaquer à la pandémie et mieux reconstruire en renforçant les systèmes de santé. Je crois que nous pouvons – et devons – faire les deux à la fois.

Le contexte mondial et national a considérablement évolué depuis le début de la pandémie et, compte tenu des incertitudes persistantes, notre soutien restera adapté aux besoins des pays. En outre, la COVID-19 a également montré qu’aucun d’entre nous ne peut y arriver seul. Une collaboration et un alignement innovants par le biais du Plan d’action mondial et au sein de l’Accélérateur ACT seront plus importants que jamais.

Je tiens à exprimer ma gratitude et mon appréciation aux dirigeants des pays, aux organisations de la société civile et des communautés, aux partenaires, aux bailleurs de fonds et au personnel qui ont œuvré à la poursuite de nos objectifs communs, en particulier dans ces circonstances sans précédent et difficiles. S’il est entièrement financé pour mettre en œuvre notre stratégie, le partenariat du GFF peut non seulement relancer les progrès, mais aussi stimuler l’équité, construire des systèmes plus forts et plus résilients, et catalyser et aligner des financements supplémentaires pour la santé. Ce changement de cap constitue l’épine dorsale de la préparation et de la réponse aux pandémies, remet les pays sur la voie de la réalisation des Objectifs de développement durable et contribue à garantir que toutes les femmes, tous les enfants et tous les adolescents puissent survivre et prospérer.



Juan Pablo Uribe
Directeur,
Mécanisme de financement mondial



« La pandémie de COVID-19 n’est pas une raison pour abandonner une crise pour une autre, mais plutôt pour saisir cette opportunité de créer le changement d’étape nécessaire pour construire le système de soins de santé primaires qui offre une protection contre les menaces pour la santé et fournit des soins complets et de qualité aux communautés que nous servons. »

Mise à jour par le Secrétariat

Depuis le tout début de la COVID-19, au GFF, nous avons été profondément préoccupés par les conséquences de grande envergure et potentiellement dévastatrices de la pandémie. Malheureusement, ces inquiétudes étaient fondées : les pays partenaires du GFF ont connu une baisse allant jusqu'à 25 pour cent de la couverture des interventions de santé essentielles, affectant le plus les femmes, les jeunes et les enfants.

Outre le nombre stupéfiant de vies perdues à cause de la COVID-19 et son impact sur les services de santé essentiels, les conséquences socio-économiques vont sans aucun doute alimenter davantage la pauvreté et l'instabilité. Avec la récession économique mondiale et l'augmentation de la pauvreté, la pandémie a créé ou exacerbé les obstacles financiers aux soins de santé, plus particulièrement ressentis par les ménages les plus pauvres et les plus vulnérables. Dans certains des pays les plus pauvres, l'augmentation estimée de la mortalité causée par la baisse de l'utilisation des services de santé essentiels est plus de deux fois supérieure au nombre de décès officiellement déclarés pour la COVID-19.

Dans ce contexte, le portefeuille du GFF présente cette année une image mitigée : dans certains pays, les progrès se sont inversés sur certains indicateurs clés, tandis que d'autres pays ont progressé, bien que plus lentement que prévu. Plusieurs pays ont été en mesure de s'adapter – avec le soutien du GFF et de ses partenaires – ce qui leur a permis de progresser et même d'accélérer les résultats.

La pandémie offre une opportunité de construire des systèmes de soins de santé primaires qui protègent contre les menaces de santé publique et fournissent des soins complets et de qualité aux communautés que nous servons. Souvent, dans les pays partenaires du GFF, un agent de santé dans un village éloigné est la même personne qui fournit des services de nutrition et de planification familiale et des vaccins COVID-19. De même, les activités d'engagement communautaire qui abordent les craintes liées à la pandémie et l'hésitation à se faire vacciner peuvent également promouvoir l'utilisation des services de santé essentiels. Ce type de complémentarité est également ce que nous entendons de la part de nos pays partenaires et de nos partenaires communautaires. En dotant les systèmes de santé et les agents de santé de meilleurs outils, de systèmes améliorés et d'une formation plus poussée, ils seront mieux préparés à faire face à la pandémie actuelle et à protéger les patients. Ces progrès seront ressentis dans l'ensemble du système de santé et contribueront à fournir des soins de qualité.

Le rapport annuel de cette année approfondit la compréhension de l'impact et de la réponse à la COVID-19, offrant des enseignements sur la manière de mieux reconstruire. Bien qu'il n'existe pas d'approche unique, la pandémie a renforcé le rôle central du leadership des pays pour répondre aux impacts immédiats sur les services de santé essentiels tout en s'attaquant aux inégalités persistantes encore exacerbées par les impacts de la COVID-19.

La route est encore longue avant de voir la fin de la pandémie. En effet, le suivi et le dialogue politique en cours confirment le besoin et la demande accrues des pays pour une prestation de services et des systèmes de santé plus solides et mieux préparés – avec 31 ministres des Finances qui ont demandé un soutien supplémentaire rien qu'au cours des derniers mois.

Grâce à de nouveaux outils et approches, de nouvelles méthodes de travail et des données plus rigoureuses qui s'appuient sur un soutien fondamental et le leadership des pays, la stratégie du GFF pour 2021-25 aide déjà les pays à façonner et à mener les changements nécessaires pendant les efforts de réponse à la COVID-19 et de relance. Alors que nous travaillons ensemble pour mettre fin à cette pandémie, nous avons les yeux tournés vers l'avenir. Le GFF s'efforce de garantir que nos investissements et ceux de nos pays partenaires réalisés aujourd'hui nous remettent sur la bonne voie le plus rapidement possible et bâtissent un avenir meilleur et plus sain pour toutes les femmes, tous les enfants et tous les adolescents.



Monique Vledder
Cheffe du Secrétariat
Mécanisme de financement mondial



APERÇU

Dans le contexte d'une décennie d'actions accélérées pour améliorer les résultats en matière de santé et d'égalité de genre, l'année 2020 a marqué la moitié de la décennie des objectifs de développement durable, dix ans depuis la création de l'entité des Nations Unies pour l'égalité de genre et l'autonomisation des femmes (ONU Femmes), vingt ans depuis la résolution du Conseil de sécurité des Nations Unies sur les femmes, la paix et la sécurité, et vingt-cinq ans depuis la Déclaration et le Programme d'action de Pékin.

Au lieu de cela, l'année 2020 a vu l'apparition d'une pandémie mondiale sans précédent, dont les répercussions sanitaires, sociales et économiques sont considérables. Parmi les effets secondaires dévastateurs, les perturbations des services de santé essentiels causées par la pandémie ont déclenché une crise sanitaire secondaire, en particulier pour les femmes, les enfants et les adolescents.

Dès les premiers jours de la pandémie, le Mécanisme de financement mondial (GFF) et ses partenaires ont tiré la sonnette d'alarme, mettant en garde contre une crise secondaire pour les femmes, les enfants et les adolescents. Fort de ces inquiétudes et de preuves anecdotiques émanant des pays, le GFF a commencé à effectuer un suivi de routine approfondi de l'impact de la COVID-19 sur l'utilisation de services tels que les soins de grossesse, l'accouchement assisté par un prestataire qualifié, les consultations de planification familiale et les vaccinations infantiles. Cet effort continu s'est appuyé sur des données provenant d'établissements de soins de santé dans les pays partenaires du GFF ainsi que sur des enquêtes auprès des ménages sur les impacts socio-économiques de la COVID-19 pour faire la lumière sur les facteurs à l'origine des perturbations et des variations entre les pays et les services.

En fait, depuis que la pandémie de COVID-19 a frappé, les pays partenaires du GFF ont connu une baisse de 25 pour cent de la couverture des interventions sanitaires vitales pour les femmes, les enfants et les adolescents. Ces réductions persistantes et significatives de l'utilisation des services de santé essentiels dues à la COVID-19 sont susceptibles d'entraîner des conséquences profondes et dévastatrices pour les femmes et les enfants. Dans certains des pays les plus pauvres, on estime que l'augmentation de la mortalité due à la baisse de l'utilisation des services de santé essentiels est plus de deux fois supérieure au nombre de décès dus à la COVID-19 officiellement déclarés.

Pour faire face à la pandémie et à l'escalade des perturbations généralisées de l'accès aux services de santé reproductive, maternelle, néonatale, infantile et adolescente, et de nutrition dans ses pays partenaires, la GFF a pivoté et adapté son soutien aux pays pour soutenir les efforts de réponse à la COVID-19, tout en protégeant les services de santé essentiels. Dans le contexte des perturbations des services de santé essentiels et de la nécessité d'accélérer les efforts pour renforcer les systèmes de prestation de services de première ligne, la réponse immédiate du GFF à la COVID-19 s'est concentrée sur le soutien technique et financier aux pays pour qu'ils puissent planifier, financer et mettre en œuvre des changements stratégiques afin de maintenir les services essentiels et de répondre aux contraintes de la demande.

Cet effort a été combiné à l'analyse des données, au suivi et au plaidoyer pour donner la priorité aux décisions fondées sur des données probantes en matière de politique, de financement et d'allocation. La réponse du GFF à la COVID-19 et son soutien continu et plus large aux pays ont permis non seulement de limiter les dégâts, mais aussi – dans certains cas – de faire avancer les progrès dans des domaines clés.

Avant la pandémie, les principales interventions visant à réduire la mortalité maternelle et néonatale – telles que le recours à un personnel d'accouchement qualifié, les accouchements dans un établissement de santé et les soins prénatals et postnatals – s'amélioraient dans la majorité des pays partenaires du GFF. Grâce au soutien du GFF, les pays ont amélioré la santé des femmes, des enfants et des adolescents, tout en réduisant les déficits d'équité. Presque tous les pays partenaires du GFF avaient affiché des tendances positives en matière de santé sexuelle et reproductive. Les pays dans lesquels le GFF a été engagé suffisamment longtemps pour provoquer de tels changements ont amélioré les indicateurs de résultats en matière de réduction de la mortalité infantile et des grossesses chez les adolescentes, ainsi qu'en matière d'amélioration de la croissance et de la nutrition des enfants. Les estimations de la mortalité maternelle indiquent des réductions impressionnantes dans la plupart des pays. Près des deux tiers des pays partenaires du GFF ont mis en place des réformes budgétaires et financières visant à améliorer l'efficacité des dépenses de santé et à affecter davantage de ressources aux soins de santé de première ligne, avec des résultats prometteurs pour ce qui est de donner la priorité à la mobilisation des ressources nationales pour la santé des femmes, des enfants et des adolescents et de l'accroître.

Comme attendu, l'année 2020 présente un tableau contrasté : dans certains pays, les progrès se sont inversés pour certains indicateurs clés, tandis que d'autres pays ont progressé, bien que plus lentement que prévu. D'autres encore ont su s'adapter, avec le soutien du GFF et d'autres partenaires, et ont été en mesure de poursuivre les progrès, voire d'accélérer les résultats. Malgré les défis à relever, par rapport à 2019, plus de pays réalisent des progrès – même au milieu de la pandémie. Cela témoigne de l'engagement collectif des pays, des organisations de la société civile (OSC) et des autres partenaires, ainsi que de la pertinence et de l'impact du soutien fondamental du GFF. Toutefois, les progrès restent fragiles et inégaux, les inégalités se creusant dans certains pays.

S'appuyant sur les progrès accomplis et les enseignements tirés, le déploiement de la stratégie 2021-25 du GFF aide déjà les pays à façonner et à mener les changements nécessaires pendant les efforts de réponse à la COVID-19 et de relance – pour construire des systèmes plus forts, plus équitables et plus résilients, et catalyser et aligner des financements supplémentaires pour la santé en tant que pilier de la préparation et de la réponse aux pandémies. Ces mesures soutiennent le processus visant à relancer les progrès, à renforcer l'équité et à garantir que les femmes, les enfants et les adolescents ont accès aux services dont ils ont besoin.

Ce rapport annuel permet de mieux comprendre l'impact de la COVID-19 sur les pays et les communautés. Il détaille également le déploiement de la stratégie du GFF pour 2021-25 et fournit des exemples concrets de la manière dont le GFF s'attaque aux inégalités persistantes – encore exacerbées par les impacts liés à la COVID-19 – dans l'optique de renforcer les systèmes de santé et de soutenir la sécurité sanitaire mondiale.



1. PLACER LES FEMMES, LES ENFANTS ET LES ADOLESCENTS AU CENTRE DES EFFORTS DE RÉPONSE À LA COVID-19

La pandémie de COVID-19 a eu des répercussions sanitaires, sociales et économiques de grande ampleur. Parmi les effets d'entraînement, les perturbations des services de santé essentiels ont des conséquences dévastatrices, en particulier pour les femmes, les enfants et les adolescents. La crise est loin d'être terminée. La COVID-19 continue de perturber les systèmes de santé, creusant encore davantage les inégalités existantes avec des impacts durables sur les femmes. Mais grâce aux engagements et aux investissements pris les années précédentes, certains pays ont pu limiter les dégâts et relancer les progrès. Dans ce contexte, le rapport annuel de cette année présente une image mitigée : si certains pays ont pu maintenir et même accélérer les progrès, d'autres ont vu les avancées ralentir, voire s'inverser. Mais malgré les défis de cette année, le modèle logique du GFF montre que le soutien fondamental du partenariat produit des résultats avec des progrès dans l'ensemble du portefeuille pour presque tous les indicateurs clés.



Décomposer les perturbations et l'accès aux services de santé essentiels

Tout au long de la pandémie, les systèmes de santé étant mis à rude épreuve, les pays ont dû faire face à des confinements, des ruptures de stock et des pénuries d'approvisionnement pour contrôler la propagation de la COVID-19 tout en faisant face à une crise secondaire, les services de santé essentiels devenant moins disponibles pour les femmes, les enfants et les adolescents. La peur de contracter la COVID-19 a eu pour conséquence que les femmes et les mères ont été moins enclines à chercher des soins pour elles-mêmes ou leurs enfants, tandis que les obstacles financiers ont encore réduit la demande.

Systèmes de santé débordés

De nombreux établissements de santé n'ont pas été en mesure de soutenir les communautés, que ce soit en raison de fermetures, d'un manque d'agents de santé, ou encore d'une insuffisance d'équipements de protection ou de fournitures médicales, comme l'oxygène. Dans l'ensemble des 18¹ pays partenaires du GFF qui suivent activement et en temps voulu les perturbations des services, les consultations ambulatoires, les consultations de suivi de grossesse et les vaccinations infantiles ont diminué de manière significative. Les services ont été les plus touchés au cours du premier trimestre de la pandémie, avec des interruptions allant de 5 à 75 pour cent. Au fur et à mesure que la pandémie a fait rage, tous les pays du GFF ont continué à être confrontés à la menace de perturbations.

Dans l'ensemble des pays partenaires du GFF, les problèmes d'approvisionnement liés à la pandémie comprennent le manque de personnel de santé qualifié et de fournitures dans les établissements de santé, la diminution du nombre

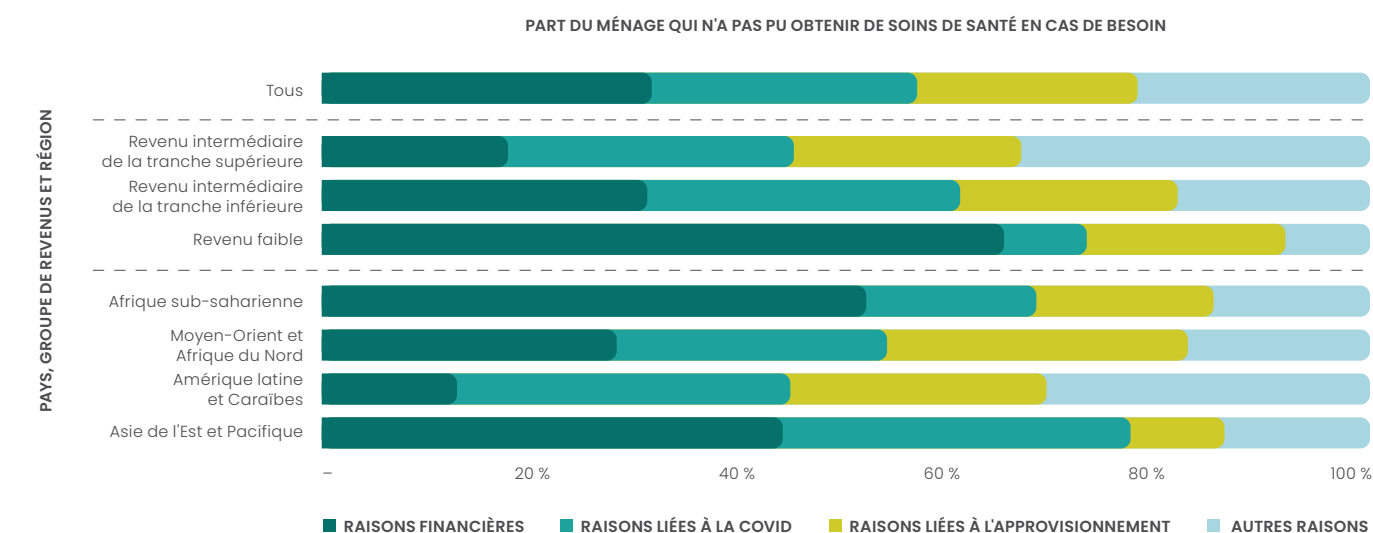
d'établissements de santé ouverts et le déplacement du financement des soins de santé. Par exemple, au Nigeria, un établissement sur quatre a déclaré ne pas avoir de masques sous la main. Seul un établissement sur deux a déclaré avoir reçu une formation sur le contrôle de la prévention des infections ou sur l'utilisation des équipements de protection individuelle (EPI). Au Liberia, seul un établissement sur deux disposait d'un nombre suffisant de masques ou de gants pour les cliniciens et 97 pour cent d'entre eux ont connu une diminution de la prestation de services en raison de perturbations de la chaîne d'approvisionnement. Au début de la pandémie, les fonds reprogrammés des programmes de la stratégie nationale de santé ont financé environ 40 pour cent de la réponse à la COVID-19 au Niger et en République démocratique du Congo (RDC).

Obstacles communautaires aux soins

Si la surcharge des systèmes de santé a limité la disponibilité des services essentiels, la peur de contracter la COVID-19, ainsi que les obstacles financiers exacerbés par les retombées économiques, ont également fait que moins de familles ont cherché à se faire soigner, ce qui explique aussi la baisse de l'utilisation des services. Les enquêtes auprès des ménages dans 39 pays – dont 24 pays partenaires du GFF – confirment que près de 20 pour cent des ménages de ces pays considèrent les obstacles financiers comme la principale raison pour laquelle ils n'ont pas accès aux soins (graphique 1.1).

Alors que la pandémie continue d'exposer des inégalités financières et de genre de longue date, les raisons financières de renoncer aux soins sont devenues courantes dans les pays les plus pauvres par rapport aux pays les plus riches. En fait, les pays les plus pauvres ont été quatre fois plus nombreux à déclarer que les obstacles financiers étaient une raison de ne pas accéder aux soins (67 pour cent contre 17 pour cent).

Graphique 1.1. Raisons du renoncement aux soins dans 39 pays à revenu faible et intermédiaire



¹ Les 18 pays partenaires du GFF sont les suivants : Afghanistan, Bangladesh, Cameroun, RDC, Éthiopie, Ghana, Guinée, Haïti, Kenya, Liberia, Madagascar, Malawi, Mali, Nigeria, Sénégal, Sierra Leone, Somalie et Ouganda.

Les ménages d'Éthiopie, du Malawi, du Nigeria et de l'Ouganda ont indiqué que la perte soudaine de revenus, quel que soit le montant de ceux-ci, était une autre raison de renoncer aux soins. Les membres des ménages dirigés par une femme au Burkina Faso, au Ghana, au Malawi, au Nigeria et en Ouganda étaient jusqu'à trois fois plus susceptibles de renoncer à des soins en raison d'une baisse de revenus, par rapport aux ménages dirigés par un homme (graphique 1.2).

Une crise économique qui se prolonge et s'aggrave

Pour bon nombre des personnes parmi les plus pauvres du monde, les difficultés financières causées par la pandémie devraient être prolongées et profondes. Les estimations de la Banque mondiale pour 2020 montrent que la pandémie a déjà fait basculer près de 100 millions de personnes dans l'extrême pauvreté, les pays à faible revenu (PFR) étant les plus touchés.

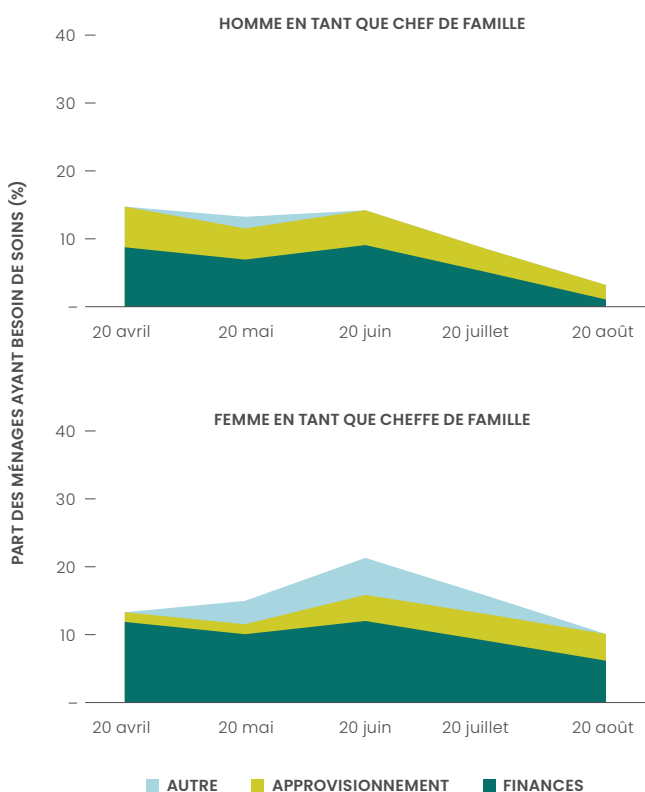
Les pays les plus pauvres et les plus fragiles ont connu une baisse des recettes publiques, une augmentation de la dette et un espace budgétaire restreint. En septembre 2021, les projections du Fonds monétaire international (FMI) pour 52 pays montrent que les dépenses publiques par habitant resteront inférieures aux niveaux de 2019. Pour les pays à faible revenu et à revenu intermédiaire de la tranche inférieure (PRIT), les estimations indiquent que les dépenses publiques de santé par habitant chuteront de près de 10 pour cent entre 2019 et 2026, pour atteindre une moyenne de 82 dollars américains – au lieu d'augmenter à 114 dollars américains, comme attendu en l'absence de pandémie. Cette récession économique attendue devrait réduire les dépenses publiques de santé et l'accès aux services de santé, en particulier pour les pauvres et les plus vulnérables. Cette situation n'aura pas seulement pour effet de stopper les progrès en matière de santé, mais aussi d'inverser les progrès et d'entraîner des conséquences à long terme.

Le leadership et l'engagement des pays envers le modèle du GFF se poursuivent dans le contexte de la COVID-19 : Limiter les dégâts et relancer les progrès

La crise a réaffirmé que le modèle de partenariat du GFF est adapté pour soutenir les pays en maintenant l'accent sur les femmes, les enfants et les adolescents et en s'attaquant aux goulots d'étranglement du système, tout en soulignant la fragilité et l'inégalité des progrès et de la couverture des services. Le portefeuille du GFF pour l'exercice fiscal 2020-21 présente un tableau mitigé : dans certains pays, les progrès se sont inversés sur certains indicateurs clés, tandis que d'autres pays ont réalisé des progrès, bien que plus lentement que prévu, et d'autres ont même réalisé des progrès plus rapidement que prévu.

Les données du GFF sur les perturbations et les baisses d'utilisation des services mettent en évidence la complexité et l'évolution des défis dans les pays, ainsi que les différents degrés d'impact. Dans le même temps, et à la lumière de ces défis, les 18 derniers mois ont été marqués par une réponse

Graphique 1.2. Raisons du renoncement aux soins selon le genre du chef de ménage



Source : Enquêtes à haute fréquence auprès des ménages

extraordinaire – des agents de santé de première ligne aux défenseurs de la jeunesse, en passant par les organisations de la société civile et les gouvernements –, redoublant l'engagement envers les femmes, les enfants et les adolescents.

Alors même que la pandémie a bouleversé les méthodes de travail, multiplié les pressions et déclenché une nouvelle série de défis – entraînant dans de nombreux cas un ralentissement des progrès et un recul des résultats sanitaires essentiels tels que les soins prénatals, les accouchements dans un établissement de santé, les vaccinations infantiles et la planification familiale –, certains pays ont réussi à progresser dans ces mêmes domaines.

Par exemple, dans six pays partenaires du GFF, la pandémie a inversé les progrès réalisés en matière de soins prénatals. Dans six autres pays, la pandémie a ralenti les progrès réalisés par rapport aux années précédentes. Des tendances similaires ont été observées pour les soins postnatals, pour lesquels la pandémie a inversé les progrès dans deux pays et ralenti les progrès dans sept pays par rapport aux tendances pré-pandémiques. En ce qui concerne les accouchements sans risque dans les centres de santé, deux pays ont vu les progrès s'inverser et neuf ont vu les progrès ralentir par rapport aux niveaux pré-pandémiques. Comme le montre le tableau 1.1, cinq pays ont enregistré une baisse des services de planification familiale et trois pays ont connu un ralentissement des progrès par rapport aux années précédentes².

² Les données de suivi de routine pour tous les pays proviennent des systèmes de gestion de l'information sanitaire (SGIS), sauf indication contraire.

Tableau 1.1. Déclin des services de planification familiale dans cinq pays pendant la pandémie de COVID-19

	AVANT LA COVID-19	EN 2020
Guinée	Les femmes qui assistent à quatre visites de soins prénatals ou plus ont augmenté de 27 pour cent entre 2018 et 2019	Les progrès ont ralenti pour atteindre une augmentation de 9 pour cent entre 2019 et 2020
Côte d'Ivoire	Le nombre de femmes accédant aux soins postnatals dans les 72 heures suivant l'accouchement a augmenté de 38 pour cent entre 2018 et 2019	Les progrès ont ralenti pour atteindre une augmentation de 6 pour cent entre 2019 et 2020
Bangladesh	Le nombre de femmes ayant reçu au moins une visite de soins postnatals a augmenté de 11 pour cent entre 2018 et 2019	Le nombre de femmes bénéficiant de soins postnatals a diminué de 28 pour cent entre 2019 et 2020
Ouganda	Le pourcentage de femmes ayant accouché dans un établissement de santé est passé de 56 pour cent en 2016 à 60 pour cent en 2019	Le pourcentage de femmes ayant accouché dans un établissement de santé est retombé à 57 pour cent en 2020
Liberia	Le nombre de couples-années de protection (CAP) a augmenté de 13 pour cent entre 2015 et 2019	Le nombre total de CAP a diminué de 3 pour cent entre 2019 et 2020

En revanche, plusieurs pays partenaires du GFF ont été en mesure non seulement de limiter les dégâts, mais aussi d'apporter des améliorations dans certains domaines clés – grâce en partie à des engagements et des investissements solides avant la COVID-19, ainsi qu'à des adaptations rapides et efficaces de la part des gouvernements après le déclenchement de la pandémie. Par exemple :

- Au **Kenya**, le pourcentage d'accouchements assistés a augmenté de 24 pour cent entre 2014 et 2020, avec notamment une forte augmentation, passant de 67 pour cent en 2019 à 78 pour cent en 2020.
- Au **Rwanda**, le nombre de nouveau-nés bénéficiant d'une visite à domicile par des agents de santé communautaires le troisième jour après la naissance a augmenté de 18 pour cent entre 2018 et 2019 et les progrès se sont maintenus avec une légère augmentation entre 2019 et 2020, dans le contexte de la pandémie.
- L'**Ouganda** a maintenu et même augmenté le taux de progression des soins prénatals, passant de 9,3 pour cent de croissance en moyenne entre 2016 et 2019 à 10,7 pour cent de croissance entre 2019 et 2020.
- Le **Mozambique** a continué d'augmenter la couverture prénatale entre 2019 et 2020, passant de 49 pour cent en 2018 à 53 pour cent en 2019 et 59 pour cent en 2020. En outre, davantage d'agents de santé communautaires ont été formés et le nombre d'établissements fournissant des services complets de soins obstétricaux et néonataux est passé de 54 pour cent à 61 pour cent entre 2018 et 2020.
- Le **Cambodge** a amélioré la couverture des accouchements dans un établissement de santé avec un prestataire qualifié, passant de 84,5 pour cent en 2018 à 85,1 pour cent en 2019, et a réussi à augmenter la couverture à un rythme plus rapide en 2020, en atteignant 88 pour cent à la fin de l'année.
- La **RDC** et le **Kenya** ont fait état d'une amélioration des indicateurs de planification familiale avec le **Cameroun**, **Madagascar** et la **Sierra Leone**. Au Cameroun, le taux de

prévalence de la contraception moderne chez les filles a augmenté de quatre pour cent entre 2019 et 2020. À Madagascar, le nombre de nouveaux patients sollicitant des services de planification familiale a augmenté de 4 pour cent entre 2017 et 2019, et de 11 pour cent supplémentaires entre 2019 et 2020. En Sierra Leone, le nombre de nouveaux patients sollicitant des services de planification familiale a diminué entre 2016 et 2018, après quoi le pays a inversé la trajectoire avec la plus forte augmentation (17 pour cent) entre 2019 et 2020.

- À **Madagascar**, le nombre de cas de diarrhée traités avec des sels de réhydratation orale et du zinc a augmenté de 34 pour cent entre 2017 et 2020, dans le contexte d'un nombre croissant de sites de nutrition communautaire fonctionnels. Le nombre de sites de nutrition communautaire fonctionnels à Madagascar a augmenté de 65 pour cent, passant de 3 747 en 2017 à 6 175 en 2020.

Tout au long de l'année, les pays ont continué à s'engager étroitement avec le GFF, et leur engagement et leurs efforts pour améliorer la santé ont permis de limiter les dégâts :

- Trois pays supplémentaires ont achevé l'élaboration de leur dossier d'investissement, ce qui porte le total à 25 par rapport à l'année précédente ; deux autres pays ont commencé à mettre en œuvre leur dossier d'investissement malgré des systèmes de santé sous tension.
- Treize des 23 pays partenaires du GFF qui mettent en œuvre leur dossier d'investissement depuis plus d'un an ont amélioré plus de la moitié de leurs indicateurs de résultats à moyen terme.
- L'engagement de la société civile pour mettre en œuvre et suivre les dossiers d'investissement a continué de croître, avec 19 plateformes nationales bénéficiant de cet engagement, contre 17 en 2019, entraînant une redevabilité accrue en matière de résultats.
- Sept pays supplémentaires ont achevé la cartographie des ressources et le suivi des dépenses, portant le total à 22 – soit

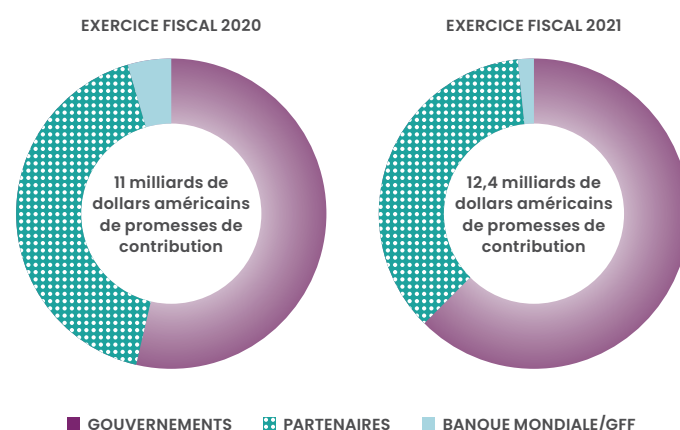
un bond de près de 50 pour cent par rapport à 2019 et illustrant la volonté du GFF d'aligner les financements sur les priorités.

Notamment, et malgré les pressions budgétaires liées à la pandémie, plusieurs pays ont continué de tenir leurs engagements en matière de financement de la santé. Par exemple, au cours de l'exercice fiscal (FY) 2020-21³ :

- Sur le total de 12,4 milliards de dollars américains promis pour la mise en œuvre de dossiers d'investissement pilotés par les pays dans 22 pays partenaires du GFF, les gouvernements ont engagé 7,5 milliards de dollars américains (soit 60 pour cent), ce qui représente une augmentation de 27 pour cent par rapport aux 5,9 milliards de dollars américains alloués à 21 pays l'année précédente.

- Les engagements des autres partenaires en faveur des dossiers d'investissement se sont élevés à 4,3 milliards de dollars américains (34 pour cent), contre 4,6 milliards de dollars américains (42 pour cent) l'année précédente.
- La Banque mondiale et le Fonds fiduciaire du GFF ont investi un montant cumulé de 667 millions de dollars américains (5 pour cent), sur un total de 12,4 milliards de dollars américains, pour catalyser le soutien des partenaires et des gouvernements (contre 4 pour cent l'année précédente).

Ces efforts mettent en place le modèle du GFF (voir encadré 1.1), avec des pays partenaires qui pilotent, ce qui ouvre des possibilités encore plus grandes. Les progrès réalisés dans l'ensemble du portefeuille du GFF, avec des pays en bonne voie par rapport aux indicateurs critiques, réaffirment le succès du modèle du GFF et mettent en évidence l'impact du soutien du GFF aux efforts de réponse à la crise de COVID-19, en prenant appui sur le fondement et le principe directeur du soutien du GFF piloté par les pays pour renforcer les soins de santé primaires et la prestation de services de première ligne.



³ Données de l'exercice de cartographie des ressources et de suivi des dépenses (CRSD) du GFF 2020-21.

Encadré 1.1. Le modèle logique du GFF

Réaliser un rapport sur le modèle

Le modèle logique du GFF continue de servir de cadre pour mesurer et rendre compte de la manière dont les investissements soutenus par le GFF dans le cadre des dossiers d'investissement pilotés par les pays ont entraîné une amélioration de la santé des femmes, des enfants et des adolescents. Ce modèle montre que le soutien du GFF se traduit par des activités telles que l'élaboration de dossiers d'investissement, l'identification des déficits de financement et des réformes nécessaires, et le rassemblement des investisseurs et des parties prenantes autour de la mise en œuvre. Ces efforts sont liés à des réformes plus larges du système de santé et du financement qui soutiennent les améliorations à plus long terme des résultats afin d'accélérer la réalisation de la couverture santé universelle et l'amélioration des résultats de SRMNEA-N, y compris l'amélioration des droits et santé sexuels et reproductifs. Le succès est mesuré à l'aide d'un ensemble d'indicateurs, qui s'appuient sur quatre sources principales : (a) les données sur les résultats collectées trimestriellement dans un outil de gestion basé sur un tableau utilisé au Secrétariat du GFF ; (b) les données sur les projets de la Banque mondiale ; (c) les données sur les résultats collectées annuellement auprès de chaque pays partenaire du GFF à partir des systèmes d'information sanitaire et financière ; et (d) les données sur l'impact collectées à partir d'enquêtes auprès de la population et des Systèmes de comptes de la santé pour les données relatives aux dépenses.

Suivre les progrès du pays

L'approche du GFF en matière de mesure des résultats met en place, s'aligne sur et vise à contribuer au renforcement des systèmes de données, des sources et des capacités des pays. Par exemple, le GFF réalise des investissements catalytiques pour aider à renforcer les systèmes de données des pays, à relier les différentes composantes du système de données, et à introduire et étendre les innovations, les outils et les approches qui aident à renforcer la génération, l'analyse et l'utilisation des données. Par le biais d'une approche de partenariat, le GFF soutient les pays pour renforcer leur capacité analytique et utiliser les données pour la prise de décision à plusieurs niveaux, en utilisant les plateformes nationales comme point d'entrée clé. Depuis le début de la pandémie de COVID-19, le GFF a renforcé son soutien pour aider les pays à suivre les interruptions de service et à utiliser les données pour préserver et renforcer la prestation de services.

Avec le lancement de sa nouvelle stratégie, le GFF renforce considérablement son approche des données et des mesures afin d'aider les pays partenaires à améliorer l'utilisation des données pour la prise de décision, à renforcer les rapports sur les résultats et à accroître la transparence. À ce titre, un nouvel organe consultatif au sein de la structure de gouvernance du GFF – le Groupe consultatif sur les résultats – supervise la fonction de résultats du GFF et rend régulièrement compte au Groupe des investisseurs.

Afin de soutenir l'utilisation des données par les pays partenaires du GFF et les parties prenantes, le GFF s'est associé aux pays pour lancer un nouveau portail de données – data.gffportal.org. Ce portail offre un accès transparent et accessible aux données sur la SRMNEA-N, les systèmes de santé et le financement, afin de faciliter l'utilisation des données pour la prise de décision et la redevabilité.

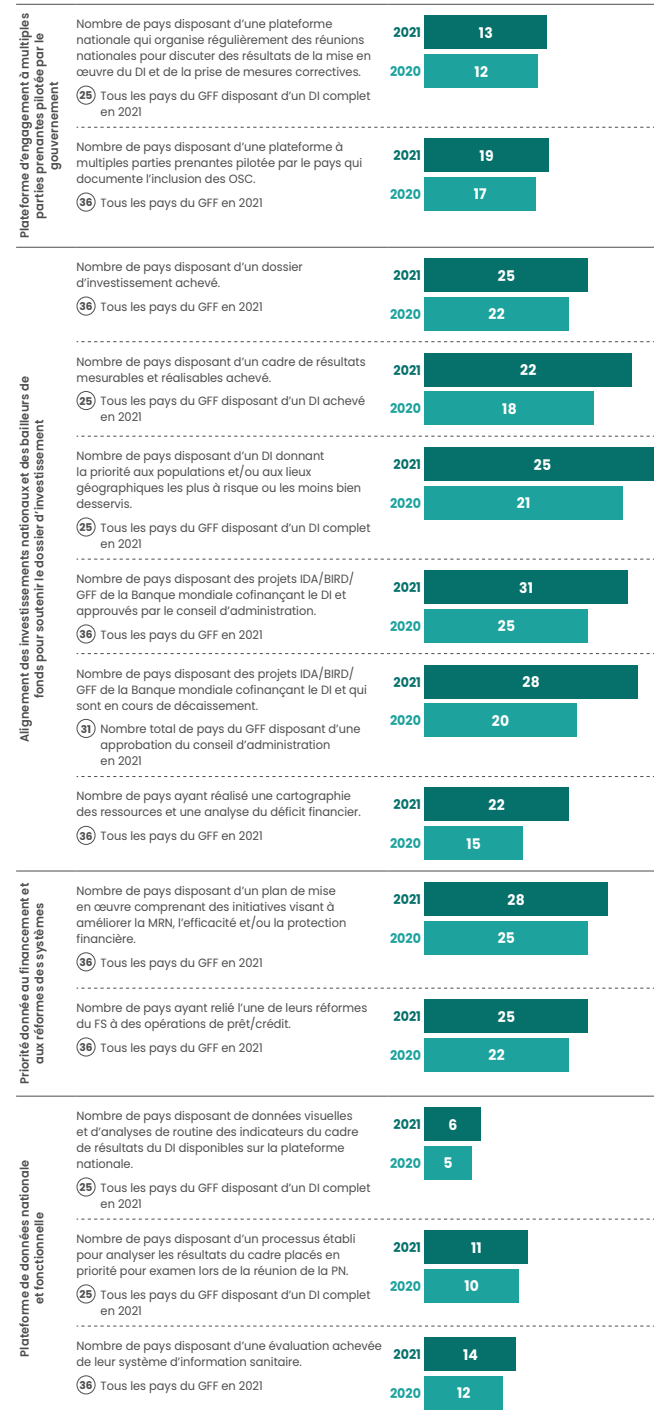
Avec le lancement de sa nouvelle stratégie, le GFF renforce considérablement son approche des données et des mesures afin d'aider les pays partenaires à mieux utiliser les données pour la prise de décision, à renforcer les rapports sur les résultats et à accroître la transparence.



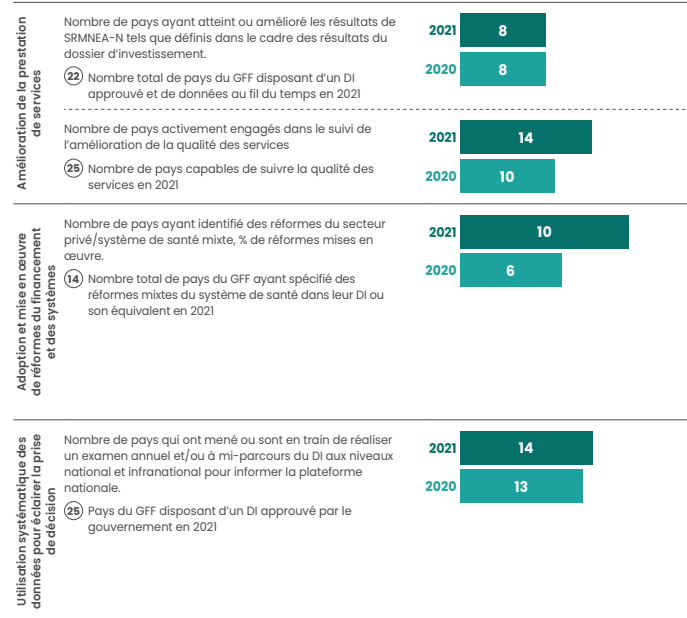
Graphique 1.3. Progrès par rapport au modèle logique du GFF

Les tableaux ci-dessous résument les progrès et les réalisations pour l'ensemble du portefeuille des 36 pays partenaires du GFF en matière d'extrants, de résultats et d'indicateurs d'impact dans le modèle logique du GFF, à partir de juin 2021. Ils comprennent également un résumé des domaines prioritaires dans les dossiers d'investissement des pays, tels que la SRMNEA-N, le financement de la santé, le renforcement des systèmes de santé et l'équité.

Indicateurs d'extrants



Indicateurs de résultats à moyen terme

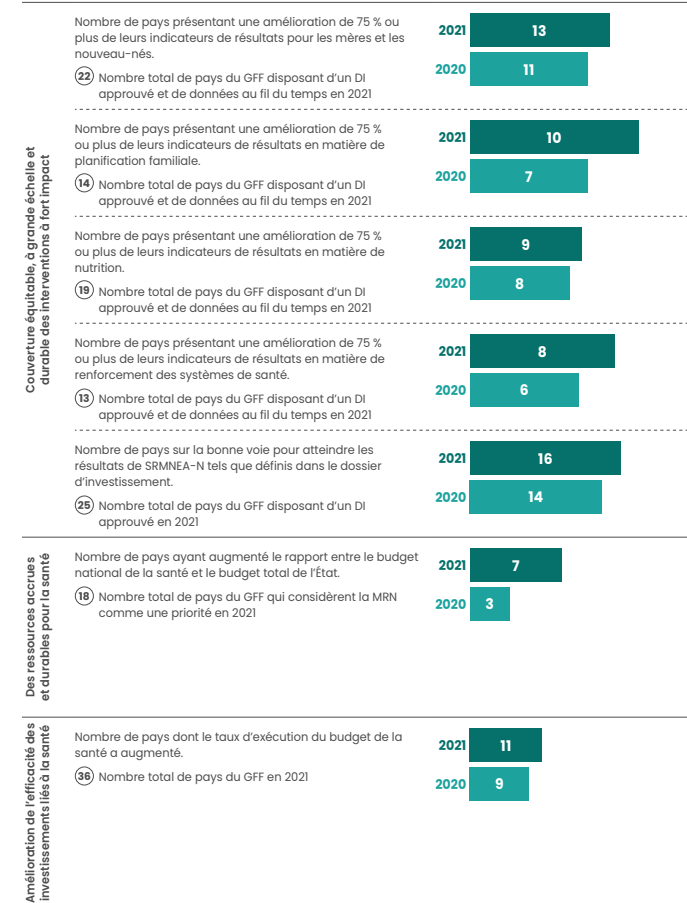


Sigle	Définition	Sigle	Définition
PN	Plateforme nationale	BIRD	Banque internationale pour la reconstruction et le développement
OSC	Organisation de la société civile	DI	Dossier d'investissement
MRN	Mobilisation des ressources nationales	IDA	Association internationale pour le développement
GFF	Mécanisme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

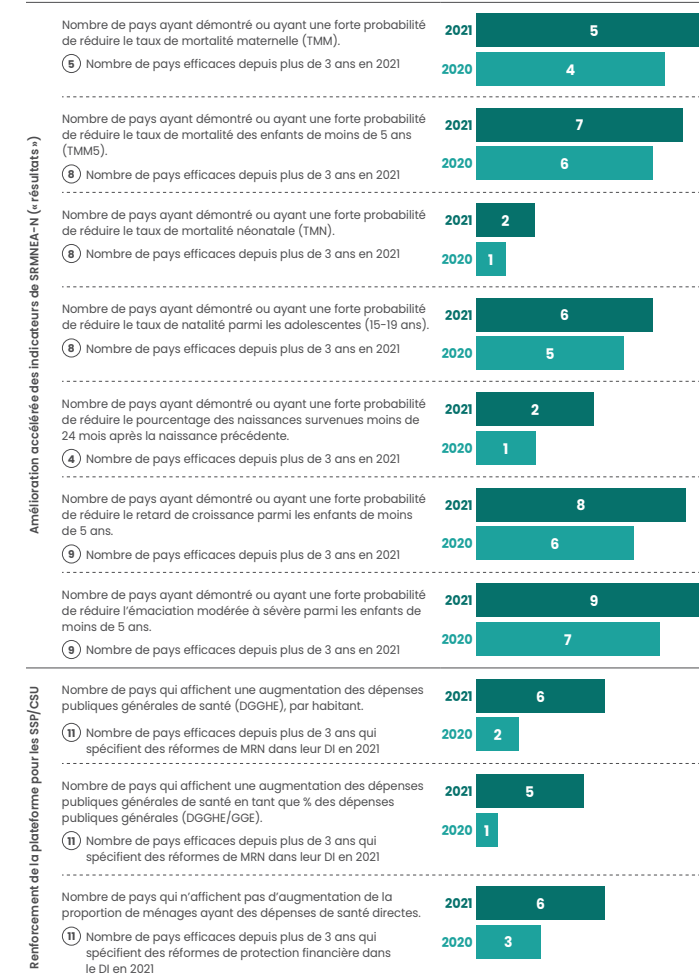
Hiérarchisation des priorités du dossier d'investissement

	SRMNEA-N											Financement de la santé										Renforcement des systèmes de santé										Équité							
	Santé du nouveau-né	Santé de l'enfant	Santé de l'adolescent	Santé de la mère	Santé (autre)	DSSB/planification familiale	Nutrition du nouveau-né	Nutrition de l'enfant	Nutrition de l'adolescent	Nutrition de la mère	Nutrition (autre)	VBG	NDC (prévention et contrôle)	Gestion des finances publiques	Mise en commun des fonds, coordination, alignement	Assurance santé	Paiement du prestataire	Paquet de prestations de santé	Engagement du secteur privé	Autre	Qualité des soins	RHS	Infrastructure	Santé communautaire	CRVS	Gestion de chaîne d'approvisionnement	HIS et S&E	Surveillance intégrée des maladies	Préparation des opérations d'urgence	Gouvernance	Santé numérique	Objectif géographique	Accent sur le genre	Orientations socio-économiques	Accent sur les populations prioritaires				
NOMBRE DE OUI	21	24	22	25	7	22	18	22	17	21	6	8	7	19	17	13	19	16	12	2	22	20	12	22	16	18	22	7	8	19	8	23	18	23	18				
Afghanistan	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓			
Bangladesh	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		
Burkina Faso	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
Cambodge	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
Cameroun	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
République centrafricaine	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
Côte d'Ivoire	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
RDC	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
Éthiopie	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
Guatemala	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
Guinée	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
Indonésie	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
Kenya	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
Liberia	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
Madagascar	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Malawi	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
Mali	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
Mozambique	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
Nigeria	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
Rwanda	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
Sénégal	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
Sierra Leone	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
Tanzanie	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
Ouganda	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
Vietnam	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	

Indicateurs de résultats à long terme



Indicateurs d'impact



Adapter le soutien du GFF pour répondre à la demande immédiate des pays et se remettre sur les rails

Depuis le début de la pandémie, le GFF s'est concentré sur (a) la protection et la promotion du maintien des services de santé essentiels pour les populations les plus vulnérables dans les 36 pays à faible revenu (PFR) et à revenu intermédiaire de la tranche inférieure (PRITI) partenaires du GFF, et (b) le renforcement des services et systèmes de soins communautaires et primaires de première ligne pour aider les pays partenaires à se préparer à la fourniture équitable, abordable et sûre de vaccins et d'outils. Tirant parti de sa relation unique avec la Banque mondiale et les plateformes nationales, le GFF a fourni un soutien financier, ainsi qu'une assistance technique et un apprentissage en temps réel, pour forger des partenariats stratégiques avec d'autres entités et obtenir un impact plus important (tableau 1.2).

Le soutien du GFF aux pays partenaires en réponse à la COVID-19 a cherché à équilibrer les besoins immédiats des pays en matière d'outils de lutte contre la COVID-19 et de leur livraison, avec la nécessité de maintenir les services de santé essentiels et les efforts soutenus pour renforcer les systèmes de santé nationaux. Ce soutien s'est concentré sur la garantie des investissements dans les soins primaires, les services communautaires et les interventions de renforcement des systèmes nécessaires aux services de santé essentiels, ainsi que sur l'aide aux pays pour résoudre les goulots d'étranglement dans la livraison des vaccins et d'outils de lutte contre la COVID-19. Par exemple :

- Maintien du soutien aux données pour la prise de décision et aux échanges de connaissances en temps réel entre pays afin d'éclairer le dialogue politique, les décisions d'investissement et l'allocation des ressources pour aider les pays à protéger les services essentiels et à ajuster en temps utile la prestation de services en réponse aux nouveaux défis, tels que les ruptures de stock de médicaments ou les baisses de fréquentation des services de santé.
- Restructuration du soutien existant et déploiement de nouvelles subventions spéciales COVID-19 pour les services de santé essentiels et une assistance technique pour répondre à la forte demande des pays en matière d'adaptation et d'innovation des modèles de prestation de services, de protection des agents de santé, et d'identification et de résolution des goulots d'étranglement critiques du système, y compris les défis de la chaîne d'approvisionnement. Ce soutien s'inscrit dans le prolongement d'engagements antérieurs dans les pays, en adaptant les systèmes de santé primaires pour répondre à la COVID-19.
- Des investissements continus dans le renforcement des capacités, l'assistance technique et le soutien analytique aux pays, en s'appuyant sur les avantages comparatifs du GFF pour garantir que les investissements tirent parti des systèmes de santé existants et contribuent à leur optimisation au-delà de la réponse à la pandémie.

L'encadré 1.2 présente quelques exemples du soutien apporté par le GFF aux pays partenaires dans le cadre des efforts de lutte contre la COVID-19.

Tableau 1.2. Aperçu du soutien du GFF aux pays partenaires en réponse à la COVID-19



FOURNIR UNE ASSISTANCE TECHNIQUE

Soutenir les pays pour qu'ils adaptent et innover les modèles de prestation de services de santé et suivent les perturbations des services, ce qui permettra de prendre des mesures correctives, de définir une politique de financement de la santé et de prendre des décisions en matière d'affectation des ressources.



ADAPTER LES AIDES FINANCIÈRES EXISTANTES ET EN FOURNIR DE NOUVELLES

Restructurer les subventions existantes ou en approuver de nouvelles pour aider les pays à se procurer et à déployer des vaccins, et à faire face aux perturbations des services de santé essentiels.



FORGER DE NOUVEAUX PARTENARIATS POUR UN PLUS GRAND IMPACT

Rejoindre en tant que partenaire l'Accélérateur ACT pour étendre équitablement les tests, les traitements et les vaccins, tout en renforçant le partenariat avec la Banque mondiale et la Société financière internationale (IFI) pour aider les pays à renforcer la prestation de services de première ligne et l'approvisionnement en produits médicaux, et à répondre aux problèmes de demande en matière de santé sexuelle et reproductive et d'autres services vitaux.



DÉPLOYER LA CONNAISSANCE ET L'APPRENTISSAGE EN TEMPS RÉEL

Lancer un nouveau programme pour partager les connaissances en temps réel afin d'aider les pays à identifier les changements stratégiques qui permettront de protéger et de maintenir les services de santé essentiels.

Encadré 1.2. Exemples de soutien du GFF dans les pays partenaires

Réutilisation des financements existants du GFF pour le Liberia en réponse aux besoins émergents



En 2020, lorsque la COVID-19 a commencé à menacer les progrès importants réalisés par le Liberia en matière de santé des femmes, des enfants et des adolescents, le GFF a soutenu le gouvernement pour mieux comprendre les impacts du virus sur les services de santé. En suivant de près l'évolution de la situation grâce à des enquêtes téléphoniques soutenues par le GFF, le ministère de la Santé a identifié des perturbations dans toute une série de services. Les résultats de l'enquête ont montré que les facteurs à l'origine des faibles volumes de services dans les établissements de santé comprenaient des changements dans les politiques des établissements concernant la disponibilité des traitements ou des services, ainsi que des mesures de santé publique. Les établissements ont également cité de manière persistante le manque de fournitures médicales et de médicaments comme cause de la baisse des volumes de services depuis le début de la pandémie.

Le GFF a rapidement adapté son soutien en utilisant sa subvention existante liée au projet de renforcement du système de santé du

Liberia de la Banque mondiale. La subvention s'attaque maintenant à la faible demande de services, à l'adaptation de la prestation des services de santé de routine pour la lutte contre la COVID-19 et au renforcement des capacités des soins de santé de première ligne. Par exemple, avec le soutien du GFF et de la Banque mondiale, le gouvernement a adopté le programme de financement basé sur la performance existant pour augmenter les subventions, ce qui permet aux prestataires de santé de première ligne d'acheter des EPI et des produits d'urgence et d'inciter les agents de santé à continuer à fournir des services maternels et infantiles de routine de qualité.

En juin 2021, près de 7,7 millions de dollars américains de subventions du GFF ont été alloués à 8 hôpitaux, 63 établissements de santé primaire et 3 équipes de santé au niveau du comté. Une partie de ces ressources a été utilisée pour améliorer les capacités de préparation, de prévention, de diagnostic et de traitement de la COVID-19. Certains établissements de santé primaire ont utilisé les financements pour acheter des fournitures médicales, des médicaments traceurs, ainsi que du matériel de laboratoire, de communication et de bureau. Les financements ont également permis de redistribuer le personnel au sein de leurs comtés pour répondre aux nouveaux besoins, ce qui a contribué à étendre la prestation de services. Au niveau des hôpitaux, de nouveaux programmes de formation, de coaching et de mentorat ont aidé le personnel médical et administratif à identifier les interventions prioritaires pour combler les lacunes des services de santé maternelle et infantile.

Piloter les subventions et l'assistance technique pour les services de santé essentiels liés à la COVID-19



Une subvention du GFF d'une valeur de 15 millions de dollars américains aide le gouvernement à protéger les services essentiels de santé et de nutrition, qui restent vulnérables aux chocs pendant la pandémie en cours. Cette subvention complète la réponse du Rwanda à la COVID-19 et garantit que des décennies de progrès dans le renforcement du système de santé ne seront pas compromises par la pandémie. Le financement du GFF s'appuie sur un financement supplémentaire de 30 millions de dollars américains de la Banque mondiale/Association internationale de développement (IDA) en faveur du Rwanda, axé sur l'acquisition et le déploiement de vaccins COVID-19 sûrs et efficaces, dans le but de vacciner 60 pour cent de la population d'ici 2022. Le programme de vaccination est une pièce centrale du plan global du gouvernement pour sauver des vies et permettre la réouverture complète de l'économie, remettant le pays sur la voie d'une croissance plus inclusive et durable.

Soutien du GFF :

- Aide les agents de santé communautaires à mener des activités de sensibilisation
- Fournit des incitations pour créer une demande de services
- Soutient le dépistage de base pour les services de santé essentiels et la lutte contre la COVID-19
- Fournit un soutien à l'optimisation des flux de patients dans les établissements de santé
- Soutient le suivi des ressources et le suivi régulier de l'impact de la COVID-19 sur les services de santé essentiels



Une subvention de 15 millions de dollars américains du GFF cofinance un projet de 100 millions de dollars américains de la Banque mondiale et de l'IDA qui soutient les efforts du Mozambique pour étendre sa campagne de vaccination contre la COVID-19. Le projet soutient le gouvernement dans l'acquisition, la gestion et le déploiement des vaccins contre la COVID-19 et dans le renforcement de la préparation et des capacités des systèmes de santé nationaux, ainsi que dans la garantie de la continuité des services de santé essentiels, en particulier pour les femmes, les enfants et les adolescents. En tant que contribution la plus importante aux efforts de vaccination du Mozambique, l'opération permet au pays d'acheter environ 7 millions de doses, ce qui couvrira environ 20 pour cent de la population éligible.

Soutien du GFF :

- Fournit une formation et un soutien aux agents de santé communautaires dans les zones rurales pour faciliter le déploiement de la campagne de vaccination contre la COVID-19
- Promeut la demande de campagnes de vaccination et améliore l'accès aux services de santé essentiels et à l'information
- Intègre les services essentiels et institutionnalise la sous-traitance jusqu'au dernier kilomètre pour la distribution des médicaments essentiels et des vaccins

GFF-Banque mondiale : Un partenariat de financement pour maintenir l'accent sur les femmes, les enfants et les adolescents

S'appuyant sur les efforts préalablement élaborés pour améliorer l'efficacité du développement, l'approche du GFF combine l'assistance technique et de modestes volumes de subventions catalytiques du fonds fiduciaire liés à des montants plus importants de financements de l'Association internationale de développement (IDA) et de la Banque internationale pour la reconstruction et le développement (BIRD) de la Banque mondiale. En outre, l'approche du GFF rassemble les partenaires de développement mondiaux et locaux dans des plateformes pilotées par les pays pour aider les pays partenaires à aligner et à maximiser l'utilisation des ressources nationales et externes de manière synergique afin d'obtenir des résultats sanitaires meilleurs et plus durables. Les subventions du GFF s'inscrivent dans le cadre du pouvoir rassembleur de la Banque mondiale pour faciliter un dialogue plus large et stimuler l'action des pays, en renforçant le système de santé et en augmentant le financement national dans de multiples secteurs – tels que la protection sociale et l'éducation –, ce qui, à son tour, peut permettre une utilisation plus efficace des autres sources de financement.

Une analyse récente du cofinancement par le GFF des prêts de l'IDA et de la BIRD met en évidence l'effet de levier du GFF sur les financements de la Banque mondiale en faveur de la santé des femmes, des enfants et des adolescents. Plus précisément, l'analyse révèle que, parmi les pays soutenus par le GFF, la part du financement de l'IDA consacrée à la santé des femmes et des enfants a augmenté de 37 pour cent grâce à l'engagement du GFF, par rapport aux années précédentes, ce qui montre le pouvoir du cofinancement du GFF pour mobiliser davantage de fonds destinés à améliorer la santé des femmes, des enfants et des adolescents.

Au 30 juin 2021, le Fonds fiduciaire du GFF a engagé un total de

815 millions de dollars américains pour 46 projets du GFF dans 36 pays.

La nécessité d'un soutien urgent et continu

S'appuyant sur les excellents résultats de ses cinq premières années, la nouvelle stratégie du GFF vise à renforcer son modèle de partenariat piloté par les pays et son impact. Élaborée en étroite consultation avec les pays, les partenaires mondiaux et les OSC, la stratégie redouble d'efforts pour protéger et accélérer les progrès en faveur des femmes, des enfants et des adolescents. En octobre 2020, les organes directeurs du GFF ont fermement approuvé la nouvelle stratégie, ainsi qu'une feuille de route claire pour permettre aux pays de mieux se relever de la pandémie, en veillant à ce que chaque femme, chaque enfant et chaque adolescent, partout dans le monde, puisse survivre et prospérer. Avec cette nouvelle stratégie, le GFF catalyse les améliorations du système essentielles pour mettre fin à la phase aiguë de la pandémie et accélérer une fois de plus les progrès vers les objectifs de développement durable.

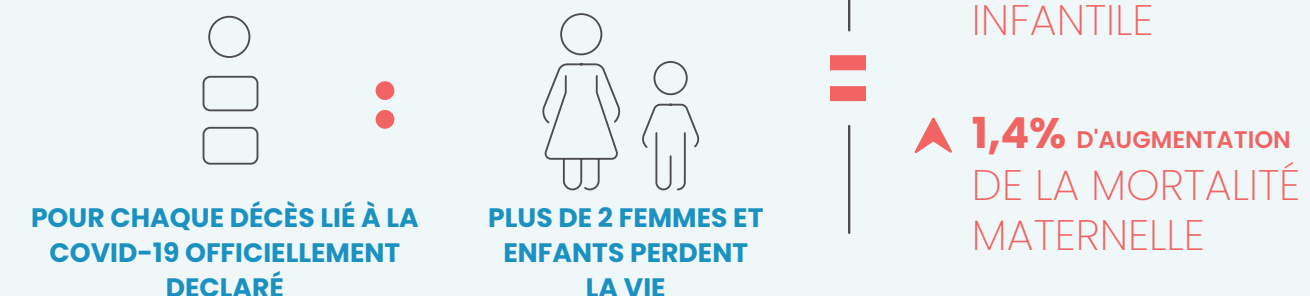
Dans le cadre de son soutien au cours de l'année écoulée, qui comprend le déploiement de la nouvelle stratégie, le GFF a contribué à trois domaines clés :

- **Réduire les inégalités en soutenant les populations les plus défavorisées et les plus vulnérables** et en favorisant l'expression et la participation de ces populations dans la conception et le suivi des investissements afin de s'assurer que personne n'est laissé pour compte.
- **Mettre en place des systèmes de santé plus solides** en intégrant des services de droits et santé sexuels et reproductifs (DSSR) dans les programmes de santé de base, en innovant dans la prestation de services, en mobilisant davantage d'investissements du secteur privé dans la santé, en investissant dans les systèmes d'enregistrement et de statistiques de l'état civil, et en adoptant une approche multisectorielle des soins de santé.
- **Tout en assurant la résilience du financement de la santé** alors que les pays continuent de stabiliser et de renforcer leurs systèmes de santé face à la pandémie de COVID-19, le GFF continuera à travailler avec chaque pays partenaire pour renforcer la mobilisation nationale et améliorer l'efficacité des dépenses de santé conformément aux objectifs sanitaires de chaque pays.

Du manque de formation en matière de préparation et de réponse à la pandémie aux perturbations de la chaîne d'approvisionnement et à la pénurie d'agents de santé, la pandémie a présenté des défis importants qui menacent la continuité des services et l'amélioration des interventions clés pour réduire les décès maternels et néonataux.

Malgré les progrès remarquables réalisés dans les pays soutenus par le GFF, la COVID-19 continue de poser de graves problèmes. En 2021, le suivi continu des services de santé essentiels par les pays a confirmé l'existence d'importantes perturbations dans la prestation des services. En fait, dans certains des pays les plus pauvres, l'augmentation estimée de la mortalité causée par les perturbations des services de santé essentiels est plus de deux fois supérieure au bilan officiel de la COVID-19.

ESTIMATION DE L'AUGMENTATION DE LA MORTALITÉ CAUSÉE PAR LA BAISSÉ DE L'UTILISATION DES SERVICES DE SANTÉ ESSENTIELS DANS CERTAINS DES PAYS LES PLUS PAUVRES :



L'année écoulée montre ce que les pays et les communautés peuvent accomplir grâce à leur engagement et à des solutions innovantes. La pandémie souligne également à quel point des soins de santé primaires solides constituent l'épine dorsale de systèmes de santé efficaces et équitables, ce pour quoi le soutien du GFF est spécifiquement conçu dans

les pays partenaires. Alors que la pandémie se poursuit, le tableau mitigé qui en résulte constitue un appel urgent à l'action pour s'assurer que les pays qui pilotent les efforts de réponse et de rétablissement disposent des ressources et du soutien nécessaires pour placer les femmes, les enfants et les adolescents au centre de la réponse et de la relance.

Mener le changement transformationnel à travers la connaissance et le leadership national

Pour aider les pays à répondre à la pandémie, à renforcer l'alignement et à mettre en place des systèmes de santé résilients, le GFF a investi dans une approche globale de renforcement des capacités, de partage des connaissances et de soutien ciblé aux dirigeants nationaux. Pour soutenir le changement systémique par le biais de son Programme de connaissances et d'apprentissage lancé en 2020, le GFF a mis à disposition un ensemble diversifié d'outils d'apprentissage pour mettre en place des compétences et diffuser des connaissances exploitables parmi les parties prenantes.

Dès le début de la pandémie de COVID-19, le GFF a lancé un Programme virtuel d'apprentissage de la prestation de services (SDLP) afin de soutenir les efforts déployés au niveau national pour protéger et promouvoir les services essentiels à la réponse à la pandémie et aux efforts de relance. Pour relever ce défi, le SDLP a rassemblé environ 150 responsables de la santé et d'autres parties prenantes, telles que des bailleurs de fonds, des représentants de la société civile et du secteur privé de 18 pays partenaires du GFF, afin d'élaborer et de mettre en œuvre des plans d'action adaptés au contexte. Une série de ressources de micro-apprentissage, notamment celles axées sur

l'engagement des parties prenantes, ont également été élaborées et mises à la disposition d'un groupe plus large soutenant les plateformes nationales. Ces ressources sont disponibles sur le nouveau Portail de connaissances et d'apprentissage du GFF et dans la Boîte à outils de connaissances du GFF. Combinées à la publication de nouvelles études de cas nationales, ces ressources ont renforcé la collaboration et l'apprentissage par les pairs (sud-sud) entre les pays du GFF.

Afin de permettre un leadership national plus fort, le GFF a travaillé avec des partenaires pour concevoir et lancer un Programme de leadership national pour le changement du système de santé (CLP) afin de soutenir les leaders qui se font les champions des actions en faveur de la santé des femmes, des enfants et des adolescents. Depuis avril 2021, le programme soutient les hauts responsables de diverses organisations en Éthiopie, au Kenya et au Malawi. Le CLP se concentre sur le renforcement de l'impact du leadership et le partage de connaissances spécialisées en matière de gouvernance intégrée, de changement de systèmes et de politiques fondées sur des preuves, permettant la collaboration et la mise en réseau des leaders. Les dirigeants peuvent utiliser un large éventail d'outils adaptés à leurs besoins spécifiques et s'engager avec d'autres par le biais d'ateliers et de séminaires en ligne, entre autres outils de collaboration. Au cours des deux prochaines années, le GFF s'attend à toucher environ 150 dirigeants nationaux de haut niveau dans 15 à 20 pays.



2. FAIRE PROGRESSER L'ÉQUITÉ ET PROMOUVOIR L'ÉGALITÉ DE GENRE

Des progrès inégaux dans les pays partenaires du GFF

Si la mortalité maternelle et infantile a considérablement diminué au cours des dernières décennies, les progrès ont été inégaux entre les pays et au sein de ceux-ci. Le GFF soutient les pays partenaires pour qu'ils envisagent les soins de santé sous l'angle de l'équité – en ciblant les populations les plus à risque – dans l'élaboration et la mise en œuvre de leur dossier d'investissement. Pour certains pays, les inégalités sont largement attribuées à des raisons socio-économiques, tandis que pour d'autres, elles sont dues à des barrières géographiques, telles que des zones rurales et urbaines difficiles à atteindre. Cibler et suivre l'accès et la disponibilité des services de santé pour les populations les plus à risque permet de mettre en lumière les inégalités et de soutenir l'objectif de ne laisser personne de côté.

D'ici 2021, l'intensification des efforts pour combler les déficits d'équité a entraîné des progrès dans tous les pays partenaires du GFF.

Sur les 25 pays ayant achevé un dossier d'investissement :

23 se concentrent sur la réduction des inégalités géographiques dans l'accès aux services

18 identifient et donnent la priorité aux populations marginalisées, y compris aux personnes déplacées

18 incluent des actions visant à promouvoir l'égalité de genre

Sur les 23 pays qui mettent en œuvre leur dossier d'investissement depuis plus d'un an :

20 suivent les données infranationales dans le cadre de leurs efforts pour soutenir le programme d'équité. Le GFF a réalisé une analyse géographique de l'équité pour neuf de ces pays afin de comprendre l'impact de la pandémie sur la couverture équitable des services.

Dans certains pays qui se sont engagés le plus longtemps avec le GFF, et où les investissements ont donné la priorité à la santé maternelle et infantile, l'impact n'est pas aussi marqué – les écarts d'équité se réduisant et la couverture des services de santé essentiels augmentant. Par exemple, parmi les pays partenaires du GFF depuis 2015-16, 63 pour cent ont réduit les déficits d'équité géographique entre 2019 et 2020⁴. En revanche, les pays plus récents dans le partenariat du GFF ont fait état de déficits croissants en matière d'équité géographique pour 71 pour cent des indicateurs de couverture des consultations prénatales et postnatales, des accouchements dans un établissement de santé, de la vaccination et de la planification familiale, ce qui laisse un grand nombre de femmes, d'enfants et d'adolescents – en particulier les plus pauvres et les plus difficiles à atteindre – sans accès à ces services.

Certaines de ces inégalités ont été aggravées par l'impact de la COVID-19 et ses répercussions économiques, qui ont touché plus durement les femmes et les enfants. Au cours de l'année écoulée, les pays partenaires du GFF ont dû relever le défi supplémentaire de lutter contre les inégalités tout en combattant la pandémie. Pour soutenir ce défi et dans le cadre de sa stratégie, le GFF travaille avec les gouvernements et les partenaires pour donner la priorité et aligner les efforts, tels que :

- Un travail de diagnostic à travers lequel le GFF a contribué à identifier les facteurs d'inégalité pour guider son approche opérationnelle, notamment les dossiers d'investissement pilotés par les pays et les projets de la Banque mondiale et de l'Association internationale de développement (IDA). Le travail de diagnostic permettra également d'informer l'engagement futur avec la pratique mondiale de la Banque mondiale en matière de protection sociale et d'emploi, car le GFF et la Banque mondiale travaillent ensemble pour déterminer plus précisément les obstacles socio-économiques aux soins.
- Une approche holistique de l'intégration des systèmes d'enregistrement et statistiques de l'état civil (CRVS), en donnant la priorité à la réforme des politiques dans le secteur de la santé afin de garantir que les événements de la vie soient saisis à temps et sur le lieu de leur survenue ; en faisant progresser la sensibilité et le suivi équitables et spécifiques

à la dimension de genre dans tous les systèmes de CRVS ; en mettant en place des systèmes électroniques pour une prestation durable et efficace des services de CRVS et en utilisant les données de CRVS pour la prise de décision.

- Des incitations financières telles que le financement basé sur la performance (FBP) et les financements d'indicateurs liés aux décaissements (DLI) pour soutenir les pays à être plus précis dans leurs stratégies de ciblage afin d'atteindre les lignes de front et les femmes, enfants et adolescents les plus pauvres, ainsi que les populations vulnérables et marginalisées. Ces populations à risque comprennent les populations rurales, les réfugiés ou les personnes affectées ou déplacées par un conflit ou le changement climatique.

Comment la COVID-19 a mis en évidence les inégalités entre les pays et à l'intérieur de ceux-ci

Dans le cadre du déploiement de la stratégie 2021-25, l'accent mis sur l'équité a permis de dresser un tableau plus clair des domaines où les inégalités se sont aggravées et de ceux où les améliorations se sont maintenues. Alors que la pandémie a continué de perturber les services de santé et de causer des difficultés financières, les progrès se sont poursuivis dans certains domaines déjà plus performants, comme attendu, même pendant la pandémie. Dans le même temps, les progrès ont stagné, voire se sont inversés dans les domaines les plus en retard. En conséquence, entre 2019 et 2020, dans la moitié des pays partenaires du GFF, le déficit de couverture des services de santé essentiels au sein des pays s'est creusé.

Par exemple :

- Au **Bangladesh**, alors que des gains d'équité ont été réalisés depuis 2017, la couverture inéquitable des consultations postnatales s'est aggravée entre 2019 et 2020, les districts les plus performants maintenant des taux de couverture très élevés (plus de 95 pour cent) et les districts les moins performants connaissant une baisse de 88 pour cent à 80 pour cent de couverture. Le déficit de couverture est ainsi passé de 12 pour cent à 20 pour cent⁵.

⁴ Dans les pays où des données infranationales sont disponibles.

⁵ Note : Toutes les données de suivi de routine proviennent des systèmes DHIS2 des pays, sauf indication contraire.



- Le **Malawi** a connu une aggravation des inégalités en matière de consultations prénatales, les districts les plus avancés ayant vu leur couverture passer de 31 pour cent à 55 pour cent et les districts accusant un retard ayant vu leur couverture baisser de 21 pour cent à 19 pour cent. Cela a augmenté l'écart de couverture entre le quintile supérieur et le quintile inférieur, passant de 10 pour cent à 36 pour cent⁶ entre 2019 et 2020.
- En **Tanzanie**, tant les régions les plus performantes que les régions en retard ont amélioré leur couverture en consultations prénatales en 2020. Toutefois, les régions les plus performantes ont continué d'étendre rapidement leur couverture, tandis que l'amélioration dans les régions les moins performantes a été plus lente que les années précédentes, ce qui a accru le déficit en matière d'équité dans la prestation de services de soins prénatals de 18 pour cent à 23 pour cent.

Comblent le déficit en matière d'équité : ce qui fonctionne

Depuis sa création, le GFF a aidé les pays à déployer des efforts encore plus importants pour cibler les populations les plus défavorisées et les plus vulnérables. Ce soutien a consisté à renforcer les lignes de front et à mettre en place les capacités des agents de santé communautaires à fournir des services aux plus pauvres ; à promouvoir des approches basées sur les résultats qui incitent les prestataires de santé à développer des services de qualité jusqu'au dernier kilomètre ; et à travailler avec les gouvernements sur des approches de financement de la santé qui comprennent souvent des avantages sociaux, tels que des transferts monétaires, pour aider les familles pauvres à accéder aux services de santé essentiels.

Dans certains pays partenaires du GFF, ces approches et les investissements systématiques dans la santé des femmes et des enfants au cours des dernières années ont permis de mettre en place des stratégies de ciblage plus précises pour atteindre les premières lignes et les femmes, les enfants et les adolescents les plus pauvres, ainsi que d'autres populations vulnérables et marginalisées, malgré les perturbations des services de santé essentiels causées par la COVID-19.

⁶ Les données infranationales pour le Malawi proviennent du DHS2, en collaboration avec le suivi des services de santé essentiels (mEHS).

PROJECTEUR SUR LE RWANDA

Comblent les écarts de résultats en matière de nutrition et cibler les familles les plus pauvres touchées par la COVID-19

Le GFF continue de soutenir les efforts du Rwanda pour combattre la malnutrition chronique et réduire les retards de croissance par des interventions dans les domaines de la santé, de la nutrition et de la protection sociale. Grâce à une contribution de 18 millions de dollars américains au dossier d'investissement du Rwanda, le GFF catalyse le soutien à la fourniture d'un ensemble de services de base aux familles les plus démunies. Parallèlement, le GFF soutient des réformes clés en matière de politique et de financement public, jetant les bases d'un impact durable.

Atténuer les incidences économiques et lutter contre les inégalités de genre

Dans le cadre de ses efforts de réponse à la COVID-19 et de relance, le gouvernement du Rwanda est profondément engagé à protéger les services essentiels de santé et de nutrition, en particulier pour les femmes et les enfants les plus vulnérables. La COVID-19 menaçant les acquis de ces dernières années, le gouvernement a lancé un plan de réponse et de relance économique en avril 2020, comprenant des actions de préparation à la maladie et des campagnes de sensibilisation du public pour apporter une réponse efficace à la pandémie. Le plan comprend des mesures spécifiques visant à atténuer l'impact de la COVID-19 sur les familles les plus pauvres en élargissant (a) les transferts monétaires aux bénéficiaires qui s'engagent à utiliser le montant pour des services clés de santé et de nutrition, et (b) les transferts monétaires d'urgence à environ 100 000 nouveaux ménages qui ont perdu des revenus en raison des confinements, et qui sont donc les plus susceptibles de réduire leurs dépenses en nourriture et en services de santé.

Le GFF a fourni une assistance technique pour aider le gouvernement à concevoir et à mettre en place des transferts monétaires dans le cadre du programme de relance. La pandémie touchant un nombre croissant de ménages, le nombre de bénéficiaires s'inscrivant pour recevoir un soutien a augmenté rapidement. Pour aider à gérer le programme élargi, le GFF a financé des activités de renforcement des capacités pour les fonctionnaires des administrations locales, notamment des formations virtuelles et des technologies pour la prestation et le suivi des services à distance. Ces fonds ont permis aux communautés de fournir des services de soins de santé en toute sécurité tout au long de la pandémie.

Pour assurer un meilleur ciblage, le GFF a également aidé le gouvernement à renforcer les liens entre les systèmes de données pertinents et à automatiser ainsi les inscriptions. Les améliorations du système ont permis au gouvernement

⁷ Données provenant de l'Agence rwandaise de développement des entités administratives locales (LODA) MIS.

de cibler les ménages les plus pauvres ayant des femmes enceintes ou des enfants de moins de deux ans, et de suivre l'utilisation des services offerts. Les systèmes reliés, associés à d'autres réformes visant à améliorer le ciblage des familles les plus pauvres, ont permis de quadrupler les inscriptions, passant de 30 000 bénéficiaires actifs en mars 2020 à près de 127 000 bénéficiaires actifs en juin 2020. Chaque famille reçoit environ 7,50 dollars américains par mois jusqu'à ce que l'enfant atteigne l'âge de deux ans et est continuellement incitée à se rendre aux consultations prénatales et postnatales requises, ainsi qu'aux séances de suivi et de promotion de la croissance.

Cibler les familles difficiles à atteindre par des transferts monétaires d'urgence

Le GFF a également financé des travaux d'analyse pour aider le gouvernement à comprendre l'impact de la COVID-19 sur les familles travaillant dans le secteur informel, notamment dans le commerce local et transfrontalier, les transports locaux et d'autres professions. Ces ménages, qui représentent le segment « intermédiaire manquant » entre les ménages pauvres ciblés par les filets de sécurité sociale et ceux employés dans le secteur formel, sont plus difficiles à identifier et ont donc été traditionnellement laissés à l'écart des programmes de protection sociale. En réponse à ce défi, le GFF a financé une analyse des caractéristiques socio-économiques et géographiques de ces ménages, de la fréquence des chocs économiques auxquels ils sont confrontés et des programmes d'auto-assurance qui leur sont accessibles. Cette analyse a permis de cibler les transferts monétaires d'urgence (effectués avec le soutien d'organisations non gouvernementales), qui toucheront 83 000 ménages du secteur informel en juin 2021⁷. Un meilleur ciblage des programmes sociaux entraîne une amélioration de la fourniture des prestations aux personnes les plus démunies, tout en contribuant à une utilisation efficace des ressources publiques, ce qui est particulièrement important dans la mesure où le Rwanda doit faire face à des contraintes budgétaires en 2021.

Protéger les gains d'équité avec des lignes de front plus résilientes

S'appuyant sur les enseignements tirés, le gouvernement de la Guinée a révisé son dossier d'investissement en 2020 en mettant l'accent sur la réduction des déficits de prestation de services. Tout en couvrant toutes les régions du pays, le dossier d'investissement révisé met l'accent sur le renforcement de la prestation de services dans cinq régions prioritaires dont les résultats sanitaires et les ressources sont en retard – Boké, Kankan, Kindia, Faranah et Labé – notamment en investissant davantage pour mieux équiper les lignes de front en produits médicaux et en agents de santé communautaires qualifiés. Afin d'aider le gouvernement à réaliser ces priorités, le GFF fournit une subvention catalytique de 10 millions de dollars américains par le biais du Projet de renforcement des services et des capacités de santé de la Guinée, qui permettra de mobiliser d'autres financements pour soutenir le travail. Préalablement, les efforts du gouvernement, avec le soutien du GFF et d'autres partenaires, avaient déjà contribué à mettre

en place des systèmes de santé plus résilients et à améliorer les résultats sanitaires pour les populations les plus pauvres et les plus vulnérables. Entre 2018 et 2019, 27 pour cent, soit 75 000 femmes de plus, ont effectué quatre visites de consultations prénatales et 5 pour cent d'enfants supplémentaires ont reçu la troisième dose du vaccin pentavalent. L'assistance technique du GFF et des partenaires a également contribué à améliorer la qualité des services dans l'ensemble du secteur de la santé. Selon les enquêtes d'évaluation de la disponibilité et de l'état de préparation des services (SARA), les scores d'état de préparation des services des établissements pour les services obstétricaux se sont notablement améliorés entre 2017 et 2020, les scores nationaux moyens passant de 37 pour cent à 42 pour cent et de 37 pour cent à 50 pour cent (respectivement pour les soins obstétricaux d'urgence de base et complets et les soins aux nouveau-nés). Au cours de la même période, les scores moyens de préparation aux services SARA pour les soins prénatals se sont améliorés, passant de 41 pour cent à 52 pour cent.

Lorsque la pandémie est arrivée en Guinée au début de l'année 2020, les services de santé ont été directement touchés. Sur la base d'une analyse des perturbations des services de santé essentiels en avril 2020, les vaccinations infantiles ont été estimées à 13 pour cent inférieures aux prévisions et en mai 2020, le volume des visites ambulatoires a été estimé à 28 pour cent inférieur aux prévisions⁸.

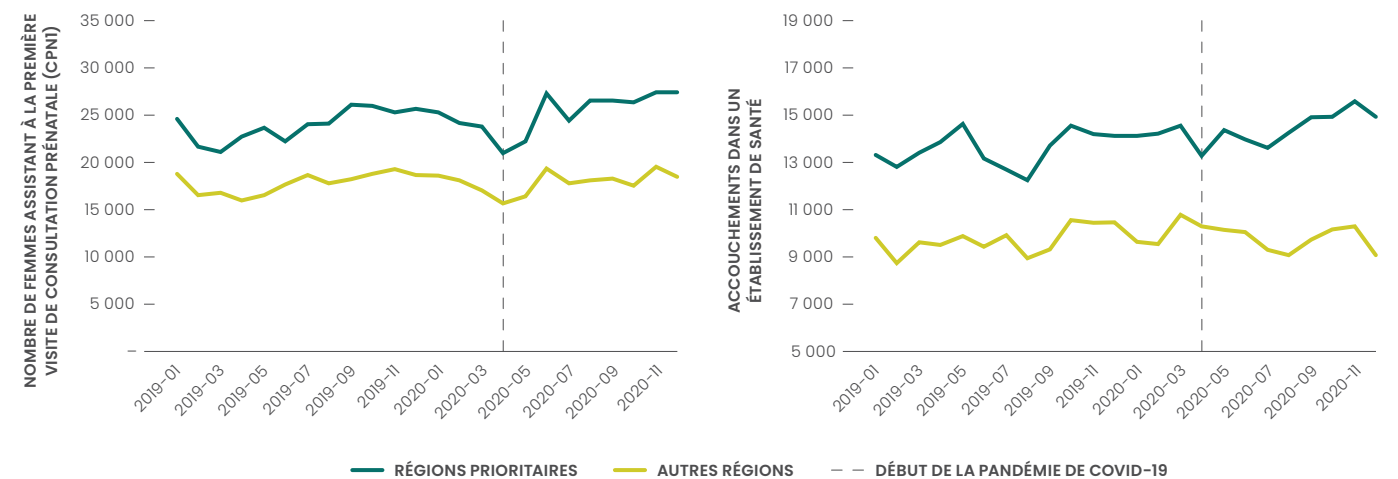
⁸ Les données pour l'analyse statistique proviennent du système SGIS de la Guinée. Des informations supplémentaires sur l'analyse du suivi des services de santé essentiels (mEHS) sont disponibles en ligne : https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=3916767.

Pour endiguer ces impacts, le gouvernement a pris des mesures rapides et a élaboré le Plan de renforcement de la résilience pour la continuité des services dans le contexte de la COVID-19, qui a été lancé en mai 2020. Le plan s'est concentré sur le renforcement des chaînes d'approvisionnement pour mettre des équipements de protection individuelle (EPI) à la disposition des agents de santé, sur la fourniture de formations sur le contrôle des infections et sur le renforcement des effectifs pour les services de santé de base, ainsi que sur l'engagement des communautés et de la société civile dans des campagnes de communication publique pour s'attaquer aux problèmes de demande de services. Ce plan, combiné à l'état de préparation du système de santé existant et à des lignes de front mieux équipées, particulièrement dans les régions classées prioritaires dans le dossier d'investissement, a permis de jeter les bases d'un rebond rapide des services de santé. Les consultations prénatales et les accouchements dans un établissement de santé se sont rétablis dès juin 2020 et sont restés stables même pendant les vagues successives de COVID-19 tout au long de l'année.

Il convient également de noter que la reprise des services semble avoir été encore plus rapide et plus soutenue dans les régions classées prioritaires (voir le graphique 2.1). Les accouchements dans un établissement de santé dans ces régions ont augmenté de 22 pour cent tout au long de 2019 et 2020, contre une augmentation de 11 pour cent dans les autres régions sur la même période. De même, les premières visites de consultations prénatales dans les régions classées prioritaires ont connu une augmentation double par rapport aux autres régions (respectivement 8 pour cent et 4 pour cent sur la même période). La priorité donnée aux interventions à fort impact dans ces régions a permis de protéger les gains d'équité réalisés au cours des deux dernières années et de s'assurer que les femmes, les enfants et les adolescents n'étaient pas laissés pour compte dans le contexte de la pandémie.



Graphique 2.1. Reprise des services prénatals et des accouchements dans un établissement de santé dans les régions classées prioritaires de la Guinée, 2019-20



Source : Données SGIS de la Guinée.

Diminution de l'inégalité dans la couverture des services de santé malgré la COVID-19

Après deux décennies de croissance soutenue, la Tanzanie est officiellement devenue un pays à revenu intermédiaire de la tranche inférieure (PRIT) en juillet 2020. Cependant, la pandémie de COVID-19 a considérablement ralenti la croissance économique, affectant la vie et les moyens de subsistance de millions de personnes.

Au cours des dernières années, la réduction des inégalités dans la prestation des services de santé a été au cœur de l'engagement du GFF en Tanzanie. Par le biais d'un dossier d'investissement – One Plan II – qui donne la priorité à neuf régions dont les résultats en matière de santé sont médiocres et qui souffrent d'une grave pénurie d'agents de santé et de médicaments essentiels, le gouvernement de la Tanzanie reste déterminé à améliorer l'accès aux services pour les femmes, les enfants et les adolescents les plus pauvres et les plus vulnérables. Le GFF a soutenu la mise en œuvre du dossier d'investissement par le biais d'une subvention de 40 millions de dollars américains liée au Programme de renforcement des soins de santé primaires pour obtenir des résultats de la Banque mondiale et a joué un rôle essentiel dans la mobilisation des bailleurs de fonds, tels que Power of Nutrition, l'UNFPA, l'Unicef, l'OMS et les gouvernements du Canada, du Danemark (DANIDA), de l'Irlande, de la Suisse, des États-Unis (PEPFAR, USAID), ainsi que d'autres bailleurs de fonds, afin de mettre en commun les financements autour des priorités.

Dans le cadre du dossier d'investissement, le gouvernement a canalisé les financements directement vers les établissements de soins de santé de première ligne par le biais du financement basé sur les résultats (FBR). Ce financement a contribué à renforcer l'autonomie des établissements en leur permettant de décider comment dépenser les ressources pour atteindre des résultats spécifiques, y compris des objectifs d'amélioration de l'équité. Dans le même temps, avec l'assistance technique du GFF et fort des enseignements tirés des neuf régions prioritaires, le gouvernement a lancé, en parallèle, un mécanisme de financement direct de la santé (DHFF) qui canalise les financements vers plus de 5 800 établissements de santé dans d'autres districts du pays. Le DHFF vise à développer des services de qualité, à accroître l'utilisation des services, à réduire les ruptures de stock de médicaments et de fournitures médicales et à améliorer l'infrastructure des centres de santé.

Ces efforts ont contribué à accroître l'accès aux services, à réduire les inégalités dans les régions prioritaires et à améliorer sensiblement la couverture des services dans tout le pays. Les progrès réalisés sont les suivants :

- Une augmentation de 40 pour cent des accouchements dans un établissement de santé dans neuf régions prioritaires, contre une moyenne de seulement 9 pour cent dans les autres régions entre 2017 et 2020

- Un bond remarquable des accouchements dans un établissement de santé dans les régions de Tabora et de Simiyu, passant respectivement de 62 pour cent à 100 pour cent et de 51 pour cent à 90 pour cent entre 2017 et 2019

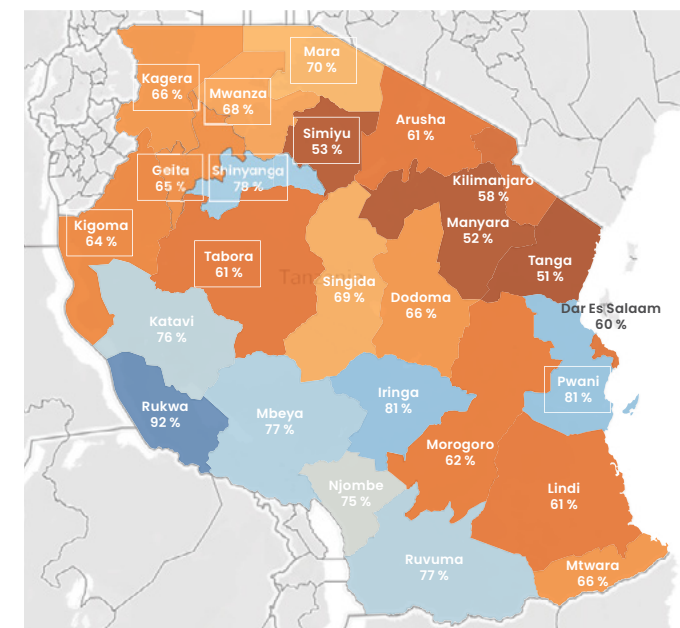
Alors que les indicateurs de santé maternelle et infantile tels que les accouchements dans un établissement de santé ont légèrement baissé au niveau national, les régions ne mettant pas en œuvre le FBR ont été les plus durement touchées entre 2019 et 2020, avec un accès aux services en baisse et plus inégal (voir graphique 2.2, tous les panneaux). Par exemple, Morogoro, Lindi et Mtwara, dans le sud-est, qui avaient considérablement amélioré les accouchements dans un établissement de santé entre 2017 et 2019, ont vu leurs progrès compromis à la fin de 2020, la couverture chutant jusqu'à 31 pour cent. Dans le Kilimandjaro, la baisse d'une seule année en 2020 a ramené la couverture des accouchements dans un établissement de santé en dessous du niveau de référence de 2017 : elle est passée de 58 pour cent en 2017 à 67 pour cent en 2019, puis a chuté à 56 pour cent à la fin de 2020.

Les efforts collectifs du gouvernement, du GFF et d'autres partenaires ont contribué à mettre en place des lignes de front plus fortes et des systèmes de santé plus résilients dans les régions qui pilotent le programme de financement de l'équité, ce qui leur a permis de surmonter les premiers impacts de la COVID-19 sur les services de santé essentiels, et de tirer des enseignements importants pour étendre l'approche dans les régions qui accusent encore un retard.

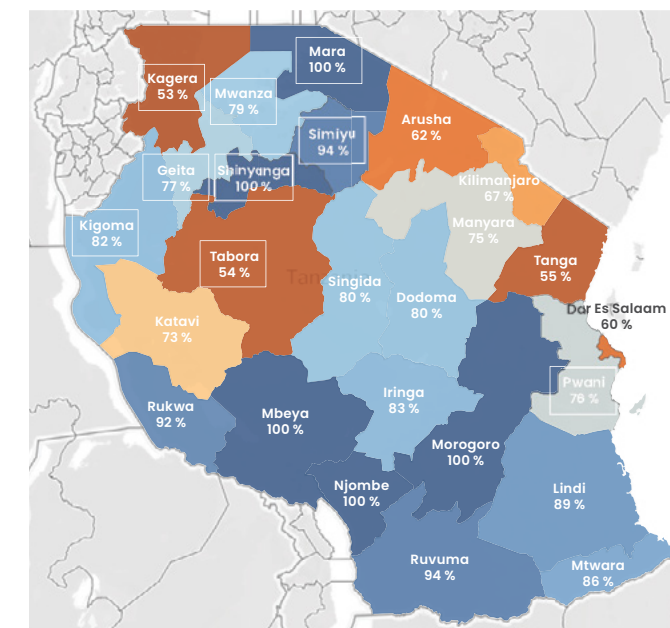


Graphique 2.2. Couverture régionale des accouchements dans un établissement de santé en Tanzanie, 2017 à 2020

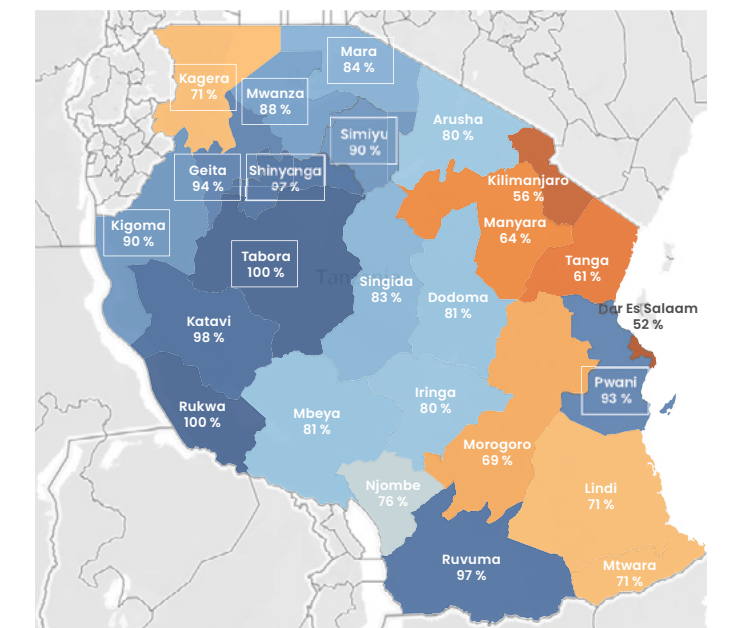
2017 (DÉBUT DU FBR)



FIN DE 2019



FIN DE 2020





En 2020, *Global Health 50/50* a inclus le GFF parmi les organisations les plus performantes actives dans le domaine de la santé mondiale pour faire progresser l'égalité de genre.

Renforcer l'égalité de genre pour faire progresser la santé

Grâce à son modèle piloté par les pays, le GFF est particulièrement bien placé pour soutenir l'égalité de genre et autonomiser les femmes et les filles afin d'améliorer les résultats en matière de santé. Dans les pays les plus pauvres du monde, le GFF promeut l'accès universel aux droits et à la santé sexuels et reproductifs (DSSR), ainsi que des systèmes sanitaires et sociaux plus équitables qui font évoluer les normes, notamment l'accès et le pouvoir de décision sur leur propre santé. Au cours des dernières années, le financement catalytique et l'assistance technique du GFF ont placé l'égalité de genre au cœur des dossiers d'investissement nationaux, en ciblant des interventions délibérées pour aider à combler les déficits relatifs au genre. Cela s'est traduit par 18 dossiers d'investissement nationaux comportant des actions fortes pour soutenir l'égalité de genre.

En tant que partenaire actif du Forum Génération Égalité en juin 2021 et en tant que co-chef de file de la Coalition d'action pour l'autonomie corporelle et les droits et santé sexuels et reproductifs, le GFF a travaillé avec ses partenaires pour traduire les engagements mondiaux en actions spécifiques à chaque pays, en mettant l'accent sur l'intégration des services de santé sexuelle et reproductive dans les programmes de santé de base et en facilitant les réformes politiques et de financement nécessaires pour accroître l'accès aux services.

Encadré 2.1. Le Plan d'accélération DSSR du GFF

Le GFF codirige la Coalition d'action pour l'autonomie corporelle et les droits et santé sexuels et reproductifs du Forum Génération Égalité, un mouvement de la société civile, des organisations internationales et des décideurs politiques qui vise à obtenir un ensemble d'engagements concrets, ambitieux et transformateurs pour réaliser des progrès immédiats et irréversibles vers l'égalité de genre.

Lors du Forum Génération Égalité en juin 2021, le GFF a lancé le Plan d'accélération pour les droits et santé sexuels et reproductifs, en collaboration avec le Canada, les Pays-Bas, la Norvège, le Royaume-Uni, ainsi que la Fondation Buffett et la Fondation Bill & Melinda Gates (BMGF). Grâce à ce plan d'accélération, le GFF et ses partenaires vont intensifier les efforts et le financement des DSSR afin de mettre en œuvre le programme du Forum Génération Égalité, qui, au cours des cinq prochaines années, permettra de :

Une nouvelle feuille de route pour faire progresser l'égalité de genre

Dans le cadre de sa nouvelle stratégie, le GFF redouble d'efforts avec une nouvelle Feuille de route pour l'égalité de genre. Cette feuille de route décrit les actions spécifiques de transformation et de réponse aux questions de genre que le GFF entreprend pour accélérer les efforts visant à soutenir les pays dans la réduction des écarts liés au genre dans le domaine de la santé. Elle fournit un plan détaillé d'analyse, de hiérarchisation des priorités et d'apprentissage pour éliminer les facteurs d'inégalité dans les systèmes de santé et améliorer ainsi les résultats sanitaires à tous les stades de l'engagement des pays. La feuille de route vise également à renforcer la coordination avec les autres efforts mondiaux et à soutenir un processus plus systématisé piloté par les pays pour lutter contre les inégalités de genre.

Dans le cadre de l'élargissement de son soutien aux pays, le GFF a réalisé des progrès importants pour soutenir l'égalité de genre dans les services de santé :

- **Fournir une assistance technique pour accroître les preuves de la manière dont l'égalité de genre améliore les résultats en matière de santé.** Par exemple, le GFF soutient le Niger et l'Ouganda dans l'utilisation de stratégies de FBR pour encourager l'amélioration de la qualité et de l'utilisation des services de santé chez les adolescentes.
- Étendre l'accès à la planification familiale à plus de 25 millions d'adolescents et de femmes supplémentaires
- Intégrer des services DSSR complets dans les systèmes de santé d'au moins 20 pays supplémentaires et catalyser un financement accru et plus efficace des DSSR
- Faire progresser les réformes juridiques et politiques dans 10 pays afin de créer davantage de possibilités pour les femmes, les filles et les adolescents d'accéder aux services et aux informations en lien avec les DSSR
- Augmenter le soutien aux réseaux et mouvements d'organisations dirigées par des femmes et des jeunes avec au moins 3 millions de dollars américains par an

Source : Banque mondiale/GFF.

- **Augmenter les investissements dans des systèmes de suivi et de données tenant compte de la dimension de genre.** Par exemple, le GFF, Gavi et le Fonds mondial ont mis en place un groupe de travail chargé de coordonner et d'aligner le soutien aux pays dans ce domaine et collaborent avec *Countdown to 2030* pour intégrer systématiquement l'égalité de genre dans les examens annuels du secteur de la santé.
- **Soutenir le dialogue politique et les réformes visant à supprimer les obstacles juridiques à l'accès des femmes et des filles aux DSSR. Le GFF élargit son champ d'action axé sur les réformes pour inclure les réformes juridiques qui façonnent l'égalité de genre.** Pour atteindre cet objectif, le GFF travaille avec des pays comme le Liberia, l'Éthiopie et la Tanzanie afin d'analyser et d'identifier les possibilités de dialogue politique et de réformes juridiques propres à chaque pays.
- **Créer un environnement favorable pour autonomiser les femmes et les filles en tant que leaders dans le secteur de la santé.** Le lancement du programme de leadership national du GFF, en collaboration avec Fem League, a permis de cibler les femmes leaders actuelles et futures au Kenya, au Malawi et en Éthiopie afin d'accroître leur accès et leur voix dans la prise de décision au sein du secteur.

Promouvoir la participation communautaire et l'engagement de la société civile

L'engagement des organisations de la société civile (OSC) et des communautés aux niveaux mondial et national est essentiel pour le programme d'équité du GFF et pour garantir que les voix et les besoins des femmes, des enfants et des adolescents soient placés au cœur du processus piloté et soutenu par les pays. Cela implique de promouvoir l'augmentation des services dirigés par la communauté, un plaidoyer plus fort et une redevabilité mutuelle en matière de résultats de santé. Au cours de l'année écoulée, le GFF a continué de renforcer l'engagement des communautés et des OSC en se concentrant sur trois domaines de travail : (a) la collaboration pour un financement plus important et de meilleure qualité ; (b) le soutien à une réponse à la COVID-19 inclusive ; et (c) le renforcement du plaidoyer et de la redevabilité pour les services de santé et les résultats.

Collaborer pour un financement plus important et de meilleure qualité

À travers le Réseau pour un apprentissage mutuel en faveur de la couverture santé universelle (JLN), le GFF s'est accordé avec les partenaires⁹ de la santé mondiale pour fournir aux

Les six domaines d'action du GFF pour faire progresser l'égalité de genre :

- 1 **Donner la priorité au soutien analytique et technique démontrant la relation entre l'inégalité de genre et les mauvais résultats en matière de santé, et entre l'égalité de genre et les améliorations en matière de santé et de bien-être.**
- 2 **Augmenter les investissements des pays dans des systèmes de suivi et de données tenant compte de la dimension de genre.**
- 3 **Soutenir les fondements des réformes qui permettent l'intégration des droits et santé sexuels et reproductifs dans les politiques et programmes de couverture santé universelle.**
- 4 **Intensifier l'engagement avec les organisations locales de femmes, les groupes de jeunes et les autres acteurs nationaux de l'égalité de genre afin d'informer et soutenir les plateformes nationales du GFF.**
- 5 **Créer un environnement favorable pour autonomiser les femmes et les filles en tant que leaders dans le processus du GFF aux niveaux national et mondial.**
- 6 **Renforcer l'engagement au niveau national au-delà du secteur de la santé.**

⁹ Les partenaires du GFF pour l'initiative du Réseau pour un apprentissage mutuel comprennent : Le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, Gavi - l'Alliance du vaccin, CSU 2030 et le Partenariat pour la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant (PSMNE), ainsi que des OSC nationales.



OSC une assistance financière et technique à long terme afin de mettre en place leur capacité à mettre en œuvre des plans nationaux de plaidoyer et de redevabilité pour les soins de santé universels et le financement de la santé. Le JLN traduit en actions concrètes les stratégies et les approches des accélérateurs du GAP sur le financement durable et l'engagement des OSC. Vingt pays partenaires du GFF ont commencé à mettre en œuvre le programme en novembre 2020 et recevront des subventions pour leurs plans d'action de plaidoyer et de redevabilité.

Soutenir une réponse inclusive à la COVID-19

Le GFF a soutenu les OSC et les gouvernements dans la codification des plans de réponse à la COVID-19. Pendant la phase de mise en œuvre, les OSC ont mobilisé les communautés pour diffuser des informations sur la COVID-19 et les programmes de vaccination et ont plaidé auprès du gouvernement pour obtenir davantage de ressources pour les tests, les traitements et la vaccination.

- En **Ouganda**, l'initiative *Faith for Family Health* a évalué les budgets et mené des groupes de discussion pour comprendre l'impact de la COVID-19 sur les services de santé essentiels. Les résultats montrent que la qualité des services a diminué pendant la pandémie et que les plans de préparation et de réponse n'ont pas intégré les services de santé des femmes, des enfants et des adolescents. En outre, les membres clés de la communauté n'ont pas été inclus dans le Comité de réponse du district à la COVID-19. À partir de ces constatations, le GFF a formé des ambassadeurs de la santé des femmes, des enfants et des adolescents afin qu'ils puissent plaider en faveur d'améliorations tangibles. Cela a permis d'obtenir des résultats tels que l'augmentation du budget du gouvernement du district de Ntoroko de 23,6 pour cent pour la santé et de 33,6 pour cent pour les femmes, les enfants et les adolescents par rapport aux budgets de l'exercice fiscal 2020-21. Les ambassadeurs communautaires sont désormais inclus dans les Comités de réponse du district à la COVID-19.

Renforcer le plaidoyer et la redevabilité en matière de services de santé et de résultats

La société civile et les jeunes ont pris part à des plateformes aux niveaux mondial, national et local, demandant plus de redevabilité et une plus grande attention aux besoins de toutes les communautés.

- La Fédération nationale des OSC de santé en **Côte d'Ivoire** et le gouvernement de la Côte d'Ivoire ont publié une étude conjointe sur la façon dont la COVID-19 a affecté l'accès et l'utilisation des services de santé dans six districts. Le rapport a fourni les preuves nécessaires pour renforcer la demande et donner la priorité aux améliorations de la prestation de services. Les organisations communautaires veillent désormais au respect des engagements pris en matière de services de santé et de nutrition de qualité et abordables pour la santé des femmes, des enfants et des adolescents.
- Les groupes de jeunes ont également été fortement impliqués dans le plaidoyer pour l'expansion et l'amélioration des services de santé. Par exemple, au **Sénégal**, des jeunes ont participé à la première table ronde dirigée par des jeunes sur le financement de la santé, organisée par le GFF, qui a mis en relation des partenaires des secteurs de la santé et de la nutrition de Dakar afin de convenir d'une feuille de route commune pour le financement des services de droits et santé sexuels et reproductifs (DSSR) destinés aux jeunes. Au **Mali**, le Conseil consultatif national des enfants et jeunes du Mali – une organisation dirigée par des jeunes – a coordonné avec les chefs religieux pour plaider avec succès en faveur d'un meilleur accès aux DSSR spécifiques aux jeunes. Au **Kenya**, l'Organisation pour la jeunesse africaine a fourni au ministère de la Santé des preuves de l'importance de l'accès des adolescents aux services de santé.

La pandémie a encore souligné l'importance du rôle de la participation des communautés et des OSC pour combler les déficits d'équité et garantir des politiques inclusives et centrées sur les personnes. Pour renforcer la société civile et le mouvement piloté par les jeunes dans ses pays partenaires, le GFF lance un nouveau cadre d'engagement des OSC et des jeunes, qui soutiendra le rôle essentiel que jouent les OSC et les jeunes dans la promotion du plaidoyer et de la redevabilité indépendante. Les organisations dirigées par des jeunes et des femmes font partie intégrante du groupe constitutif de la société civile. En même temps, elles sont confrontées à des défis uniques. Pour les aider à surmonter ces obstacles, le GFF leur apporte un soutien spécifique, qui leur permettra de se faire entendre et d'atteindre les objectifs d'amélioration des soins de santé partagés par le GFF et l'ensemble de ses pays partenaires.



3. METTRE EN PLACE DES SYSTÈMES DE SANTÉ RESILIENTS ET ÉQUITABLES

Des systèmes de santé résilients ne sont pas seulement nécessaires pour fournir des soins de qualité et abordables à tous – ils sont également impératifs pour la sécurité sanitaire mondiale, comme l'a montré la pandémie de COVID-19. Alors que la pandémie faisait rage tout au long de l'année 2020 et en 2021, les systèmes de santé de nombreux pays partenaires du GFF ont été submergés par une augmentation de la demande de soins critiques et une pénurie de lits d'hôpitaux, de tests, de produits médicaux et d'équipements de protection individuelle (EPI). En réponse à cette situation, le GFF a élargi son soutien aux pays partenaires pour qu'ils puissent procéder aux changements de système nécessaires au maintien des services essentiels et à la fourniture efficace et équitable des vaccins et outils COVID-19 dès qu'ils sont disponibles.

Dans le cadre des efforts de réponse à la pandémie, le soutien du GFF a aidé certains pays à renforcer leurs systèmes de santé actuels en développant des innovations en matière de santé numérique, en renforçant l'engagement avec le secteur privé et en investissant davantage dans les systèmes d'enregistrement et statistiques de l'état civil (CRVS) afin de mieux cibler la prestation de services. Dans d'autres pays, le soutien du GFF a mis l'accent sur le renforcement des soins primaires en première ligne et au sein de la communauté, sur l'amélioration des capacités et sur le soutien au personnel de santé afin qu'il puisse fournir des services de meilleure qualité – y compris en matière de droits et santé sexuels et reproductifs (DSSR) – ainsi que sur le renforcement de l'intégration de la nutrition dans les soins de santé primaires. La COVID-19 a souligné que la manière dont les services sont fournis peut avoir un impact majeur sur la réponse à une pandémie et sur la perturbation de l'offre et de la demande de services.

Donner la priorité et renforcer les soins primaires et les services à base communautaire pour fournir des services de santé essentiels dans le cadre de la réponse à la pandémie

Dans le cadre de la réponse à la COVID-19 et à travers son rôle de partenaire de mise en œuvre du connecteur de systèmes de santé et de riposte de l'Accélérateur ACT, le GFF a soutenu les pays dans la modification des approches de prestation de services pour gérer les dossiers relatifs à la COVID, prévenir la transmission tout en assurant la continuité des services dans le continuum des soins, y compris la sauvegarde de l'accès aux services de nutrition et de DSSR. Il s'agit notamment de transférer les services à la communauté par l'intermédiaire des agents de santé communautaires et du secteur privé, en recourant à la télémédecine ou aux pratiques de dispensation. Mettre en place des plateformes de prestation de services de première ligne a également été essentiel pour soutenir les fonctions clés de la santé publique, telles que la prévention des maladies et la capacité de surveillance, qui nécessitent une attention beaucoup plus grande.

La COVID-19 a déjà perturbé l'utilisation des contraceptifs et l'accès à d'autres services de DSSR essentiels pour plus de

5 millions de femmes et d'adolescents vivant dans les pays partenaires du GFF. Avant la pandémie, 75 millions de femmes et d'adolescents dans les pays partenaires du GFF n'avaient déjà pas accès à des méthodes modernes de contraception.

Des systèmes de santé complets pour tenir les promesses en matière de DSSR

En 2020, le GFF a renforcé son soutien en donnant la priorité aux DSSR dans les dossiers d'investissement nationaux et a facilité un dialogue plus large sur les réformes des politiques et du financement nécessaires pour créer des systèmes de santé répondant aux besoins des femmes et des enfants. Le soutien spécifique consiste à intégrer les DSSR dans les soins de santé primaires et communautaires ; à renforcer les chaînes d'approvisionnement des pays et les systèmes de passation de marchés pour la planification familiale et les autres produits de santé reproductive ; à garantir une allocation plus efficace des ressources pour les DSSR ; et à mettre en place des systèmes solides de mesure des données et des résultats pour suivre les financements et les progrès.

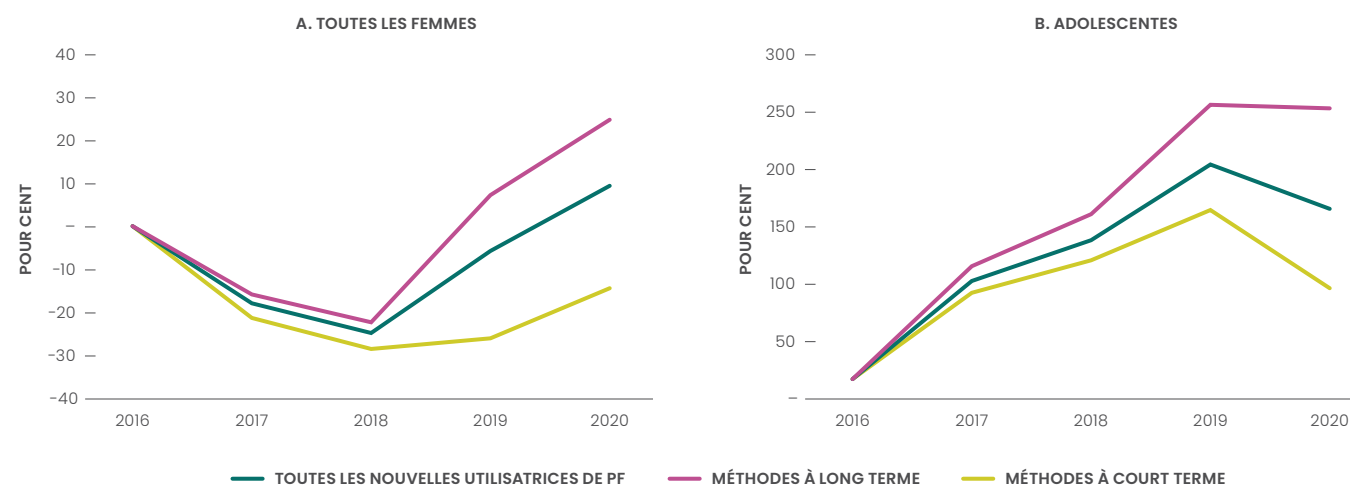
Par exemple, le GFF soutient les gouvernements et les prestataires de services de santé pour qu'ils intègrent des services de DSSR équitables et abordables dans les ensembles de services de santé de base fournis de multiples façons, notamment dans les établissements de santé, les espaces spécifiques adaptés aux jeunes et aux adolescents dans les établissements et les écoles, et les communautés par l'intermédiaire des agents de santé communautaires.

- Au **Mozambique**, le GFF a fourni une subvention de 25 millions de dollars américains pour cofinancer un programme de 80 millions de dollars américains de la Banque mondiale, afin de soutenir le dossier d'investissement du Mozambique. Pour encourager les résultats en matière de DSSR, le programme utilise un mécanisme de financement qui distribue les fonds de manière progressive, en fonction de la réalisation d'objectifs convenus à l'avance. Dans le cadre du dossier d'investissement, le GFF a soutenu le gouvernement en donnant la priorité aux actions visant à lutter contre les grossesses chez les adolescentes par le biais de services adaptés aux adolescents qui fournissent des informations sur les contraceptifs et en facilitent l'accès, notamment dans les écoles. Au cours du premier semestre 2021, malgré la fermeture des écoles, plus de 56 000 adolescents, garçons et filles, ont reçu des conseils en matière de DSSR. En réponse aux impacts de la COVID-19, le gouvernement du Mozambique – avec l'aide du GFF, de la Banque mondiale et d'autres partenaires – a investi dans des services médicaux itinérants et a mobilisé des agents de santé communautaires et des organisations non gouvernementales (ONG) pour accroître les services et la fourniture d'autres méthodes de contraception qui n'obligent pas les adolescents à se rendre dans des établissements de santé. Le soutien du GFF se poursuit par le biais d'une nouvelle subvention pour les services de santé essentiels (EHS) qui intègre les services essentiels dans les efforts de réponse du pays à la COVID-19, le déploiement de la vaccination et la sous-traitance jusqu'au dernier kilomètre de la distribution des médicaments et des vaccins essentiels, y compris les produits de DSSR. Dans le cadre de son approche globale du renforcement des systèmes de santé, le GFF aide également les pays à améliorer l'accès aux contraceptifs. Dans le cadre de cette approche, le GFF cofinance des projets d'achat de contraceptifs en République démocratique du Congo (RDC), en Éthiopie, en Guinée, au Kenya, en Sierra Leone, en Ouganda et au Nigeria¹⁰.

- En **Sierra Leone**, la planification familiale est un domaine d'intervention prioritaire dans le dossier d'investissement, axé sur un ensemble de mesures en faveur de la santé des adolescents comprenant la prévention des grossesses chez les adolescentes et la fin des mariages précoces, des mutilations génitales féminines et de la violence basée sur le genre. Au cours des dernières années, le GFF a soutenu un effort concerté visant à réduire les ruptures de stock de produits de planification familiale en renforçant les chaînes d'approvisionnement sur la base du plan de mise en œuvre chiffré de la planification familiale et de l'analyse prévisionnelle de la Sierra Leone. En outre, le gouvernement a investi dans une formation importante des prestataires de services pour qu'ils puissent proposer des méthodes de planification familiale à long terme, ainsi que dans un engagement et un travail de proximité importants au sein de la communauté afin de mieux faire connaître ces méthodes. Comme le montre le graphique 3.1, entre 2016 et 2020, plus de nouvelles clientes de planification familiale ont utilisé davantage de méthodes à long terme que de méthodes à court terme parmi toutes les femmes (panneau a). Chez les adolescentes (panneau b), les méthodes à court terme ont augmenté de 87 pour cent entre 2016 et 2020, et les méthodes à long terme ont augmenté de plus de 250 pour cent, passant de 21 088 utilisatrices à 73 820.

10 pays ont enregistré une amélioration de 75 pour cent ou plus de leurs indicateurs de résultats en matière de planification familiale en 2020.

Graphique 3.1. Variation en pourcentage des clientes de la planification familiale en Sierra Leone, 2016-20



Source : Banque mondiale/GFF.

Au-delà des systèmes de santé : Tirer parti du financement de la Banque mondiale pour lever les obstacles juridiques et politiques aux services de DSSR pour les femmes et les filles

- Au **Liberia**, le GFF soutient le dialogue politique pour faire avancer les réformes de la santé publique afin d'améliorer l'accès des femmes et des filles aux services de santé sexuelle et reproductive.

- Au **Niger**, le soutien du GFF a donné lieu à des réformes politiques permettant aux filles enceintes de rester à l'école. Les réformes actuelles permettront d'accroître l'accès des adolescents aux informations sur les DSSR dans les écoles afin d'éviter les grossesses précoces et de réduire le taux d'abandon scolaire des filles. En outre, le Niger sera le premier pays du Sahel à adopter un décret spécifique pour prévenir, traiter et assurer la réintégration socio-économique des survivantes de la fistule génitale.

¹⁰ Dans le cadre du projet ANRIN (Accélérer les résultats en matière de nutrition au Nigeria), les contraceptifs sont inclus dans les contrats de prestation de services de santé sexuelle et reproductive pour les adolescents dans l'État de Kaduna.

Accroître l'accès à la nutrition par le biais des systèmes de santé

La dénutrition touche de manière disproportionnée les membres les plus pauvres et les plus vulnérables de la société. Le GFF soutient les pays pour qu'ils donnent la priorité à la nutrition en tant qu'élément essentiel au développement sain et au bien-être des femmes, des enfants et des adolescents, en intégrant dans les systèmes de santé des interventions spécifiques à la nutrition, fondées sur des données probantes, et en travaillant dans tous les secteurs pour s'attaquer aux déterminants de la mauvaise nutrition en dehors de la santé. L'engagement du GFF dans les pays vise également à accroître les ressources consacrées à la nutrition à travers la mobilisation des ressources nationales, la liaison avec les fonds de l'IDA et de la BIRD, et l'alignement des financements des bailleurs de fonds au niveau national.

Le GFF s'appuie sur ses efforts en matière de systèmes de santé pour soutenir la fourniture et l'accès aux interventions nutritionnelles dans le continuum des services de santé maternelle et infantile. Les investissements comprennent la mise en place de capacités au niveau des communautés et des établissements de santé, la formation des agents de santé pour améliorer les pratiques d'alimentation des enfants, le renforcement de la chaîne d'approvisionnement pour assurer l'intégration et la livraison de produits nutritionnels tels que les micronutriments et les aliments thérapeutiques prêts à l'emploi, et le soutien aux gouvernements dans la préparation, la mobilisation des ressources nationales, la production de données et le déploiement de plans de nutrition.

Avant la pandémie de COVID-19, le soutien du GFF avait contribué à des résultats significatifs dans les pays partenaires, par exemple :

- Au **Bangladesh**, entre 2014 et 2018, la prévalence des retards de croissance chez les enfants de moins de cinq ans a chuté de 36 à 28 pour cent.
- En **Indonésie**, entre 2018 et 2019, le retard de croissance des enfants a diminué de 30,8 à 27,7 pour cent. Dans les deux pays, la couverture des enfants par les services de nutrition, tels que le suivi et la promotion de la croissance, ainsi que les pratiques positives de soins nutritionnels, telles que l'alimentation des enfants selon un régime minimal acceptable, se sont améliorées.

En 2020, le GFF a continué à acheminer les fonds par le biais des systèmes de santé tout en renforçant son soutien à la

En date du 30 juin 2021, le GFF a investi près de

30 %

des ressources du fonds fiduciaire dans la nutrition, reliées à un financement de 1,84 milliard de dollars américains de la Banque mondiale pour intensifier les interventions en matière de nutrition dans 22 pays. Un montant supplémentaire de 14 millions de dollars américains de subventions du GFF finance le soutien technique et le renforcement des capacités en matière de nutrition dans ces pays.

nutrition et aux approches multisectorielles en cofinçant des projets de la Banque mondiale au-delà du secteur de la santé dans des pays comme le Bangladesh, le Cambodge, le Cameroun, le Guatemala et le Liberia.

- Au **Guatemala**, le GFF soutient un dossier d'investissement axé sur la mise en place de mécanismes de résultats solides et sur l'augmentation des investissements nationaux dans le programme de transfert monétaire conditionnel du pays. Le dossier d'investissement donne la priorité à 10 départements – et cible les municipalités de ces départements – en fonction des niveaux élevés de retard de croissance chez les enfants de moins de cinq ans, de l'insécurité alimentaire et de l'extrême pauvreté. Étant donné le lien qui existe entre la mauvaise qualité de l'eau, de l'assainissement et de l'hygiène (WASH) et la malnutrition, la maladie et la mort des enfants, le dossier d'investissement s'attaque également à l'absence de services d'assainissement améliorés et au faible accès à l'eau potable dans les zones rurales. Les activités liées à WASH comprennent l'incorporation de messages sur l'hygiène dans les campagnes de communication pour le changement de comportement, ainsi que des infrastructures pour de petits systèmes d'eau et d'assainissement, des filtres à eau domestiques et des systèmes renforcés de suivi de la qualité de l'eau en collaboration avec les conseils municipaux de développement du Guatemala. En 2021, le Guatemala a commencé à mener une évaluation de base pour mesurer les résultats en matière de nutrition dans les départements et les municipalités prioritaires dans le but de suivre les progrès réalisés dans le cadre du dossier d'investissement.
- Au **Cambodge**, le GFF cofinance le projet de nutrition du Cambodge pour contribuer à la réalisation des priorités du dossier d'investissement national pour 2019-23. Le projet a une forte optique d'équité, se concentrant sur les populations vulnérables dans sept provinces avec des résultats de santé accusant un retard et une pauvreté élevée parmi les populations rurales, éloignées et des minorités ethniques. Grâce à ce projet, le gouvernement a pu maintenir l'accent sur les services essentiels de santé et de nutrition dans le contexte de la pandémie de COVID-19 et obtenir de meilleurs résultats en matière de nutrition. Entre 2018 et 2020, le suivi de la croissance des enfants a augmenté de 26 pour cent et le nombre de femmes enceintes recevant une supplémentation en micronutriments est passé de 80 à 89 pour cent. Avec le ralentissement économique induit par la pandémie, de nombreuses familles sont confrontées à des difficultés financières – environ 45 pour cent des ménages ont continué à subir des pertes de revenus en mars 2021, affectant leur capacité à payer les soins¹¹. Grâce au projet, le gouvernement continue de défendre le Fonds pour l'équité en santé, un programme d'assurance santé sociale qui vise à éliminer les obstacles financiers aux services pour les pauvres. En 2020, le fonds a couvert plus de 3,3 millions de personnes pauvres – soit une augmentation de 35 pour cent de la couverture par rapport à 2019. Avec l'aide du GFF, le programme a été étendu aux enfants de moins de deux ans des ménages travaillant dans le secteur informel, qui n'étaient préalablement pas couverts par le programme. Le programme comprend également des allocations de transport comme prestation supplémentaire pour permettre aux femmes et aux enfants d'accéder aux services de santé prioritaires.



Encadré 3.1. Renforcer les services de première ligne pour réduire la mortalité

Chaque année, on estime que deux millions de bébés – principalement dans les pays en développement – naissent sans signe de vie à 28 semaines de grossesse ou plus tard, ce qui représente une perte dévastatrice pour les familles qui pourrait souvent être évitée grâce à des consultations prénatales et postnatales de qualité. Au niveau mondial, ces mortinaissances représentent un taux de 13,9 pour 1 000 naissances, ce qui est supérieur à l'objectif mondial de moins de 12 mort-nés pour 1 000 naissances d'ici 2030. Jusqu'à récemment, de nombreux pays ne comptaient ou ne signalaient pas systématiquement les mortinaissances, ce qui rendait plus difficile la recherche de solutions à ce problème.

Les trois quarts des mortinaissances dans le monde surviennent dans seulement 20 pays à forte charge de morbidité, dont 12 sont soutenus par le GFF. Les perturbations des services dans le cadre de la pandémie de COVID-19 ont augmenté le taux de mortalité, car les femmes ont retardé les consultations prénatales par crainte de l'infection ou en raison de restrictions de déplacements et n'ont donc pas pu accéder aux établissements de santé pour accoucher en toute sécurité. Une étude réalisée en 2021 sur près de 367 300 issues de grossesse dans 12 pays a fait état d'une augmentation de 28 pour cent du nombre de mortinaissances, par rapport aux estimations antérieures à la pandémie¹².

Au cours des dernières années, plusieurs pays partenaires du GFF ont élaboré des stratégies visant à améliorer les soins au moment de la naissance, ce qui a permis de réduire la mortalité maternelle et néonatale. S'appuyant sur ces progrès, le GFF soutient les pays pour qu'ils donnent la priorité aux réformes des systèmes de santé et qu'ils augmentent les investissements dans les systèmes de santé et de données pour suivre et prévenir les mortinaissances. Les domaines de soutien spécifiques sont les suivants :

- **Mesurer le retour sur investissement de la lutte contre la mortalité au niveau national** – veiller à ce que la mortalité soit incluse dans les dossiers d'investissement menés par les pays, y compris les estimations de la réduction attendue de la mortalité en tant que résultat des réformes du système de santé et de l'intensification des interventions connues pour prévenir la mortalité.
- **Améliorer la mesure de la mortalité** – promouvoir l'importance du suivi de la mortalité par le biais des systèmes de CRVS et de la saisie des données sur la mortalité dans les établissements de santé et les systèmes d'information sanitaire de routine. Soutenir le travail d'analyse sur les contraintes et les opportunités de la déclaration systématique des mortinaissances et de l'inclusion des mortinaissances dans les systèmes de surveillance et d'examen périnataux.
- **Suivi de routine** – garantir l'inclusion des mortinaissances dans le suivi de routine dans les 36 pays partenaires du GFF à partir de 2021.



Source : Banque mondiale/GFF.

Favoriser la résilience au sein et au-delà du secteur de la santé

Intégrer les CRVS dans l'ensemble des systèmes

Les systèmes de CRVS sont l'un des fondements des systèmes de santé résilients et des sociétés équitables où chaque vie est prise en compte et compte. Sans document légal, des millions de femmes et d'enfants sont exclus de la couverture santé, de l'accès à l'éducation et des programmes de protection sociale. Des systèmes de CRVS solides permettent d'obtenir des données et des rapports plus rapides et plus fiables pour aider les pays à comprendre les tendances en matière de fécondité, de mortalité et de causes de décès, à identifier les populations à risque et à élaborer des stratégies éclairées pour mieux cibler la prestation de services (encadré 3.1) dans le cadre de leurs efforts de réponse à la COVID-19.

Au cours de la pandémie, de nombreux pays partenaires du GFF ont connu des perturbations des CRVS en raison de confinements et d'une baisse de la demande de services d'enregistrement, en particulier lorsque des visites en personne sont nécessaires pour achever le processus. Par exemple, au Burkina Faso les processus d'enregistrement de l'état civil ont été perturbés en raison d'un nombre réduit d'officiers d'état civil. Au Mozambique et en Ouganda, la fermeture de centres de santé et de bureaux d'état civil et l'arrêt des campagnes de communication publique ont entraîné des perturbations du système.

Avec la COVID-19 qui perturbe les systèmes de santé, le besoin de meilleures données s'est fait davantage sentir, même dans les pays disposant déjà de systèmes de CRVS plus solides. Par exemple, en 2020, l'enregistrement des naissances au Kenya a atteint 83 pour cent, contre 76 pour cent en 2019, mais a légèrement diminué au Rwanda, passant de 87 à 86 pour cent. En ce qui concerne l'enregistrement des décès, le Kenya et le Rwanda ont connu des baisses entre 2019 et 2020 (graphique 3.2).

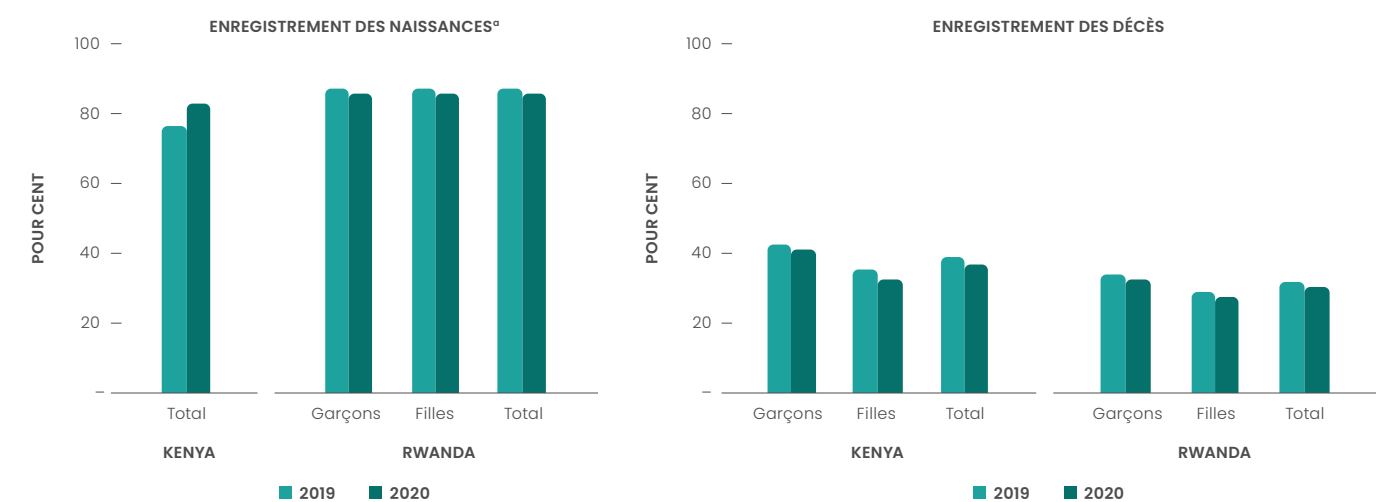
Aperçu du soutien du GFF aux CRVS à partir de juin 2021 :

- 21** pays ont inclus le renforcement des CRVS dans leur dossier d'investissement*
- 13** pays ont alloué des subventions du GFF et des financements de l'IDA aux CRVS, pour un total de 95 millions de dollars américains
 - 40,1 millions de dollars américains de subventions du GFF
 - 55 millions de dollars américains de l'IDA pour compléter les subventions du GFF
 - Le Rwanda a mobilisé 6,5 millions de dollars américains supplémentaires sur ses propres ressources
- 4** pays (Indonésie, Rwanda, Ouganda, Pakistan) ont reçu une assistance technique pour des services de conseil et d'analyse visant à renforcer les systèmes de CRVS

S'appuyant sur les réalisations des pays partenaires, le GFF a continué à fournir un financement et une assistance technique pour aider les gouvernements à formuler des politiques et des stratégies, à moderniser les systèmes et les équipements, à former le personnel et à mener des campagnes de sensibilisation du public.

- Le GFF a aidé l'**Éthiopie** et l'**Ouganda** à réaliser les plans stratégiques nationaux quinquennaux des CRVS et a aidé le **Tchad** et la **Guinée** à élaborer des plans de mise en œuvre des CRVS. Le financement du GFF a également soutenu la formation du personnel au **Rwanda** et en **Éthiopie**, entre autres actions.

Graphique 3.2. L'exhaustivité de l'enregistrement des naissances et des décès au Kenya¹³ et au Rwanda¹⁴, 2019–2020



Source : Services de l'état civil, 2019 ; Institut national des statistiques du Rwanda, 2020. Note : a. L'exhaustivité de l'enregistrement des naissances n'est pas ventilée par sexe au Kenya.

¹³ Données recueillies dans le rapport 2019 sur les Statistiques de l'état civil du Kenya, publié par les Services d'enregistrements de l'état civil, Division des statistiques, Nairobi, Kenya. Disponibles en ligne : https://crvssystemscg/sites/default/files/assets/files/CRVS_Kenya_e_WEB.pdf.
¹⁴ Données recueillies à partir du rapport 2020 sur les Statistiques de l'état civil du Rwanda, publié par l'Institut national des statistiques du Rwanda. Disponibles en ligne : <https://www.statistics.gov.rw/publication/1705>.

* Il s'agit notamment des dossiers d'investissement qui sont achevés et en cours d'élaboration, ainsi que les projets de la Banque mondiale.



La COVID-19 a également accentué l'intérêt de l'adoption de systèmes électroniques. Grâce au soutien antérieur du GFF et d'autres partenaires, des pays comme le Liberia, l'Ouganda et le Rwanda ont créé ou développé des points de prestation de services d'enregistrement dans les établissements de santé, sont passés à des systèmes électroniques et ont investi dans des équipements informatiques modernes et des connexions internet. Grâce à la mise en place de systèmes plus résilients, ces trois pays ont pu mieux gérer et absorber le choc initial de la pandémie.

Au Rwanda, où le GFF a aidé le gouvernement à renforcer le système numérique des CRVS et à le relier au système national d'enregistrement de la population, les enregistrements des naissances ont augmenté de façon remarquable en 2019, avec de légères perturbations en 2020. Grâce à des bases de données plus complètes et plus précises, le gouvernement peut désormais cibler le soutien à la protection sociale, tel que le programme de Soutien direct sensible à la nutrition, pour les bénéficiaires appropriés et réaliser les transferts monétaires en temps opportun aux familles éligibles. Le nouveau système des CRVS permet également aux familles ayant de jeunes enfants d'accéder facilement aux prestations liées à la COVID-19 et à d'autres prestations d'urgence. Il permet également l'enregistrement en temps utile des décès et de leurs causes afin d'aider le gouvernement dans ses efforts de réponse et de relance en cas de pandémie. Le GFF soutient davantage cet effort en aidant le gouvernement à trouver des moyens innovants pour mettre en œuvre le programme pendant les périodes de confinements. Par exemple, des tutoriels vidéo ont été introduits pour la formation des officiers d'état civil, tandis qu'un programme pilote de vérification numérique de l'identité est en cours.

Renforcer le rôle du secteur privé

La crise de COVID-19 a perturbé les chaînes d'approvisionnement mondiales, affectant la fourniture de médicaments, de contraceptifs et d'équipements de protection essentiels pour les agents de santé de première ligne.

L'atténuation de ces déficits, tout en répondant efficacement à une forte augmentation de la demande de services, a encouragé les pays à trouver des moyens de travailler avec

le secteur privé de la santé pour obtenir des ressources, de l'innovation et de la portée. Bien que le renforcement des capacités de prestation du secteur de la santé publique et la mobilisation des ressources nationales restent une priorité, les prestataires privés peuvent jouer un rôle important en fournissant des services à une proportion considérable de la population dans de nombreux pays à revenu intermédiaire de la tranche inférieure (PRITI).

Le GFF a soutenu les pays dans l'intégration stratégique du secteur privé dans le système de santé en mettant en place une série d'éléments constitutifs : dialogue, systèmes d'analyse et de données, politique et stratégie de gouvernance, et mise à profit des capacités de prestation du secteur privé. Appliquées au financement de la santé, à la prestation de services et aux réformes pour un environnement favorable, ces actions clés peuvent entraîner un engagement public-privé efficace et à long terme, axé sur l'équité.

- La Côte d'Ivoire travaille avec le GFF pour améliorer l'équité et l'efficacité de la prestation de services en augmentant l'achat stratégique de services auprès de prestataires privés. Grâce à une série d'actions, le GFF a contribué à renforcer le dialogue politique entre les secteurs public et privé, à promouvoir des réformes réglementaires, à renforcer la passation de marchés et à apporter des améliorations dans l'ensemble du système de santé. Le renforcement du système de santé du pays a favorisé une plus grande confiance entre les secteurs public et privé, ainsi qu'une stratégie claire réformant l'achat stratégique de services auprès de prestataires. En outre, les améliorations du système mettent en place les éléments constitutifs du secteur privé du GFF (tableau 3.1).

Sur les 25 pays présentant un dossier d'investissement complet,

17 investissent dans le renforcement du dialogue public-privé et ont identifié des réformes mixtes des systèmes de santé.

Tableau 3.1. Éléments constitutifs du secteur privé du GFF pour l'amélioration du système de santé en Côte d'Ivoire



Source : Banque mondiale/GFF.

Financement innovant

Pour soutenir les pays dans l'adaptation de leurs systèmes de santé à la crise, le GFF a élargi son portefeuille de financements innovants afin de réduire les risques liés aux investissements privés et de mobiliser davantage de capitaux pour répondre aux besoins urgents. Par exemple :

- Tout au long de la période de COVID-19, de nombreux prestataires privés ont eu besoin d'équipements médicaux supplémentaires, mais pour certaines petites structures,

l'accès au financement reste un défi. Le GFF s'est associé à la Société financière internationale (IFC) pour soutenir le Programme pour l'accès aux équipements médicaux en Afrique (AMEF) qui s'associe à des banques locales et à des fabricants d'équipements médicaux pour mettre en place des mécanismes de partage des risques permettant aux petites entreprises d'accéder à des prêts et des crédits-bails d'un montant maximal de 300 millions de dollars américains dans toute l'Afrique de l'Est et de l'Ouest. Grâce à cette plateforme, les subventions du GFF fournissent des garanties pour les prêts accordés aux petites et moyennes

structures desservant les populations à faibles revenus au Kenya, ainsi qu'une assistance technique aux emprunteurs sur la qualité des soins. À ce jour, deux banques et deux fabricants d'équipements médicaux se sont associés au programme : la *Cooperative Bank of Kenya* et NSIA Banque Côte d'Ivoire, ainsi que les fabricants d'équipements médicaux GE Healthcare et Philips Healthcare. Comme la demande d'équipement continue de croître dans le contexte de la pandémie, ces fabricants collaborent avec les institutions financières qui travaillent avec l'AMEF afin d'identifier une série d'opportunités de financement. Par exemple, un accord de 10 millions de dollars américains signé avec la *Cooperative Bank of Kenya* permet déjà à la banque de prêter jusqu'à 20 millions de dollars américains aux petites et moyennes structures de soins de santé du pays, dans le but de renforcer la prestation de soins de santé pour les populations les plus pauvres et les plus vulnérables, notamment les femmes et les enfants. L'AMEF soutient également la formation du personnel travaillant dans les institutions financières pour gérer les transactions financières dans le cadre de l'AMEF.

D'autres approches de financement innovantes soutenues par le GFF ont également continué à aider les pays à renforcer les systèmes de santé et la prestation de services :

- 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 une obligation à impact sur le développement (OID) révolutionnaire visant à sauver des vies de nourrissons en élargissant le recours au contact peau à peau après la naissance (connu sous le nom de méthode de la mère kangourou ou MMK). L'OID, d'une durée de trois ans, qui s'est terminée en 2021, a atteint ses principaux objectifs. Elle a contribué à équiper 10 hôpitaux pour qu'ils puissent fournir une MMK de qualité et a formé 47 cliniciens néonataux et 121 agents de santé communautaires pour soutenir les mères dans l'administration de la MMK aux bébés de faible poids à la naissance. En conséquence, 1 221 bébés ont reçu une MMK de qualité, soit 28 pour cent de plus que l'objectif de 951 bébés fixé par l'OID. Quatre-vingts pour cent des bébés nés dans les délais prévus par l'OID ont été exclusivement nourris au sein au moment de leur sortie de l'hôpital et 80 pour cent des bébés avaient une prise de poids appropriée à 40 semaines d'âge gestationnel.

Des approches intégrées et multisectorielles pour de meilleurs résultats : Le rôle d'un système WASH amélioré

Le GFF investit dans la mise en place de systèmes de santé plus solides et mieux intégrés et soutient une approche multisectorielle qui permet d'obtenir de meilleurs résultats en matière de santé et de nutrition grâce à des interventions dans d'autres secteurs, tels que WASH, l'éducation et la protection sociale, tout en améliorant l'équité en matière de genre. Grâce au financement et à l'assistance technique, le GFF permet aux pays d'investir dans les principaux déterminants de la santé et de la nutrition des femmes, des enfants et des adolescents en dehors du secteur de la santé.

Les subventions du GFF façonnent les opérations de l'IDA et de la BIRD de la Banque mondiale, en tirant parti des liens intersectoriels qui pourraient avoir un impact majeur sur les résultats en matière de santé et de nutrition dans les pays partenaires du GFF.

L'eau potable, l'assainissement et l'hygiène sont essentiels à la santé et au bien-être, et contribuent à mettre en place des moyens de subsistance et des communautés résilientes. Dans de nombreux pays du GFF, le manque d'accès à l'eau potable et à l'hygiène touche des millions de femmes et d'enfants. Dans les établissements de santé à tous les niveaux, un système WASH inadéquat menace la prévention et le contrôle des infections et peut diminuer la qualité des soins. Selon les estimations de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) et du Fonds des Nations Unies pour l'enfance (Unicef), en 2019, plus de la moitié des établissements de santé en Afrique subsaharienne ne disposaient pas de services d'eau de base et plus de 70 pour cent ne disposaient pas de services d'assainissement de base. Le GFF soutient les programmes qui intègrent l'eau, l'assainissement et l'hygiène dans les projets de santé et au-delà, afin d'agir sur les principaux déterminants de la santé et de la nutrition des femmes, des enfants et des adolescents.

Afin d'améliorer la qualité et la quantité des services WASH dans les établissements de santé, le GFF collabore avec la pratique mondiale de l'eau de la Banque mondiale à l'élaboration d'une nouvelle boîte à outils opérationnelle pour les services WASH dans les établissements de santé, qui aidera les pays dans tous les aspects de la mise en œuvre, de l'évaluation initiale des besoins à l'élaboration de normes, de modèles de gestion, du développement des infrastructures au soutien du plaidoyer et du changement de comportement. La boîte à outils intègre également des directives sur le genre, l'inclusion, la résilience au climat et aux catastrophes, et la fragilité, les conflits et la violence. L'application de la boîte à outils a commencé en 2021, avec la première application dans les pays d'Afrique orientale et australe que sont l'Ouganda et la Zambie, en s'appuyant sur des projets cofinancés par le GFF et la Banque mondiale axés sur l'amélioration des systèmes de santé, la réponse d'urgence à la COVID-19 et le maintien des services de santé essentiels. Ce travail a permis de tirer parti du Partenariat mondial pour la sécurité de l'eau et l'assainissement (GWSP) de la Banque et des fonds du GFF, avec un effort conjoint pour étendre ce travail à d'autres pays de la région Afrique jusqu'en 2022.

Sur les 25 pays partenaires du GFF présentant un dossier d'investissement complet,

10 ont donné la priorité aux réformes WASH dans leurs dossiers d'investissement.



4. ASSURER LA RÉSILIENCE DU FINANCEMENT DE LA SANTÉ

En 2020, de nombreux pays partenaires du GFF ont été contraints d'étirer leurs budgets déjà limités tout en recherchant des financements supplémentaires pour répondre aux exigences liées à la pandémie. La Banque mondiale prévoit une relance mondiale très inégale, 80 pour cent des économies avancées étant attendues pour retrouver les niveaux par habitant d'avant la pandémie d'ici 2022, contre environ 33 pour cent des économies de marché émergentes et en développement. En s'appuyant sur les projections du Fonds monétaire international (FMI), les données de la Banque mondiale montrent que, même dans les scénarios économiques les plus réalistes, les dépenses publiques et privées continueront de diminuer, mettant en péril les progrès réalisés en matière de soins de santé universels. Pour 52 pays, en 2026, les dépenses publiques par habitant resteront inférieures aux niveaux prépandémiques. Les pays à faible revenu (PFR) de ce groupe devront doubler la part de la santé dans leurs dépenses publiques pour que les tendances prépandémiques se maintiennent.

Donner la priorité au financement de la santé dans les pays partenaires du GFF :

28 pays disposent d'un plan de mise en œuvre du financement de la santé comprenant des initiatives visant à améliorer la mobilisation des ressources nationales, l'efficacité et/ou la protection financière.

25 pays ont des dossiers d'investissement liés aux prêts de développement de la Banque mondiale qui utilisent des mécanismes pour encourager les réformes du financement de la santé.

Les dépenses de santé sont confrontées à des niveaux d'endettement record dans ces pays et à des demandes pressantes de tous les secteurs touchés par la pandémie. Selon les données de la cartographie des ressources et du suivi des dépenses (CRSD) du GFF – un outil d'aide à la décision sur la mobilisation et l'allocation des ressources – en 2020, 12 milliards de dollars américains ont été promis pour soutenir les dossiers d'investissement dans 22 pays partenaires du GFF. Sur ce montant, les financements publics ont représenté 7,5 milliards de dollars américains, soit plus de 60 pour cent du montant total, tandis que les engagements des partenaires se sont élevés à 4,9 milliards de dollars américains. Les financements publics en 2020 représentent une augmentation de 27 pour cent par rapport à 2019, où les gouvernements s'étaient engagés à verser 5,9 milliards de dollars américains pour soutenir 21 dossiers d'investissement, tandis que les financements des partenaires sont restés pratiquement inchangés. Certains pays, comme l'Éthiopie, la Côte d'Ivoire et la République démocratique du Congo (RDC), ont augmenté leurs contributions à la santé entre 2019 et 2020 de 119 millions de dollars américains, 17,8 millions de dollars américains et 3,8 millions de dollars américains, respectivement.

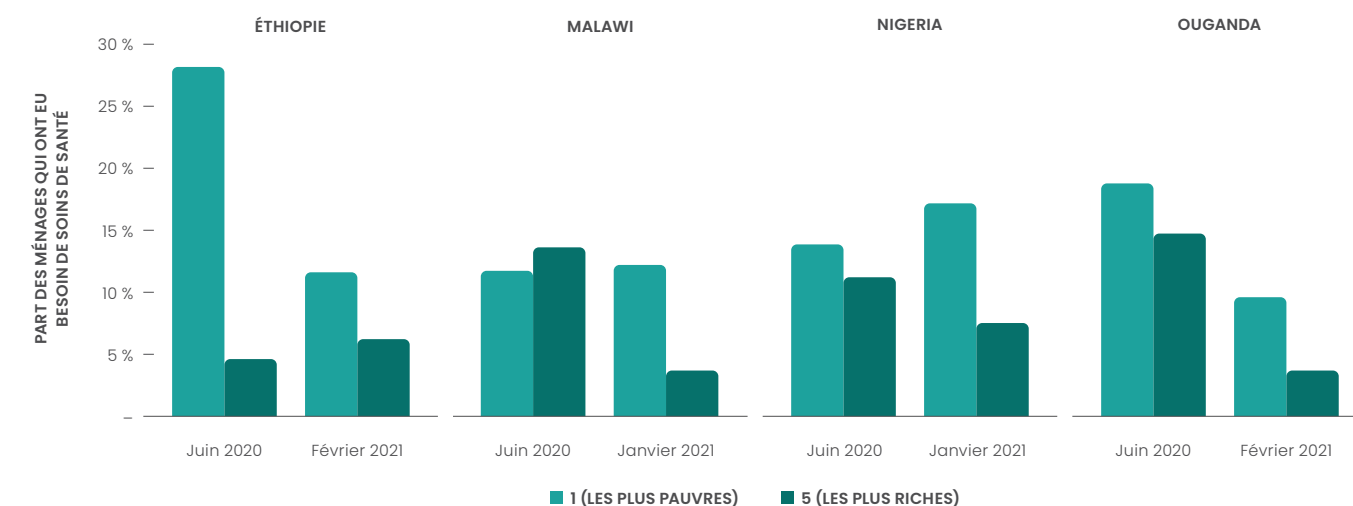
Alors que les pays s'efforçaient de stabiliser et de renforcer leurs systèmes de santé face à la pandémie, le GFF a collaboré avec des partenaires pour aider les gouvernements à déterminer l'impact de la COVID-19 sur les dépenses de santé, à mener des CRSD pour améliorer l'alignement des bailleurs

de fonds et à mobiliser davantage de ressources pour la santé. Le GFF a également fourni une assistance technique pour aider les pays à accroître l'efficacité des dépenses de santé et à renforcer les contrats stratégiques afin d'améliorer la disponibilité des fournitures et services essentiels.

Aider les pays à comprendre l'impact macroéconomique de la COVID-19

Le GFF cofinance de fréquentes enquêtes auprès des ménages menées par la Banque mondiale dans 40 pays, dont 19 pays partenaires du GFF, afin de comprendre ce qui a empêché les familles de se faire soigner pendant la pandémie de COVID-19. Les données issues de ces enquêtes confirment que les obstacles financiers sont la principale raison du nonaccès aux soins pour environ deux cinquièmes (38 pour cent) des ménages de ces pays, en moyenne. Les raisons financières sont plus fréquentes dans les pays pauvres que dans les pays riches, les premiers ayant 62 pour cent de chances de plus d'invoquer cette raison pour ne pas accéder aux soins. Des données provenant d'Éthiopie, du Malawi, du Nigeria et de l'Ouganda suggèrent que la perte soudaine des moyens de subsistance, quel que soit le niveau de revenu, est également une raison importante pour laquelle de nombreuses familles renoncent à un traitement (voir graphique 4.1).

Graphique 4.1. Part des ménages renonçant à des soins de santé dans quatre pays africains, par niveau de revenu, juin 2020 et février 2021



Source : Enquêtes auprès des ménages menées par la Banque mondiale en Éthiopie, au Malawi, au Nigeria et en Ouganda, et cofinancées par le GFF.

Le GFF a soutenu le dialogue politique en Côte d'Ivoire, en Éthiopie, au Tadjikistan et au Zimbabwe pour comprendre l'impact économique de la COVID-19 sur les recettes publiques et les dépenses de santé et discuter d'options de financement réalistes. En **Éthiopie**, par exemple, les discussions ont porté sur la manière dont le gouvernement a augmenté les allocations de santé et protégé les dépenses sociales de 2019 à 2020 et ont souligné l'importance de la MRN au niveau des régions et des districts. Cela a déclenché des discussions sur les options politiques pour investir dans l'assurance santé à base communautaire afin de couvrir les paquets de services essentiels pour les familles pauvres dans le cadre du programme de réforme du financement de la santé en Éthiopie.

Les répercussions financières de la pandémie menacent de creuser des inégalités persistantes au sein des pays et entre eux, ce qui appelle une réponse intégrant des filets de sécurité sociale et une protection financière dans le secteur de la santé afin de réduire les frais à la charge des populations les plus pauvres. Pour ce faire, les gouvernements doivent augmenter la part des ressources publiques affectées aux premières lignes, en recourant souvent à des programmes de financement basés sur la performance (FBP). Cependant, ces programmes ne sont pas toujours viables car ils dépendent souvent des ressources des bailleurs de fonds qui peuvent être mal alignées sur les systèmes de gestion des finances publiques. Une nouvelle approche soutenue par le GFF et la Banque mondiale fournit quelques enseignements pour ancrer le programme basé sur la performance dans les systèmes de gestion des finances publiques du pays afin d'atteindre la durabilité.

Renforcer les partenariats

La mise en place de réformes de financement durables exige un engagement et une action collective de la part des gouvernements et de leurs partenaires de développement internationaux. Par exemple :

1. Dans le cadre du Plan d'action mondial, le GFF a intensifié sa collaboration avec Gavi, le Fonds mondial (FM), l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) et la Banque mondiale dans le cadre de l'accélérateur de financement de la santé GAP, qui se concentre sur la mise en œuvre de réformes et de politiques de financement en vue de la mise en place de la couverture santé universelle (CSU).
 - En **RDC**, s'appuyant sur des progrès antérieurs qui ont vu la RDC augmenter son budget pour la santé de 7 pour cent à 10 pour cent entre 2017 et 2019, le GFF a collaboré avec le FMI pour améliorer encore la MRN pour un système de soins de santé primaires plus résilient. Une analyse du financement de la santé réalisée par le GFF, Gavi et le Japon a permis d'élaborer une composante de dépenses sociales dans le cadre de la facilité élargie de crédit du FMI pour la RDC. Dans ce processus, le GFF et la Banque mondiale ont piloté la coordination du dialogue politique entre le gouvernement et les bailleurs de fonds tels que Gavi, BMGF, le FM, USAID, l'Union européenne, l'OMS, le Canada, la France et la Belgique. En conséquence, au début de 2021, le gouvernement

de la RDC s'est engagé à augmenter le financement des soins de santé primaires pour les trois prochaines années. On s'attend à ce que cela incite à augmenter les décaissements budgétaires pour les soins de santé primaires et à accroître les dépenses dans d'autres domaines tels que les vaccins et les maladies transmissibles. Le programme est déjà à l'origine de changements puisque le gouvernement atteint les objectifs fixés pour les vaccins pentavalents, antitrotavirus et contre la fièvre jaune.

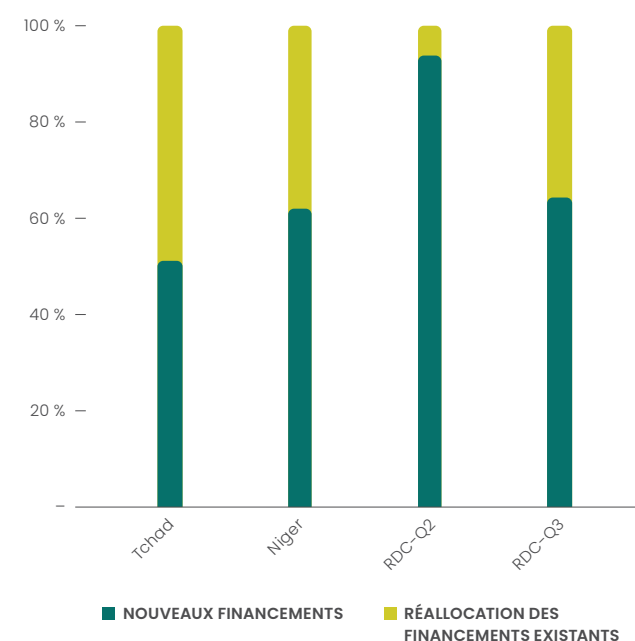
- Au **Tadjikistan**, le GFF et l'OMS ont mené un effort visant à aligner le soutien des partenaires et bailleurs de fonds internationaux sur les priorités du gouvernement. Cet effort permet de jeter les bases d'une assistance analytique et technique conjointe entre les principaux organismes de santé pour aider le gouvernement à mettre en œuvre des réformes.
2. Grâce à la collaboration entre le GFF et la Banque mondiale, le soutien à plus long terme apporté aux pays contribue à la MRN.
 - Au **Rwanda**, le GFF soutient un programme de la Banque mondiale qui relie le déblocage des fonds à une meilleure efficacité de l'allocation des ressources. Le programme vise à assurer un ciblage approprié au sein des programmes sociaux, à augmenter la MRN pour la nutrition, ainsi que les filets de sécurité sociale sensibles aux enfants et au genre, et à renforcer l'approche multisectorielle du pays pour améliorer les résultats en matière de capital humain. Sous la direction du gouvernement, de 2019 à 2020, le taux d'exécution du budget de la santé est passé de 87 pour cent à 101 pour cent et la part du budget allouée à la santé est passée de 7,4 pour cent à 8,8 pour cent.
 - En **Éthiopie**, le GFF et la Banque mondiale apportent des ressources à un fonds commun basé sur l'obtention de résultats, ouvrant ainsi la voie à l'adoption par d'autres partenaires d'un mécanisme de financement similaire et à l'étude par le gouvernement des options permettant d'étendre cette approche à l'ensemble du secteur de la santé. En 2020, le fonds a commencé à se concentrer sur la réduction des déficits en matière d'équité, l'amélioration de l'allocation du budget national et le renforcement de la gestion financière. Le GFF a joué un rôle essentiel dans la promotion de la MRN et de l'efficacité, ce qui incite d'autres bailleurs de fonds à contribuer au fonds.
 - Au **Burkina Faso**, en 2021, le GFF a aidé à remanier la composante financement de la santé du Projet de renforcement des services de santé de la Banque mondiale afin de refléter les changements récents dans les priorités du pays et les défis macroéconomiques et sécuritaires actuels. Au cours des deux prochaines années, le projet se concentrera sur l'apport d'un soutien financier direct aux soins de santé gratuits pour les enfants de moins de cinq ans et les femmes enceintes et sur le renforcement des achats stratégiques pour améliorer la qualité et l'efficacité des services. Enfin, le

projet se concentrera sur deux régions supplémentaires où les systèmes de santé subissent davantage de pressions, notamment en raison de l'afflux de populations déplacées à l'intérieur du pays.

Cartographie des ressources et suivi des dépenses dans le contexte de la COVID-19

Compte tenu de la récession mondiale induite par la pandémie et des perspectives plus limitées d'augmentation des ressources nationales, le GFF s'est attaché à donner la priorité à une plus grande efficacité des dépenses nationales de santé. En 2021, 60 pour cent des pays partenaires du GFF ont utilisé la cartographie des ressources et le suivi des dépenses (CRSD) pour prendre des décisions en matière de budget et de programme et, malgré les défis de la pandémie, trois pays – la Côte d'Ivoire, Madagascar et le Sénégal – ont lancé un deuxième cycle de CRSD. Par exemple, le gouvernement du **Cameroun** a réalisé une CRSD pour identifier les déficits de ressources dans la stratégie nationale de santé, et ce afin de favoriser une allocation équitable des ressources à travers le pays. Les données de la CRSD ont montré que les régions du nord avaient des allocations budgétaires disproportionnées par rapport aux régions du sud. Sur la base de ces résultats, le gouvernement et les bailleurs de fonds ont pu redistribuer les financements aux régions dans le besoin. En renforçant la transparence des dépenses de santé dans chaque région, l'exercice a permis d'identifier les goulots d'étranglement pour améliorer la performance budgétaire et aider les bailleurs de fonds à comprendre le paysage financier et à prendre des décisions plus éclairées.

Graphique 4.2. Nouveau financement par rapport au financement reprogrammé pour la COVID-19 dans trois pays



Source : Banque mondiale/GFF.

En 2020 :

27 pays du GFF ont effectué des CRSD

Parmi ceux-ci, **12** ont concentré leur CRSD sur la COVID-19

16 pays ont achevé ou sont en train de finaliser la CRSD

11 pays sont actuellement dans le processus de réaliser leur CRSD

La crise de la COVID-19 se poursuivant, les pays ont également dû mobiliser des ressources supplémentaires et reprogrammer les ressources existantes tout en veillant à ce que les ressources disponibles soient allouées efficacement et déployées rapidement pour faire face à la crise. En 2020, le GFF a collaboré avec l'OMS pour adapter l'outil CRSD afin de soutenir les pays dans l'évaluation des déficits de financement les plus critiques dans les services de santé d'urgence et de routine. Le GFF et l'OMS ont également élaboré des directives et fourni une assistance technique à plusieurs pays sur la manière d'utiliser les données pour comprendre l'impact de la réponse à la COVID-19 sur les services de santé essentiels. Bien que ces exercices aient permis de recueillir des données sur les premiers stades de la pandémie et n'aient pas porté sur l'achat et la distribution de vaccins, plusieurs constatations ont été faites. Par exemple :

- a. En 2020, plusieurs pays avaient alloué un budget nettement plus important à leur réponse à la COVID-19 par rapport à leurs dossiers d'investissement pour la même année¹⁵.
 - Au **Ghana**, les dépenses liées à la COVID-19 ont représenté une augmentation de 30 pour cent par rapport au budget global, y compris les ressources nationales et internationales.
 - Au **Pakistan** et au **Malawi**, le budget de la réponse à la COVID-19 représentait 3 pour cent du budget supplémentaire du dossier d'investissement.
- b. Trois pays ont reprogrammé directement les financements des services de santé essentiels à la réponse à la COVID-19 (voir le graphique 4.2).
 - Au **Tchad**, plus de 50 pour cent du budget de la réponse à la COVID-19 a été principalement financé par les bailleurs de fonds et l'autre moitié a été reprogrammée à partir des services de santé de routine.
 - Au **Niger**, sur les 28 millions de dollars américains de la réponse à la COVID-19, 9 millions de dollars américains ont été reprogrammés à partir des programmes de la stratégie nationale de santé et 19 millions de dollars américains représentent de nouveaux financements. Le budget gouvernemental existant de 3 millions de dollars américains a également été reprogrammé.

¹⁵ Les différences entre les pays s'expliquent par le fait que certains d'entre eux n'ont rassemblé des données relatives à la COVID-19 que pour des priorités spécifiques à la COVID-19 incluses dans leur système national de santé (SNS) individuel. En revanche, d'autres pays ont réalisé une CRSD complète pour l'ensemble de leur plan d'action contre la COVID-19, avec davantage d'activités liées à la COVID-19 nécessitant des ressources plus importantes.



• En **RDC**, 35 pour cent du financement total de la COVID-19 a été reprogrammé à partir du dossier d'investissement national. Les données de la CRSD ont permis de déterminer si le financement national et des partenaires pour la COVID-19 pouvait être assuré sans affaiblir davantage la mise en œuvre du dossier d'investissement. Les données ont montré que les cinq provinces touchées par la COVID-19 ont reçu le plus de financement, ce qui a permis au gouvernement d'allouer efficacement et équitablement les ressources dans le secteur de la santé.

c. La CRSD a également permis aux pays de comprendre les déficits de financement de programmes de santé spécifiques, d'évaluer l'efficacité des engagements budgétaires et de plaider en faveur d'une augmentation des ressources.

• Au **Malawi**, les fournitures et l'équipement représentaient le coût le plus important du plan de réponse à la COVID-19 et le déficit de financement le plus important.

• Au **Niger**, il existait un déficit de financement important pour la lutte contre les infections, la capacité de prestation de services, ainsi que pour mettre en place et équiper des sites d'isolement.

d. La cartographie des ressources a également fourni aux pays un outil de redevabilité essentiel, qui leur a permis de suivre la coordination des bailleurs de fonds, l'allocation des budgets et l'exécution des budgets.

• Au **Ghana**, le gouvernement a utilisé la cartographie pour évaluer l'alignement sur le plan de réponse à la COVID-19, ce qui a permis aux partenaires offrant de nouveaux financements d'éviter les zones couvertes par d'autres bailleurs de fonds et d'engager un dialogue avec le gouvernement pour identifier les zones nécessitant davantage de ressources.

Encadré 4.1. Générer des connaissances mondiales sur la cartographie des ressources et le suivi des dépenses

En s'appuyant sur les expériences des pays en matière de financement de la santé, le GFF a collaboré avec des partenaires pour élaborer des produits de connaissances mondiaux liés à la mise en œuvre de la CRSD et à l'utilisation des données, et a investi dans l'évaluation des goulots d'étranglement qui entravent l'alignement des bailleurs de fonds.

• Pour accroître les connaissances et l'apprentissage sur l'harmonisation de la CRSD avec les comptes nationaux de la santé (CNS), le GFF a collaboré avec la *Clinton Health Access Initiative* pour organiser un événement d'apprentissage technique axé sur les expériences du Malawi et du Zimbabwe. Dans le même temps, le GFF et l'OMS ont élaboré conjointement un plan de travail visant à renforcer le soutien aux pays qui alignent leurs CRSD et leurs CNS.

• Le GFF a élaboré une base de données principale avec les données nationales de CRSD pour faciliter l'analyse transnationale, ce qui a permis aux parties prenantes de mieux comprendre les tendances en matière d'allocation et de financement des bailleurs de fonds entre les pays, ainsi que les tendances en matière de mobilisation de ressources nationales au niveau mondial. À l'avenir, le GFF vise à institutionnaliser la base de données, ce qui stimulera la visualisation des données dans les pays partenaires.



5. PROFILS DE DONNÉES DES PAYS

La section dédiée aux profils de données des pays fournit les informations les plus récentes et disponibles sur les progrès réalisés au sein de chaque pays partenaire du GFF en matière de couverture et d'indicateurs d'impact sur la santé reproductive, maternelle, néonatale, de l'enfant et de l'adolescent, et la nutrition (SRMNEA-N). Elle souligne également les progrès réalisés dans le cadre des indicateurs de base du financement de la santé, et fournit un suivi des données sur les services de santé essentiels pour 18 pays partenaires.

Le rôle catalytique du GFF : Cette section détaille le soutien apporté par le GFF à la mise en œuvre des dossiers d'investissement des pays. Des détails sur la collaboration en cours avec les pays sont fournis sur les points suivants :

- Élaborer et mettre en œuvre un dossier d'investissement qui est chiffré et qui donne la priorité
- Donner la priorité aux réformes du financement et des systèmes de santé et les mettre en œuvre
- Renforcer la plateforme nationale et rassembler les partenaires financiers et techniques
- Améliorer les données nécessaires à la prise de décision

Indicateurs de couverture de SRMNEA-N : Cette section présente les données de tendance relatives aux indicateurs de couverture. Toutes les pages de profil de données des pays comprennent un ensemble standard de 9 indicateurs de couverture de SRMNEA-N provenant des enquêtes de population disponibles pour la période allant de 2010 à 2020. D'autres indicateurs clés spécifiques à la nutrition et/ou à l'éducation sont présentés pour les pays dans lesquels le GFF cofinance un projet de la Banque mondiale axé sur la nutrition ou dans lequel l'éducation est un point fort du DI.

9 indicateurs standards de couverture de la SRMNEA-N

- Consultations prénatales : au moins 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 services de planification familiale satisfaite par des méthodes modernes

Les principaux indicateurs d'impact de la SRMNEA-N sont collectés par les pays et les partenaires au moyen 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 pour la 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
- Mortinaissances pour 1 000 naissances

Les indicateurs de financement de la santé se concentrent sur les trois principaux indicateurs du GFF issus de la base de données mondiale des dépenses de santé (GHED), ainsi que sur les indicateurs nationaux clés provenant de sources de données nationales telles que BOOST, NHA, et autres rapports budgétaires. Lorsque les données sont disponibles, de multiples points de données sont présentés pour chaque indicateur entre 2015 et 2020.

Principaux indicateurs de financement de la santé du GFF

- Part du budget public consacré à la santé (%)
- Taux d'exécution du budget de la santé (%)
- Part des dépenses de santé allant aux prestataires de première ligne (%)
- Dépenses publiques générales de santé (DGGHE) par habitant (USD)
- Dépenses publiques générales de santé (DGGHE) en tant que part des dépenses publiques générales (%)
- Paiements directs de santé, par habitant (USD)

Lacunes dans la prestation de services : Le GFF soutient le suivi de routine des perturbations des services de santé essentiels dans 18 pays. Les données sur les services de santé essentiels proviennent des systèmes d'information sanitaire de routine des pays et sont présentées mensuellement à partir de début 2020.

Pour tous les pays, le nombre de décès mensuels causés par la COVID-19 est indiqué pour mesurer la portée de la pandémie. Les données sur les décès causés par la pandémie de COVID-19 proviennent des tableaux de bord de l'université Johns Hopkins (JHU) et ont été compilées en agrégats mensuels. Les données utilisées dans ce rapport ont été obtenues le 24 août 2021.

La cartographie des ressources, un élément clé de l'approche du GFF, aide les pays à évaluer les déficits de financement, à aligner les ressources des bailleurs de fonds et des gouvernements, et à améliorer l'efficacité et l'équité des dépenses de santé. Les dernières données de cartographie des ressources sont présentées pour chaque pays. Les données des exercices précédents de cartographie des ressources sont disponibles sur le portail de données du GFF lorsque plusieurs exercices ont été réalisés.

Le suivi du processus mené par les pays fournit des détails sur les progrès réalisés par les pays concernant les indicateurs clés du processus dans l'approche du GFF. Chaque pays reçoit une note comprise entre 1 et 5 pour chaque indicateur. Ce score n'est pas destiné à permettre des comparaisons entre pays, car chaque pays se trouve à un stade différent du processus et a des priorités différentes.

LE RÔLE CATALYTIQUE DU GFF

L'engagement du GFF en Afghanistan a débuté en 2015 avec pour objectif de transformer le modèle de prestation de services de santé du pays afin d'élargir l'accès à des soins de qualité dans la plupart des provinces, tout en améliorant la redevabilité et l'efficacité des ressources. Le soutien du GFF, de la Banque mondiale et d'autres partenaires avait contribué à l'amélioration de plusieurs indicateurs fondamentaux de la santé maternelle et infantile, tels qu'un plus grand nombre de naissances assistées par un prestataire qualifié, un meilleur accès des femmes et des filles aux contraceptifs et une augmentation des soins prénatals et postnatals.

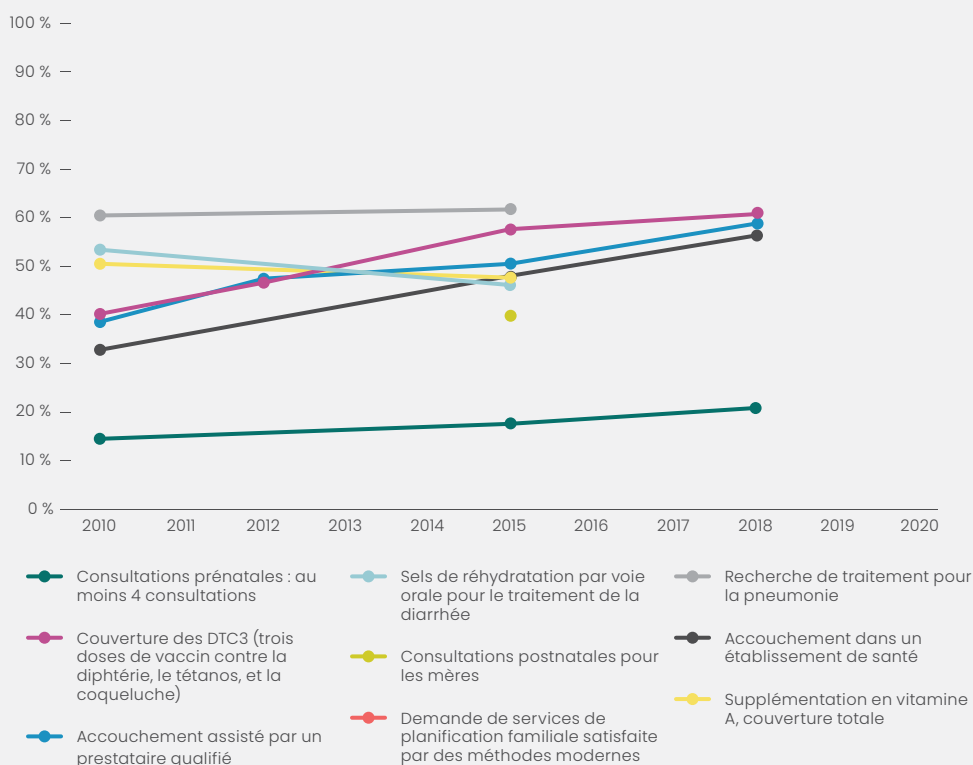
Sur la base de ces progrès, en 2020, le GFF a soutenu l'expansion du dossier d'investissement de l'Afghanistan afin de mieux aligner les initiatives financées par d'autres partenaires et d'augmenter la part des ressources de santé autour des priorités. Cependant, les récents événements sécuritaires en Afghanistan, couplés aux impacts de la pandémie de COVID-19, menacent plus de deux décennies de progrès en matière de santé, appelant à une approche recentrée du GFF.

Le GFF travaille en étroite collaboration avec la Banque mondiale et d'autres partenaires de développement pour comprendre les implications des crises actuelles sur le système de santé et les moyens de garantir a) le maintien du modèle actuel de prestation de services basé sur les ONG ; b) la possibilité pour les femmes et les filles d'accéder aux services et pour les femmes qui sont agents de santé de soutenir en toute sécurité la prestation de services dans les communautés ; c) l'atténuation des perturbations de la chaîne d'approvisionnement médicale et des chocs économiques qui affectent la capacité des ménages à payer les soins.

AFGHANISTAN

INDICATEURS DE COUVERTURE DE SRMNEA-N

Les données sur tous les indicateurs de couverture de SRMNEA-N sont présentées à partir des enquêtes démographiques les plus récentes disponibles.



INDICATEURS D'IMPACT DE LA SRMNEA-N

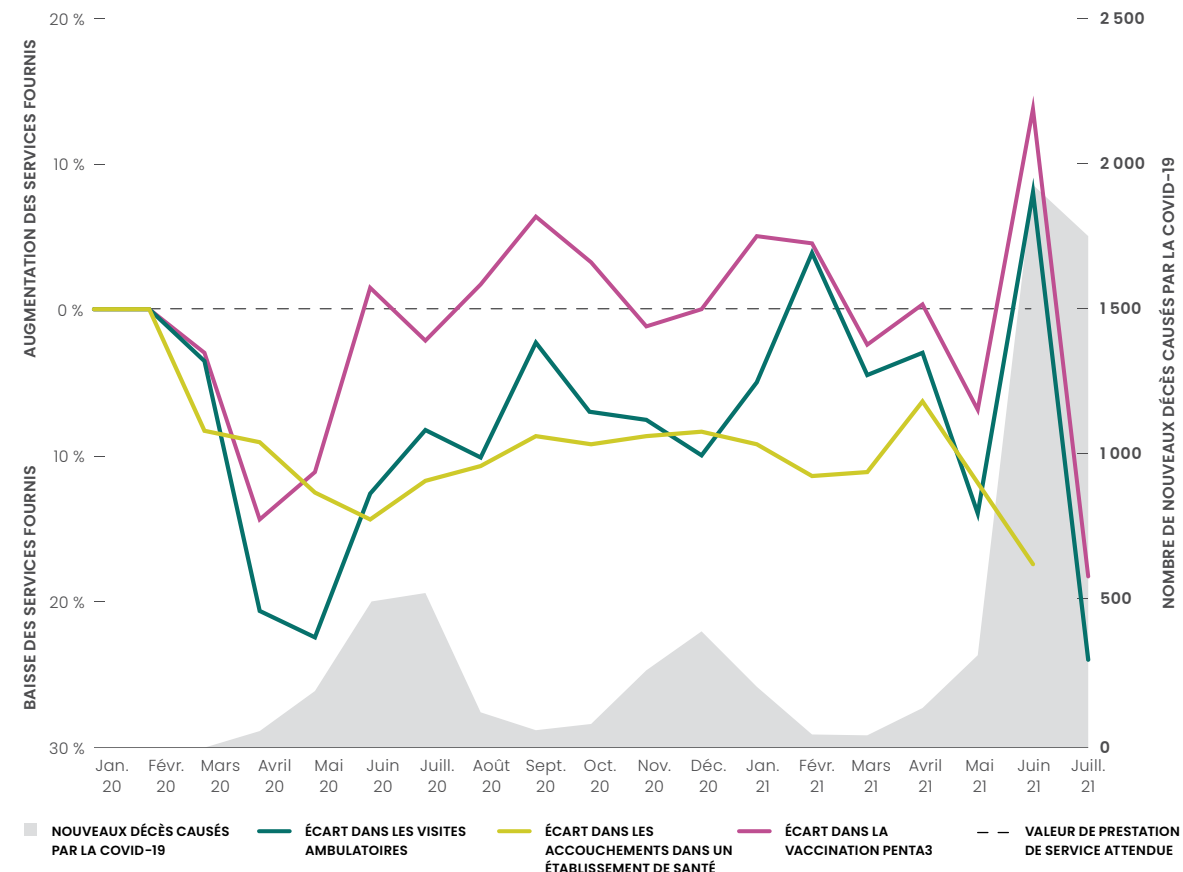
	Précédents	Récents
Taux de mortalité maternelle (pour 100 000 naissances vivantes)	701 (2015)	638 (2017)
Taux de mortalité des moins de 5 ans (pour 1 000 naissances vivantes)	76.8 (2015)	49.6 (2018)
Taux de mortalité néonatale (pour 1 000 naissances vivantes)	34.9 (2015)	23 (2018)
Taux de natalité parmi les adolescentes, 15-19 ans (pour 1 000 femmes)	58 (2015)	62 (2018)
Naissances < 24 mois après l'accouchement précédent (%)	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)
Mortinaissances (pour 1 000 grossesses)*	19.8 (2015)	-

* Le taux de mortinatalité estimé par le Groupe interagences des Nations Unies pour l'estimation de la mortalité infantile en Afghanistan est de 30 pour l'année 2015 (pour un total de 1 000 naissances). Voir <https://childmortality.org/data> pour plus d'informations.

FINANCEMENT DE LA SANTÉ

	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Part du budget public consacré à la santé (%)	-	4.5	4.9	4.2	4.2	3.8
Taux d'exécution du budget de la santé (%)	-	78	89	142	96	85
Part des dépenses de santé allant aux prestataires de première ligne (%)	-	55.5	55.1	54.9	-	53
Dépenses publiques générales de santé (DGGHE), par habitant (USD)	3.1	3.1	3.4	2.6	-	-
Les DGGHE en tant que part des dépenses publiques générales (%)	2	2.1	2.3	1.8	-	-
Paiements directs de santé, par habitant (USD)	46.2	45.7	49.6	39.1	-	-

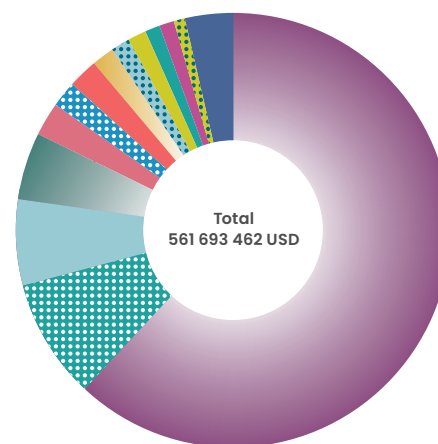
INSUFFISANCE DE LA PRESTATION DE SERVICES PAR RAPPORT AUX TENDANCES PRÉPANDÉMIQUES



Suivi des services de santé essentiels pendant la COVID-19

Le volume des services essentiels en Afghanistan a été plus faible que prévu pendant la pandémie de COVID-19. Les consultations ambulatoires et les accouchements dans un établissement de santé ont été les plus durement touchés au cours des premiers mois de la pandémie, avec un déficit de 22 % des consultations ambulatoires en mai 2020. Bien que les consultations ambulatoires et le nombre d'enfants de moins de 5 ans ayant reçu la troisième dose de pentavalent soient revenus aux niveaux attendus à la fin de 2020, le pays a connu un déficit cumulé de 9 % des consultations ambulatoires et de 4 % de la vaccination Penta3 du début de la pandémie à la fin de juin 2021. Les accouchements dans un établissement de santé n'ont pas retrouvé les niveaux attendus, les déficits mensuels ont persisté au cours du premier semestre 2021, entraînant un déficit cumulé de 10 % depuis le début de la pandémie jusqu'en juin 2021.

EXERCICE FISCAL 2020



CARTOGRAPHIE DES RESSOURCES

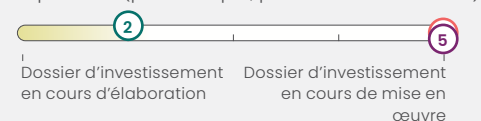
En Afghanistan, un exercice de cartographie des ressources a été commandé afin de soutenir l'alignement et l'harmonisation des budgets de santé et de faire le point sur les ressources de santé inscrites et non inscrites au budget aux niveaux national et infranational. L'un des principaux enseignements de cette cartographie des ressources est qu'une part importante du financement de la santé est inscrite au budget (62 %), le gouvernement contribuant à hauteur de 5 % environ au financement global. Les principales conclusions de cet exercice aideront le ministère de la Santé publique (MSP) et ses partenaires internationaux à prendre des décisions éclairées dans le processus de planification et de budgétisation actuel et futur, à soutenir 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 capturé les ressources de santé réelles disponibles pour l'exercice fiscal 2018-19 et les budgets prospectifs pour l'exercice fiscal 2020-21. Le MSP finalise actuellement l'évaluation des coûts du DI, ce qui permettra de calculer le déficit de financement pour l'ensemble du secteur de la santé ainsi que par priorité spécifique au DI.

- GOVERNEMENT DE L'AFGHANISTAN*
- UNICEF
- OMS
- CERF
- AIDE CANADIENNE
- FM
- JICA
- Autres bailleurs
- USAID
- ROTARY INTERNATIONAL
- BMGF
- USAID
- UE
- GAVI
- ALLEMAGNE

*Le gouvernement de l'Afghanistan inclut les contributions budgétaires de l'IDA, du FF du GFF et du Fonds fiduciaire pour la reconstruction de l'Afghanistan (USAID, Affaires mondiales Canada et UE).

LE SUIVI DU PROCESSUS PILOTÉ PAR LE PAYS

Dossier d'investissement pour la SRMNEA-N ou équivalent (par exemple, plan national de santé)



Un processus de plateforme nationale inclusif avec l'engagement des OSC



Stratégie et cadre de suivi des résultats en appui au DI (inclus dans le document du DI ou dans un document séparé)



Analyse sur le genre/Stratégie sur le genre



Un plan de mise en œuvre comprenant des initiatives visant à améliorer la MRN, l'efficacité et/ou la protection financière



2019 2020 2021

LE RÔLE CATALYTIQUE DU GFF

- **Élaborer un dossier d'investissement qui est chiffré et qui donne la priorité :** Avec d'autres partenaires, le GFF cofinance le Projet de soutien au secteur de la santé (HSSP) de la Banque mondiale, qui comprend un ensemble de services essentiels et se concentre sur les régions accusant un retard, telles que Sylhet et Chittagong, et ce dans l'optique d'améliorer l'équité.
- **Donner la priorité aux réformes du financement et des systèmes de santé et les mettre en œuvre :** Le GFF contribue à accroître l'efficacité des achats et de la planification budgétaire. En aidant à renforcer les systèmes fiduciaires et en promouvant l'utilisation d'indicateurs liés aux décaissements, le GFF a contribué à améliorer la planification, l'exécution et le suivi du budget, ainsi qu'une augmentation de l'allocation et de l'exécution du budget pour la prestation de services de première ligne.

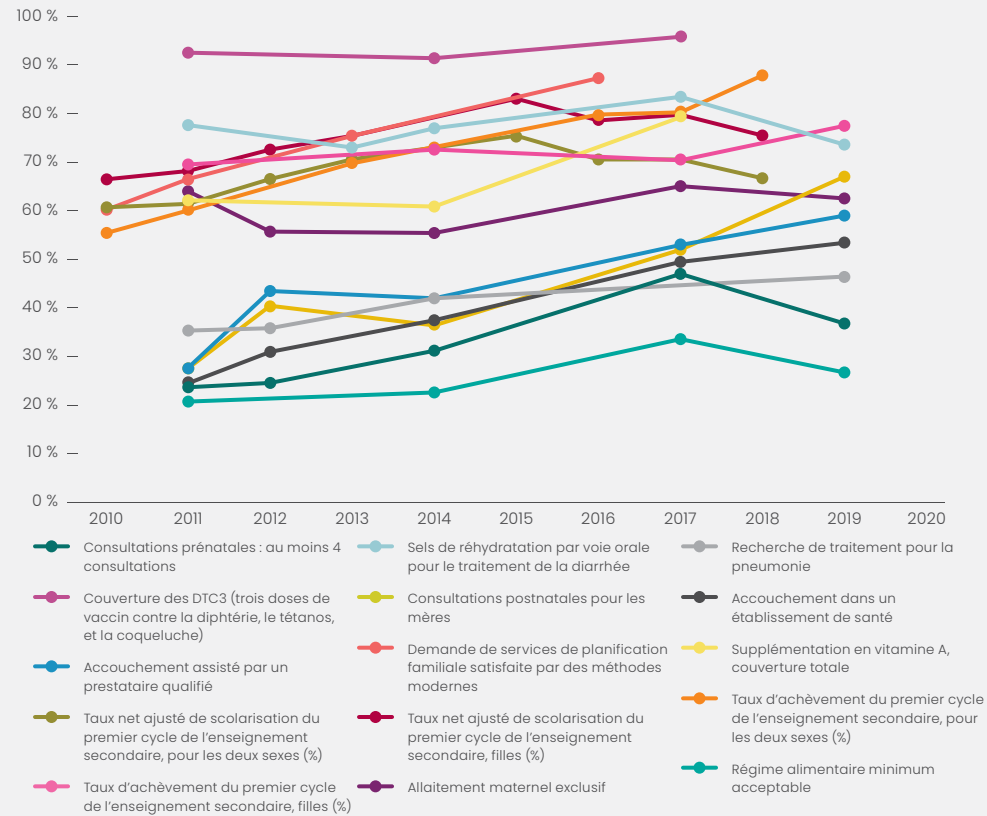
- **Renforcer la plateforme nationale et rassembler les partenaires financiers et techniques au niveau national :** En coopération avec la Banque mondiale et d'autres partenaires, le GFF soutient la plateforme d'approche sectorielle – qui coordonne le soutien analytique, technique et financier au gouvernement – et suit notamment les résultats des projets. Le GFF contribue également à renforcer l'alignement des partenaires sur les réformes du financement de la santé et la mobilisation des ressources nationales. En outre, pour aider à élargir l'accès à des soins de santé de qualité, le GFF a appuyé un dialogue initial visant à développer davantage la collaboration entre les secteurs privé et public en matière de prestation de services.

- **Donner la priorité à la santé des adolescents grâce à des interventions intersectorielles dans les domaines de la santé et de l'éducation :** Pour lutter contre les grossesses chez les adolescentes, maintenir les filles à l'école et améliorer l'accès aux services destinés aux adolescents et aux services de nutrition dans les régions de Sylhet et de Chittagong, le GFF soutient la mise en œuvre de la Stratégie nationale pour la santé des adolescents, qui aligne les secteurs de la santé et de l'éducation dans le développement de programmes scolaires. En outre, le GFF soutient le travail analytique visant à identifier les programmes de santé des adolescents qui ont été couronnés de succès et qui ont eu un impact au Bangladesh, ainsi que les éléments clés de leur réussite.

BANGLADESH

INDICATEURS DE COUVERTURE DE SRMNEA-N

Les données sur tous les indicateurs de couverture de SRMNEA-N sont présentées à partir des enquêtes démographiques les plus récentes disponibles.



INDICATEURS D'IMPACT DE LA SRMNEA-N

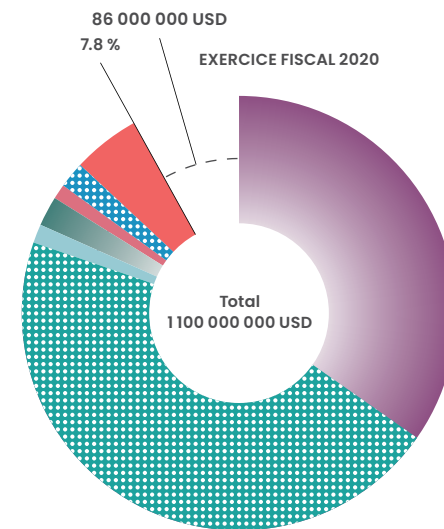
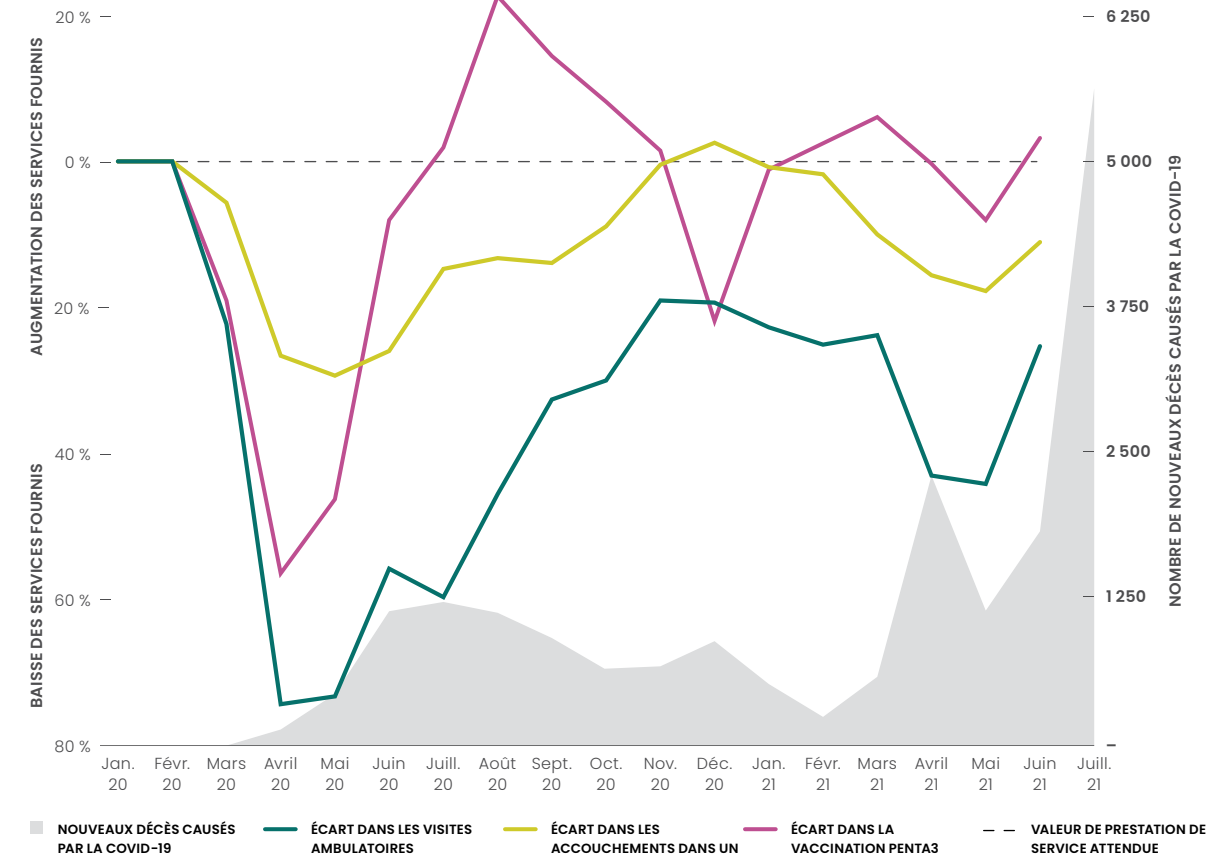
Indicateur	Précédents		Récents	
	Année	Valeur	Année	Valeur
Taux de mortalité maternelle (pour 100 000 naissances vivantes)	2019	165	2020	163
Taux de mortalité des moins de 5 ans (pour 1 000 naissances vivantes)	2017	45	2020	28
Taux de mortalité néonatale (pour 1 000 naissances vivantes)	2017	30	2020	15
Taux de natalité parmi les adolescentes, 15-19 ans (pour 1 000 femmes)	2017	108	2020	74
Naissances < 24 mois après l'accouchement précédent (%)	2014	11.3	-	-
Retard de croissance parmi les enfants de moins de 5 ans (%)	2017	30.8	2019	28
Émaciation modérée à sévère parmi les enfants de moins de 5 ans (%)	2014	14	2017	8.4
Mortinaissances (pour 1 000 grossesses)*	2014	21.4	2017	24.9

*Le taux de mortinatalité estimé par le Groupe interagences des Nations Unies pour l'estimation de la mortalité infantile au Bangladesh est de 26 pour l'année 2017 et de 28 pour l'année 2014 (pour un total de 1 000 naissances). Voir <https://childmortality.org/data> pour plus d'informations.

FINANCEMENT DE LA SANTÉ

Indicateur	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Part du budget public consacré à la santé (%)	-	4.7	5.2	5.2	5.0	4.9
Taux d'exécution du budget de la santé (%)	-	-	84	85	85	74
Part des dépenses de santé allant aux prestataires de première ligne (%)	-	-	19	33	31	-
Dépenses publiques générales de santé (DGGHE), par habitant (USD)	5.8	5.7	6.2	7.1	-	-
Les DGGHE en tant que part des dépenses publiques générales (%)	3.4	3	3	3	-	-
Paiements directs de santé, par habitant (USD)	23.6	25.3	27.6	31.0	-	-

INSUFFISANCE DE LA PRESTATION DE SERVICES PAR RAPPORT AUX TENDANCES PRÉPANDÉMIQUES



CARTOGRAPHIE DES RESSOURCES

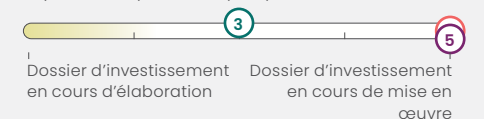
Le Bangladesh dispose d'une plateforme de coordination des bailleurs de fonds bien établie pour aligner les partenaires sur des priorités communes à travers une approche sectorielle, ce qui a aidé le gouvernement à orienter les financements nationaux et internationaux pour soutenir les principaux objectifs de santé. En tant que tels, les éléments de cartographie des ressources et de suivi des dépenses sont inhérents aux mécanismes de planification conjointe, d'allocation des ressources et de suivi de la mise en œuvre de l'approche sectorielle. Grâce à l'approche sectorielle, le gouvernement du Bangladesh a aligné plus de 1,1 milliard de dollars américains de financement public national et international pour soutenir son quatrième programme sectoriel de santé, de nutrition et de population pour 2017-22 ; le GFF contribue à ce partenariat et en fait partie intégrante.

- GOUVERNEMENT DU BANGLADESH
- PAYS-BAS
- BANQUE MONDIALE
- CANADA
- FONDS FIDUCIAIRE GFF
- FCDO
- SIDA
- GAP

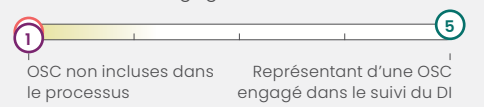
*Les données actualisées seront disponibles sur la page pays du portail de données du GFF pour le Bangladesh.

LE SUIVI DU PROCESSUS PILOTÉ PAR LE PAYS

Dossier d'investissement pour la SRMNEA-N ou équivalent (par exemple, plan national de santé)



Un processus de plateforme nationale inclusif avec l'engagement des OSC



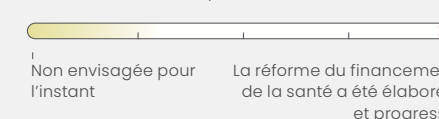
Stratégie et cadre de suivi des résultats en appui au DI (inclus dans le document du DI ou dans un document séparé)



Analyse sur le genre/Stratégie sur le genre



Un plan de mise en œuvre comprenant des initiatives visant à améliorer la MRN, l'efficacité et/ou la protection financière



○ 2019 ○ 2020 ○ 2021

LE RÔLE CATALYTIQUE DU GFF

• **Élaborer un dossier d'investissement qui est chiffré et qui donne la priorité :** Le GFF a donné l'impulsion nécessaire pour réviser le dossier d'investissement du Burkina Faso afin de mettre l'accent sur la résilience et la réponse à l'insécurité, l'assurance santé et la santé communautaire. Les priorités du DI ont été élargies pour répondre aux besoins émergents et ouvrir la voie à la couverture sanitaire universelle. En plus d'aider à mobiliser les bailleurs de fonds autour de ces objectifs, le GFF a contribué à la cartographie des ressources et a appuyé une étude d'efficacité allocative et l'utilisation de l'outil Equist en mettant l'accent sur l'équité. Avec l'aide du GFF, les organisations de la société civile (OSC) participent aux plateformes nationales et jouent un rôle essentiel dans le suivi et la révision du DI, tout en plaçant pour une augmentation du financement public.

• **Donner la priorité aux réformes du financement et des systèmes de santé et les mettre en œuvre :** Le GFF soutient des réformes telles que l'expansion du modèle de soins de santé gratuits du Burkina Faso, qui offrira une planification familiale et des soins gratuits aux enfants de moins de cinq ans et aux femmes enceintes. La Caisse nationale d'assurance maladie universelle (CNAMU) en cours de développement vise à renforcer la protection sociale et à fournir une assurance aux pauvres. Dans le cadre de cet effort, la stratégie de renforcement de la santé communautaire prévoit d'importants investissements dans les infrastructures de santé communautaire ainsi que la formation d'agents de santé qualifiés.

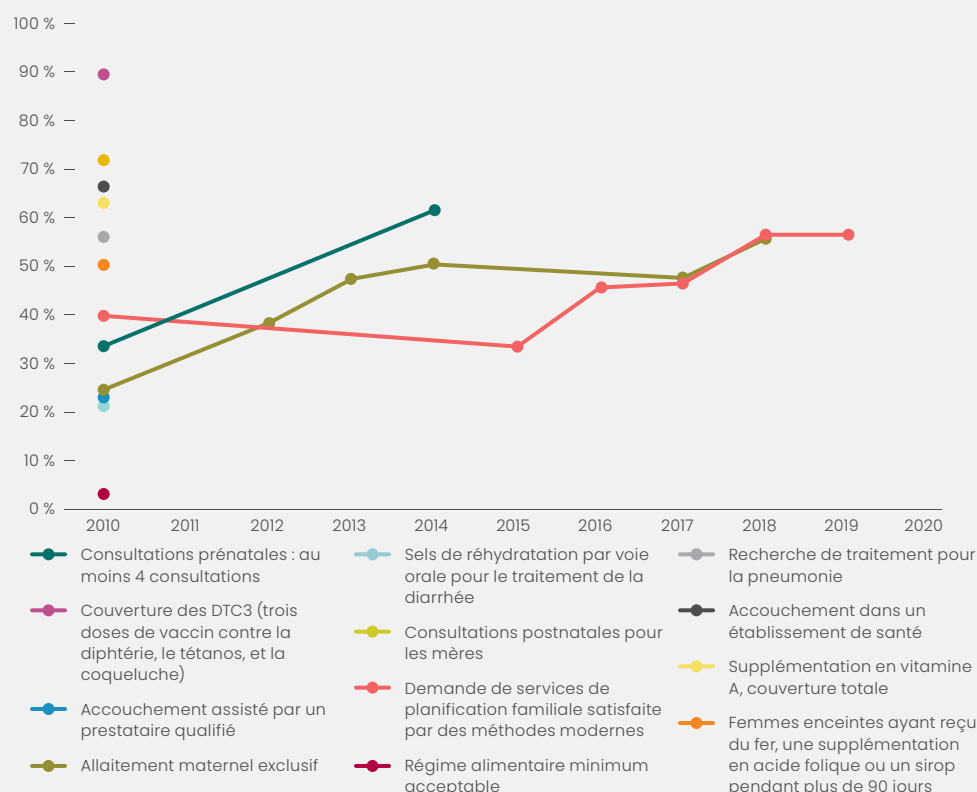
• **Renforcer la plateforme nationale et rassembler les partenaires financiers et techniques au niveau national :** Au sein de la plateforme nationale, le GFF a contribué à renforcer l'engagement des OSC et à promouvoir un dialogue efficace entre le secteur privé et le secteur public. Un alignement plus fort a incité le GFF, la Fondation Gates, Gavi, le Fonds mondial et la Banque mondiale à s'entendre sur un programme commun et à participer à des missions conjointes pour suivre le DI, en se concentrant sur l'évaluation des systèmes de données, la chaîne d'approvisionnement et le financement de la santé. Le GFF a soutenu le renforcement des capacités en matière d'engagement des parties prenantes, d'adaptation de la prestation de services au contexte de la COVID-19 et de gestion du marché de la santé. Le programme d'alignement est également soutenu par le GFF à travers l'approche « Un plan - Un budget - Un rapport ».

• **Améliorer les données nécessaires à la prise de décision :** Le GFF a coordonné une collaboration entre le gouvernement, *Countdown to 2030* et l'université Johns Hopkins afin de renforcer les capacités de collecte de données pour permettre de suivre la mise en œuvre du DI. En outre, le GFF collabore avec la Banque mondiale sur l'analyse des données relatives à la prestation de services dans le contexte de la COVID-19. Les efforts visant à renforcer les systèmes d'enregistrement et de statistiques de l'état civil, avec l'aide du GFF, stimuleront la protection des enfants et l'accès aux services de base, à l'éducation et à la protection sociale, et faciliteront la planification de services tels que les vaccinations et le suivi de la croissance.

BURKINA FASO

INDICATEURS DE COUVERTURE DE SRMNEA-N

Les données sur tous les indicateurs de couverture de SRMNEA-N sont présentées à partir des enquêtes démographiques les plus récentes disponibles.



INDICATEURS D'IMPACT DE LA SRMNEA-N

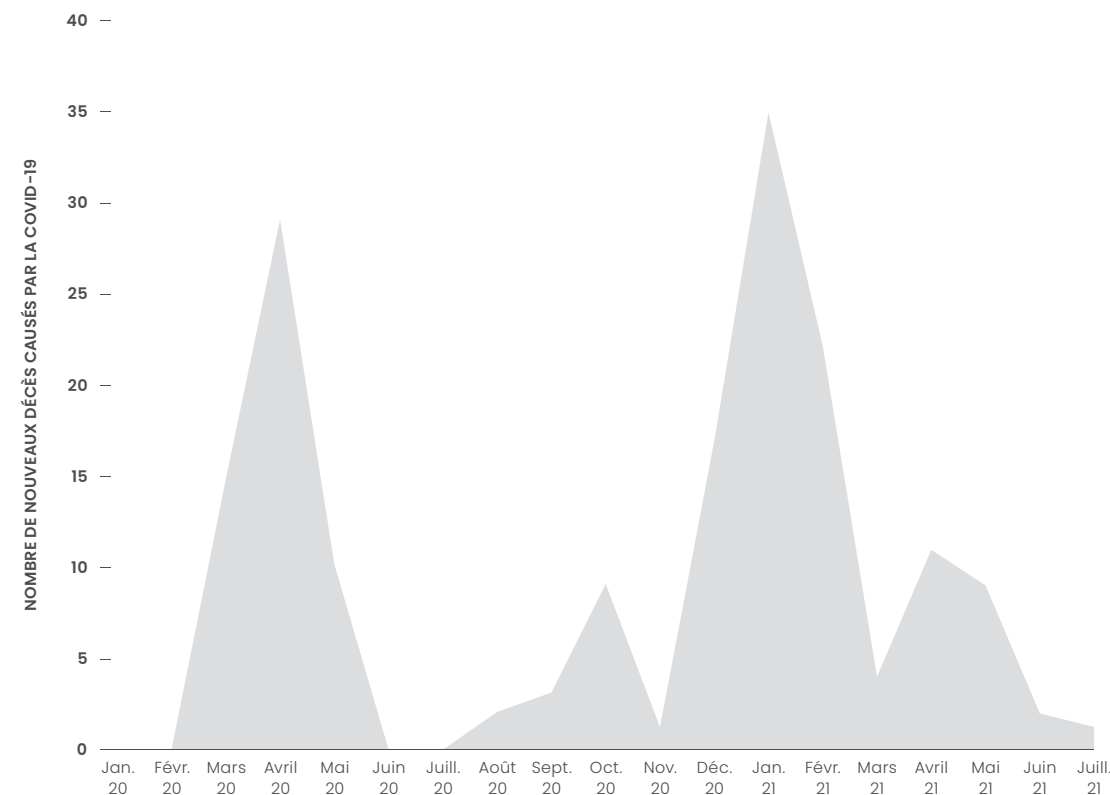
	Précédents	Récents
Taux de mortalité maternelle (pour 100 000 naissances vivantes)	341 (2010)	330 (2015)
Taux de mortalité des moins de 5 ans (pour 1 000 naissances vivantes)	129 (2010)	82 (2015)
Taux de mortalité néonatale (pour 1 000 naissances vivantes)	28 (2010)	23 (2015)
Taux de natalité parmi les adolescentes, 15-19 ans (pour 1 000 femmes)	132 (2014)	124 (2018)
Naissances < 24 mois après l'accouchement précédent (%)	17.4 (2014)	16.1 (2018)
Retard de croissance parmi les enfants de moins de 5 ans (%)	24.9 (2017)	21.1 (2018)
Émaciation modérée à sévère parmi les enfants de moins de 5 ans (%)	8.4 (2017)	8.6 (2018)
Mortinaissances (pour 1 000 grossesses)*	-	-

*Le taux de mortinatalité (pour un total de 1 000 naissances) rapporté par le Groupe interagences des Nations Unies pour l'estimation de la mortalité infantile pour le Burkina Faso est de 20,18, C.I 95% (19,11--21,36), pour l'année 2015, et de 23,65, C.I 95% (21,27--26,44), pour l'année 2010. Voir <https://childmortality.org/data> pour plus d'informations.

FINANCEMENT DE LA SANTÉ

	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Part du budget public consacré à la santé (%)	-	12.4	12	11	13.7	11.6
Taux d'exécution du budget de la santé (%)	-	94	93	100	87	97
Part des dépenses de santé allant aux prestataires de première ligne (%)	-	-	-	-	-	-
Dépenses publiques générales de santé (DGGHE), par habitant (USD)	9.5	16.4	19.2	17.1	-	-
Les DGGHE en tant que part des dépenses publiques générales (%)	7.2	11	10	8.8	-	-
Paiements directs de santé, par habitant (USD)	12.1	12.9	14.1	14.4	-	-

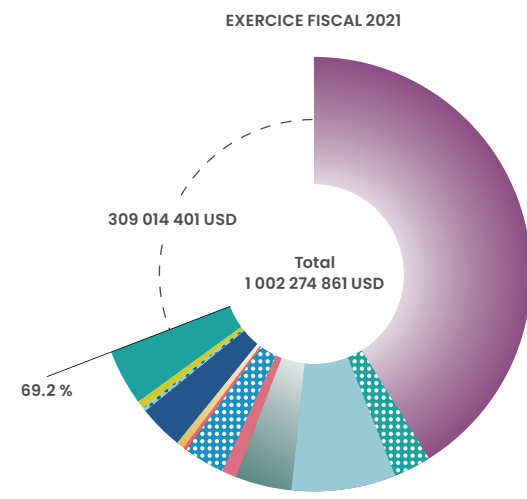
DÉCÈS CAUSÉS PAR LA COVID-19 AU BURKINA FASO



Alors que le GFF soutient le suivi de routine des perturbations des services de santé essentiels dans 18 pays partenaires, des données mensuelles sur les décès liés à la COVID-19 sont fournies pour l'ensemble des 36 pays partenaires du GFF jusqu'en juillet 2021 afin de montrer l'impact continu de la pandémie. Le GFF continue de soutenir les pays partenaires dans le suivi des résultats essentiels de SRMNEA-N et des priorités du dossier d'investissement tout au long de la pandémie.

CARTOGRAPHIE DES RESSOURCES

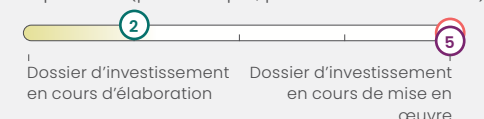
Une cartographie des ressources de la stratégie de CSU (2020-2024) a été réalisée en 2020. Le dossier d'investissement du GFF est un élément essentiel de la stratégie de CSU, puisqu'il a été révisé dans le but de devenir le document central du prochain forum de haut niveau sur le financement de la CSU. La cartographie des ressources se concentre sur les priorités de la SRMNEA et du renforcement des systèmes de santé pour 2020 et 2021. L'analyse montre 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. Seize 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 (voir le graphique). L'analyse du déficit de financement par domaine prioritaire met en évidence que la nutrition, le paludisme, la santé infantile et la santé communautaire sont particulièrement sous-financés, tandis que la composante de renforcement du système de santé semble être légèrement surfinancée, ce qui souligne la possibilité d'améliorer l'efficacité de l'allocation. Le ministère de la Santé doit mener une analyse plus approfondie pour mieux comprendre les raisons du sous-financement des priorités clés afin d'atteindre les objectifs de CSU et de définir des stratégies pour rendre les ressources existantes plus efficaces.



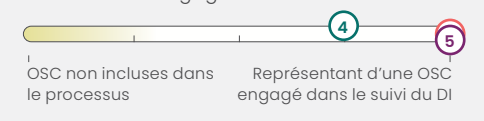
- GOUVERNEMENT DU BURKINA FASO
- GAVI
- UE
- AUTRES BAILLEURS
- IDA/BANQUE MONDIALE
- BMGF
- UNICEF
- GAP
- USAID
- OMS
- FONDS MONDIAL
- PAYS-BAS
- UNFPA

LE SUIVI DU PROCESSUS PILOTÉ PAR LE PAYS

Dossier d'investissement pour la SRMNEA-N ou équivalent (par exemple, plan national de santé)



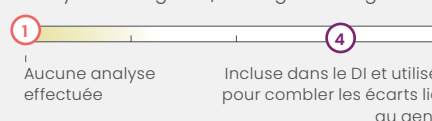
Un processus de plateforme nationale inclusif avec l'engagement des OSC



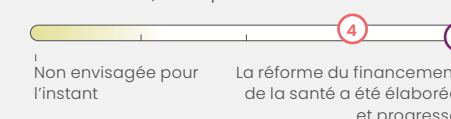
Stratégie et cadre de suivi des résultats en appui au DI (inclus dans le document du DI ou dans un document séparé)



Analyse sur le genre/Stratégie sur le genre



Un plan de mise en œuvre comprenant des initiatives visant à améliorer la MRN, l'efficacité et/ou la protection financière



○ 2019 ○ 2020 ○ 2021

LE RÔLE CATALYTIQUE DU GFF

• **Élaborer un dossier d'investissement qui est chiffré et qui donne la priorité :** Le dossier d'investissement (DI), soutenu par le GFF et fondé sur l'alignement des parties prenantes, donne la priorité à la réduction de la dénutrition maternelle et infantile, de la mortalité néonatale et de la fécondité des adolescentes. Le DI vise également à combler les écarts en matière d'équité dans sept provinces prioritaires. Pour soutenir la mise en œuvre du DI, une subvention de 10 millions de dollars américains du GFF cofinance le Projet de nutrition au Cambodge, qui investit dans la santé et la nutrition des mères et des enfants.

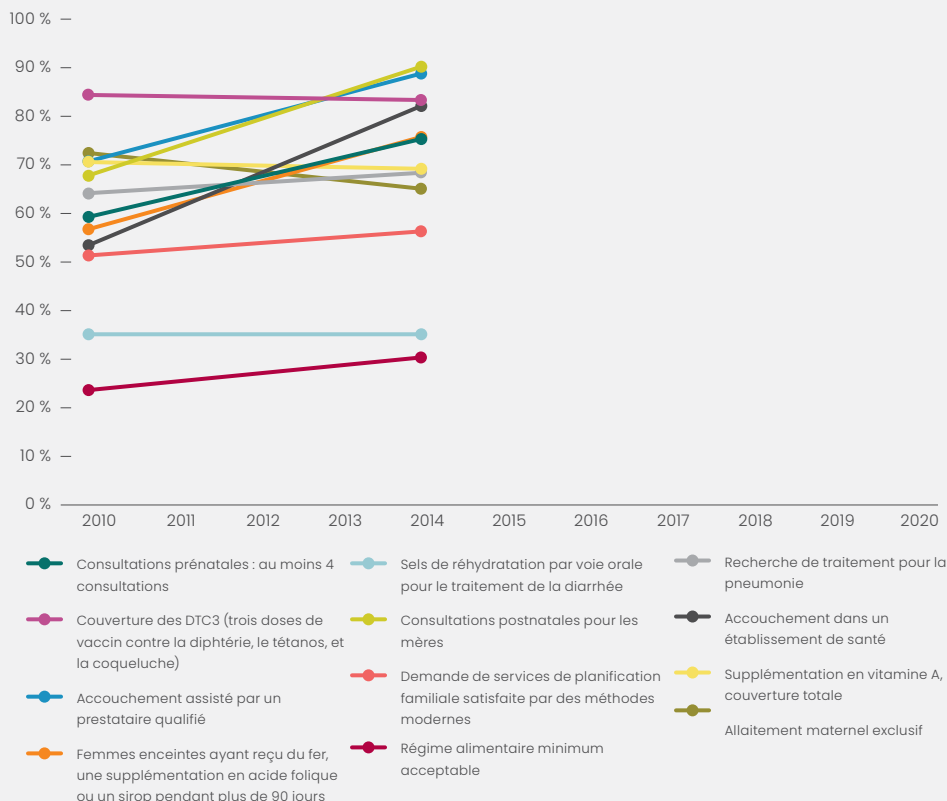
• **Donner la priorité aux réformes du financement et des systèmes de santé et les mettre en œuvre :** L'assistance technique et le financement du GFF soutiennent le programme de réforme du financement de la santé du gouvernement afin de mobiliser des ressources nationales pour la santé et la nutrition des femmes, des enfants et des adolescents, d'améliorer l'efficacité des ressources existantes et de fournir une protection financière aux pauvres. Les réformes s'appuient sur le succès du Fonds de financement de la santé (HEF) et des systèmes de subventions pour la prestation de services (SDG). Le HEF offre une protection financière aux pauvres qui cherchent à se faire soigner dans les établissements de santé publics, tandis que les SDG acheminent des fonds flexibles vers les établissements de santé publics.

• **Améliorer la coordination et la qualité des services de santé et de nutrition :** Le GFF contribue à une meilleure intégration de la prestation de services de santé et de nutrition et à une défragmentation du financement. En collaboration avec les partenaires du Projet de nutrition au Cambodge – Unicef, Alive & Thrive et un consortium d'ONG locales et internationales –, le GFF finance une assistance technique visant à renforcer le système de santé, à améliorer la prestation de services de nutrition et les comportements nutritionnels des mères, des nourrissons et des jeunes enfants.

CAMBODGE

INDICATEURS DE COUVERTURE DE SRMNEA-N

Les données sur tous les indicateurs de couverture de SRMNEA-N sont présentées à partir des enquêtes démographiques les plus récentes disponibles.



INDICATEURS D'IMPACT DE LA SRMNEA-N

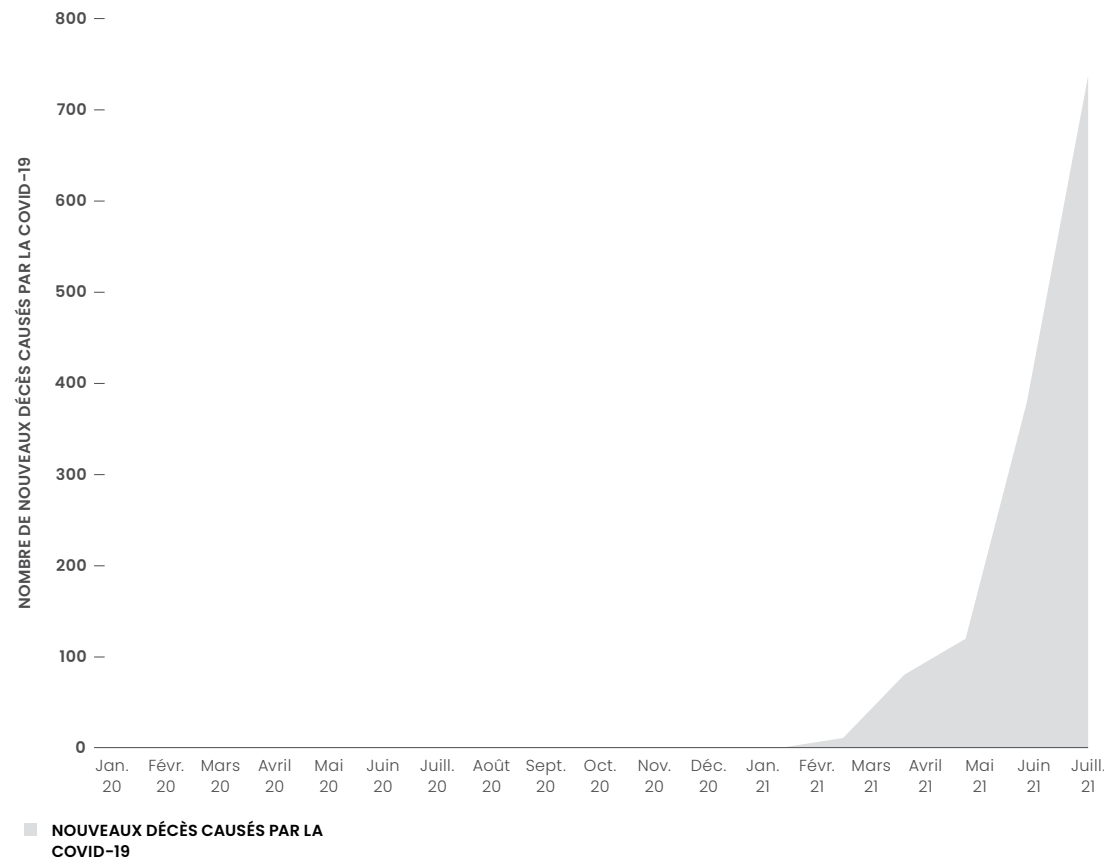
	Précédents	Récents
Taux de mortalité maternelle (pour 100 000 naissances vivantes)	206 (2010)	170 (2014)
Taux de mortalité des moins de 5 ans (pour 1 000 naissances vivantes)	54 (2010)	35 (2014)
Taux de mortalité néonatale (pour 1 000 naissances vivantes)	27 (2010)	18 (2014)
Taux de natalité parmi les 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 (%)	39.9 (2010)	32.4 (2014)
Émaciation modérée à sévère parmi les enfants de moins de 5 ans (%)	10.9 (2010)	9.6 (2014)
Mortinaissances (pour 1 000 grossesses)*	-	5.8 (2014)

*Le taux de mortinatalité estimé par le Groupe interagences des Nations Unies pour l'estimation de la mortalité infantile au Cambodge est de 14 pour l'année 2014 et de 17 pour l'année 2010 (pour un total de 1 000 naissances). Voir <https://childmortality.org/data> pour plus d'informations.

FINANCEMENT DE LA SANTÉ

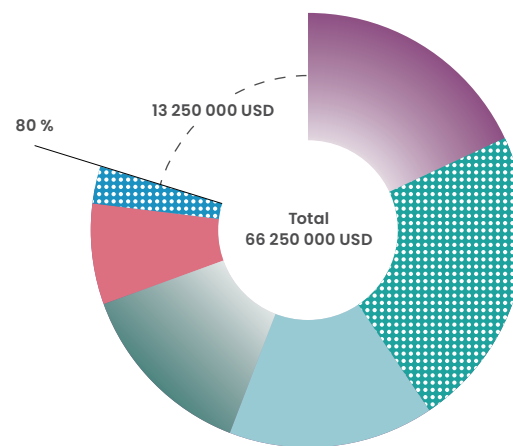
	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Part du budget public consacré à la santé (%)	-	14.2	12.9	13	11.7	-
Taux d'exécution du budget de la santé (%)	-	93	98	99	97	-
Part des dépenses de santé allant aux prestataires de première ligne (%)	-	-	-	-	-	-
Dépenses publiques générales de santé (DGGHE), par habitant (USD)	15.6	16.9	15.1	19.3	-	-
Les DGGHE en tant que part des dépenses publiques générales (%)	6.6	6.3	4.9	5.2	-	-
Paiements directs de santé, par habitant (USD)	41.3	45.5	49.6	52.1	-	-

DÉCÈS CAUSÉS PAR LA COVID-19 AU CAMBODGE



Alors que le GFF soutient le suivi de routine des perturbations des services de santé essentiels dans 18 pays partenaires, des données mensuelles sur les décès liés à la COVID-19 sont fournies pour l'ensemble des 36 pays partenaires du GFF jusqu'en juillet 2021 afin de montrer l'impact continu de la pandémie. Le GFF continue de soutenir les pays partenaires dans le suivi des résultats essentiels de SRMNEA-N et des priorités du dossier d'investissement tout au long de la pandémie.

EXERCICE FISCAL 2020



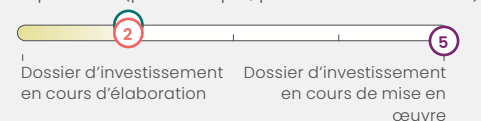
CARTOGRAPHIE DES RESSOURCES

Le dossier d'investissement (DI) 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 des adolescentes. Le projet de nutrition au Cambodge, ou CNP (2019-24), une opération de prêt à l'investissement de 53 millions de dollars américains, financera environ 80 % des activités incluses dans le DI et est étroitement aligné sur ses priorités stratégiques. Le CNP harmonise les financements de l'IDA, du GFF, de la KfW allemande, du DFAT australien et du fonds fiduciaire multi-bailleurs du projet d'amélioration de la qualité et de l'équité dans le secteur de la santé (regroupant les financements de l'Australian Aid, 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 DI était prévu début 2020, mais a été retardé en raison de la pandémie de COVID-19 et reprendra au cours de l'exercice fiscal 2021. La cartographie des ressources identifiera les déficits de financement par priorité et montrera les tendances en matière de mobilisation des ressources nationales et d'alignement des bailleurs de fonds autour du DI.

- GOUVERNEMENT DU CAMBODGE
- FF GFF
- BANQUE MONDIALE
- KFW
- AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ ET DE L'ÉQUITÉ DANS LE SECTEUR DE LA SANTÉ
- DFAT AUSTRALIEN
- GAP

LE SUIVI DU PROCESSUS PILOTÉ PAR LE PAYS

Dossier d'investissement pour la SRMNEA-N ou équivalent (par exemple, plan national de santé)



Un processus de plateforme nationale inclusif avec l'engagement des OSC



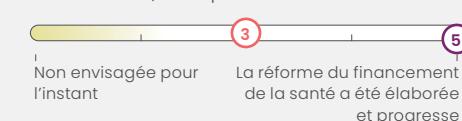
Stratégie et cadre de suivi des résultats en appui au DI (inclus dans le document du DI ou dans un document séparé)



Analyse sur le genre/Stratégie sur le genre



Un plan de mise en œuvre comprenant des initiatives visant à améliorer la MRN, l'efficacité et/ou la protection financière



○ 2019 ○ 2020 ○ 2021

LE RÔLE CATALYTIQUE DU GFF

- Élaborer un dossier d'investissement qui est chiffré et qui donne la priorité : Révisé en septembre 2020, le dossier d'investissement (DI) du Cameroun se concentre sur l'intensification du financement basé sur les résultats (FBR) dans les régions défavorisées afin d'améliorer l'équité des dépenses, sur l'incitation à l'enregistrement des naissances par le biais d'un financement basé sur la performance, et sur le renforcement des soins mère kangourou en vue d'améliorer la prise en charge des nourrissons de faible poids de naissance et/ou prématurés afin de réduire la mortalité néonatale par le biais d'une obligation à impact sur le développement. Les interventions à haut impact ont déjà contribué à réduire la mortalité maternelle. La pandémie de COVID-19 a toutefois perturbé les services de santé et affecté la mise en œuvre du DI.

- Donner la priorité aux réformes du financement et des systèmes de santé et les mettre en œuvre : Afin d'accroître l'efficacité et de transférer davantage de ressources vers les services de première ligne, le DI appuie les réformes visant à étendre le FBR aux soins de santé primaires, ainsi qu'un système de bons de subvention (chèque santé) pour augmenter la demande de services. Grâce à la formation et à l'assistance technique, le GFF appuie la finalisation de la stratégie de financement de la santé, le renforcement de la mobilisation des ressources nationales et l'élaboration d'une feuille de route pour la couverture santé universelle, y compris l'extension du FBR au niveau central. Le GFF cherche également à renforcer la réglementation pharmaceutique et la chaîne d'approvisionnement en médicaments.

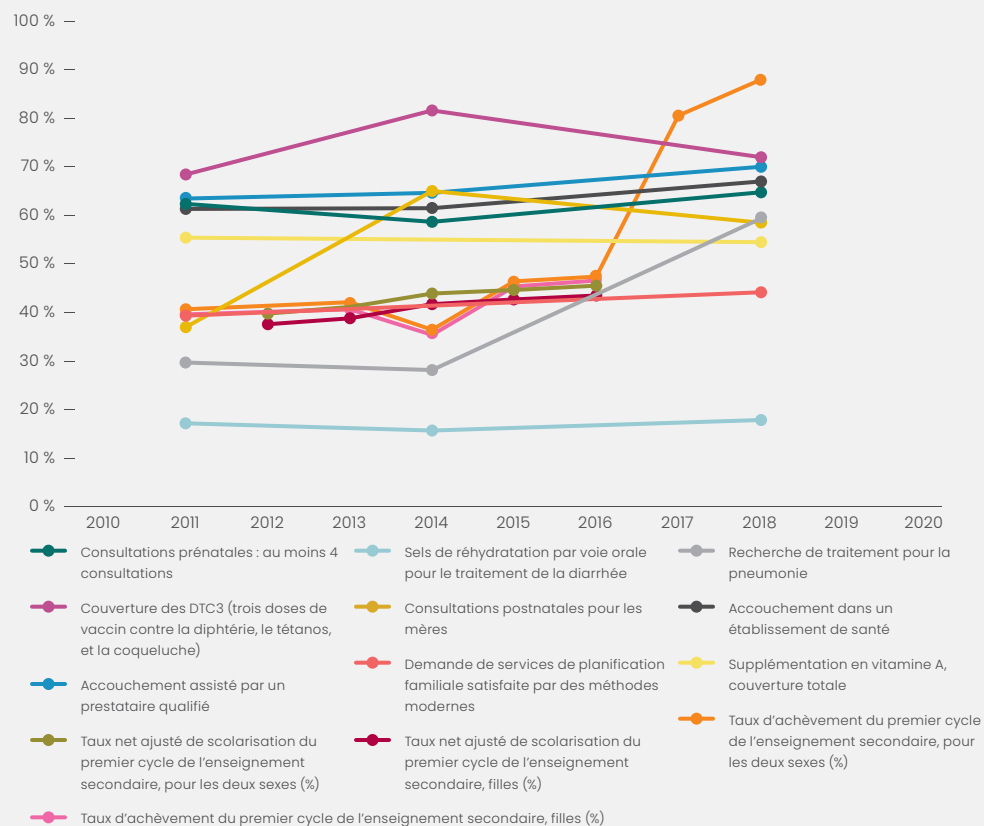
- Renforcer la plateforme nationale et rassembler les partenaires financiers et techniques au niveau national : Le GFF sert de catalyseur pour tirer parti des partenariats afin de soutenir la mise en œuvre du DI. Les outils et cadres existants entre les institutions visent à faciliter l'alignement ainsi que les discussions et négociations en cours. L'exercice de cartographie des ressources et de suivi des dépenses mené en 2020 a révélé un déficit de financement de 57,3 pour cent pour la période 2017-2022 pour la mise en œuvre du DI.

- Améliorer les données nécessaires à la prise de décision : Le GFF appuie le renforcement du système de gestion de l'information sanitaire du pays et de la qualité des données par le biais d'ateliers et les investissements en équipements. Le projet FBR encourage l'utilisation de données de qualité au niveau des soins primaires et des districts. La création de tableaux de bord accessibles qui visualisent les données au niveau du pays et des programmes à travers les indicateurs de productivité, de résultat et d'impact pour améliorer l'utilisation des données est en cours. Des efforts continus améliorent l'interopérabilité du FBR et du système d'information sanitaire en ligne (DHIS2). Le GFF appuie le suivi de l'utilisation des services de santé essentiels en période de COVID-19.

CAMEROUN

INDICATEURS DE COUVERTURE DE SRMNEA-N

Les données sur tous les indicateurs de couverture de SRMNEA-N sont présentées à partir des enquêtes démographiques les plus récentes disponibles.



INDICATEURS D'IMPACT DE LA SRMNEA-N

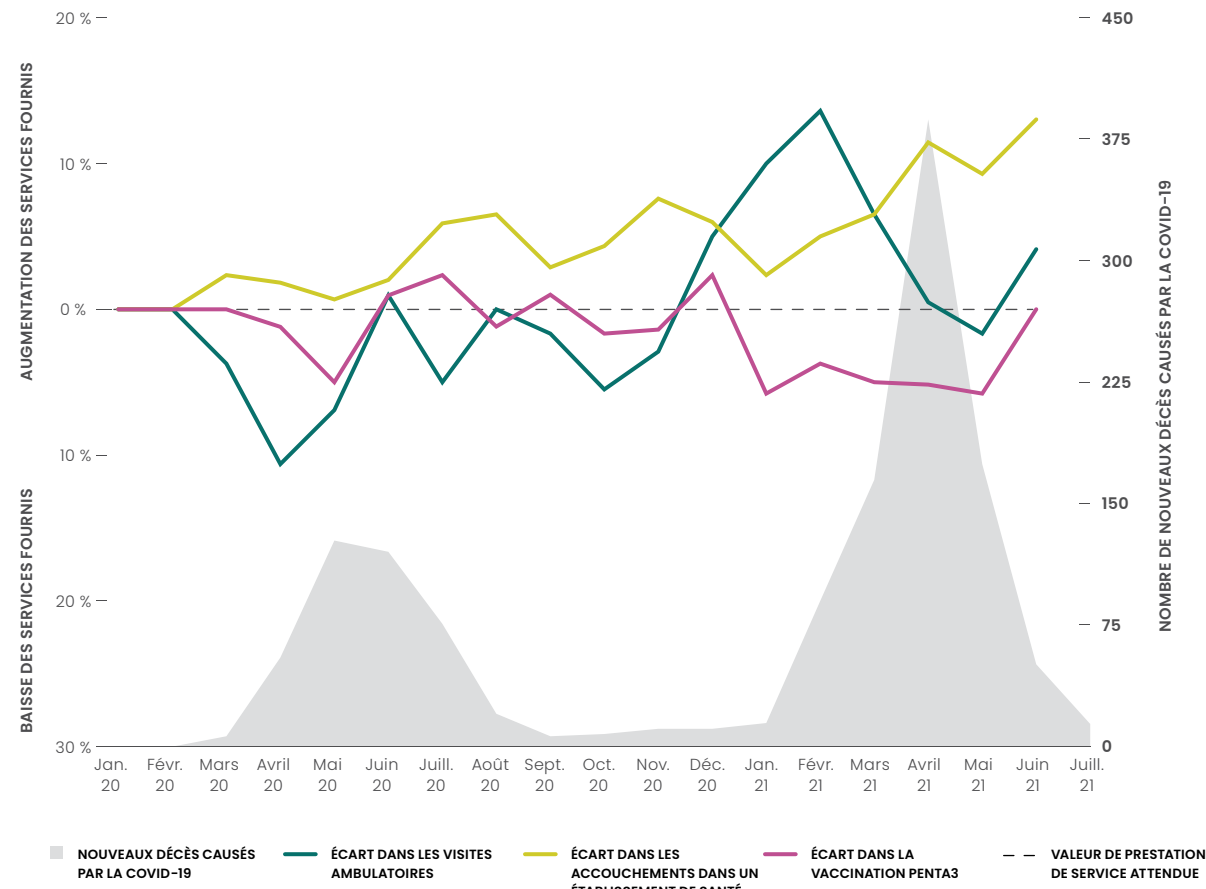
	Précédents	Récents		
Taux de mortalité maternelle (pour 100 000 naissances vivantes)	782	2011	406	2018
Taux de mortalité des moins de 5 ans (pour 1 000 naissances vivantes)	103	2014	80	2018
Taux de mortalité néonatale (pour 1 000 naissances vivantes)	28	2014	28	2018
Taux de natalité parmi les adolescentes, 15-19 ans (pour 1 000 femmes)	119	2014	122	2018
Naissances < 24 mois après l'accouchement précédent (%)	21.3	2014	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
Mortinaissances (pour 1 000 grossesses)*	-	-	14.6	2018

*Le taux de mortinatalité (pour un total de 1 000 naissances) rapporté par le Groupe interagences des Nations Unies pour l'estimation de la mortalité infantile au Cameroun est de 19,62, C.I 95 % (11,78--31,79) pour l'année 2018, et de 21,48, C.I 95 % (13,44 - 34,22) pour 2011. Voir <https://childmortality.org/data> pour plus d'informations.

FINANCEMENT DE LA SANTÉ

	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Part du budget public consacré à la santé (%)	-	5.6	5.7	4.8	4.0	4.3
Taux d'exécution du budget de la santé (%)	-	-	95	97	98	92.5
Part des dépenses de santé allant aux prestataires de première ligne (%)	-	-	-	-	-	8.3
Dépenses publiques générales de santé (DGGHE), par habitant (USD)	5	5.2	2.1	3.2	-	-
Les DGGHE en tant que part des dépenses publiques générales (%)	1.8	1.8	.7	1.1	-	-
Paiements directs de santé, par habitant (USD)	34.8	35.5	37.6	40.9	-	-

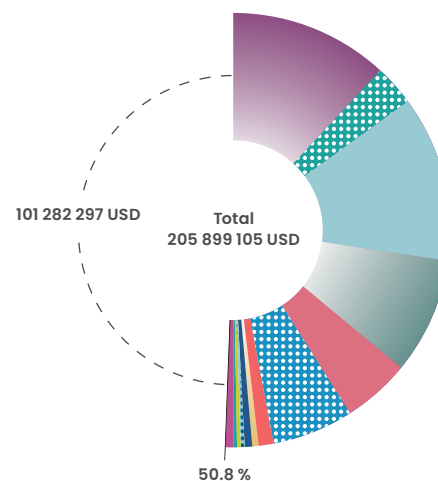
INSUFFISANCE DE LA PRESTATION DE SERVICES PAR RAPPORT AUX VALEURS ATTENDUES



Suivi des services de santé essentiels pendant la COVID-19

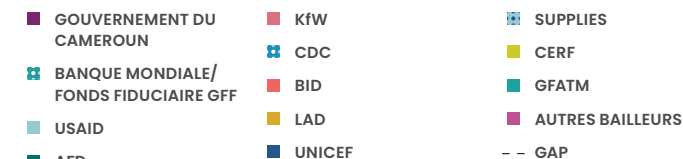
Au printemps 2020, le Cameroun a enregistré des déficits allant jusqu'à 11 % du volume des visites ambulatoires et 5 % du volume des enfants ayant reçu des vaccins Penta3 par rapport aux prévisions. Le volume des visites ambulatoires a augmenté de 13 % par rapport aux prévisions en février 2021, mais les vaccinations Penta3 et les visites ambulatoires ont de nouveau été inférieures aux niveaux attendus au printemps 2021. Le volume des accouchements dans un établissement de santé est resté relativement conforme aux valeurs attendues.

EXERCICE FISCAL 2021



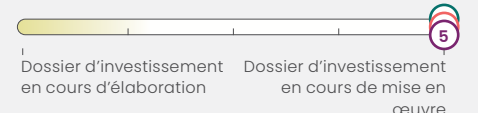
CARTOGRAPHIE DES RESSOURCES

Une cartographie détaillée des ressources et un exercice de suivi des dépenses (CRSD) ont été menés au Cameroun, sur la base des quatre priorités de SRMNEA identifiées dans le dossier d'investissement (DI) 2017-2022. L'objectif était d'analyser l'évolution des ressources engagées par le gouvernement du Cameroun et ses partenaires sur ces priorités de santé, et de déterminer le déficit de financement à combler par un meilleur alignement de l'aide extérieure et une mobilisation accrue des financements nationaux. La CRSD montre les lacunes par priorité, mais aussi par région infranationale. Malgré un nombre assez important de 25 partenaires finançant les priorités du DI, un déficit de financement de 57 % du coût total sur quatre ans subsiste (le déficit est de 49 % en 2020, comme indiqué sur le graphique). La mobilisation des financements nationaux et externes vers les priorités de SRMNEA est critique, en particulier à la lumière des dépenses directes élevées, qui représentent plus de 70 % des dépenses de santé actuelles au Cameroun.



LE SUIVI DU PROCESSUS PILOTÉ PAR LE PAYS

Dossier d'investissement pour la SRMNEA-N ou équivalent (par exemple, plan national de santé)



Un processus de plateforme nationale inclusif avec l'engagement des OSC



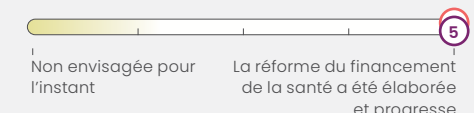
Stratégie et cadre de suivi des résultats en appui au DI (inclus dans le document du DI ou dans un document séparé)



Analyse sur le genre/Stratégie sur le genre



Un plan de mise en œuvre comprenant des initiatives visant à améliorer la MRN, l'efficacité et/ou la protection financière



RÉPUBLIQUE CENTRAFRICAINE

LE RÔLE CATALYTIQUE DU GFF

Élaborer un dossier d'investissement qui est chiffré et qui donne la priorité :

Le GFF a appuyé l'élaboration d'un dossier d'investissement (DI) piloté par le gouvernement et axé sur des interventions à fort impact et une mobilisation multisectorielle. L'engagement ferme du gouvernement en faveur de la hiérarchisation des priorités a permis de réduire le nombre d'interventions et le ciblage géographique et a conduit à l'élaboration d'un document stratégique pour les agents de santé communautaires et de feuilles de route pour le secteur privé et les organisations de la société civile (OSC).

Donner la priorité aux réformes du financement et des systèmes de santé et les mettre en œuvre :

Le DI vise à améliorer l'efficacité des dépenses de santé en institutionnalisant la cartographie des ressources et le suivi des dépenses et en soutenant la prestation de services de santé de qualité grâce à un financement basé sur les résultats et au renforcement des capacités des agents de santé communautaires. Avec l'aide du GFF, le gouvernement a créé un département de coordination du financement de la santé pour améliorer la mobilisation et l'utilisation des ressources. L'utilisation quotidienne d'un système de suivi et de supervision par géolocalisation a grandement contribué à l'amélioration de la gouvernance et du suivi régulier des activités.

Renforcer la plateforme nationale et rassembler les partenaires financiers et techniques au niveau national :

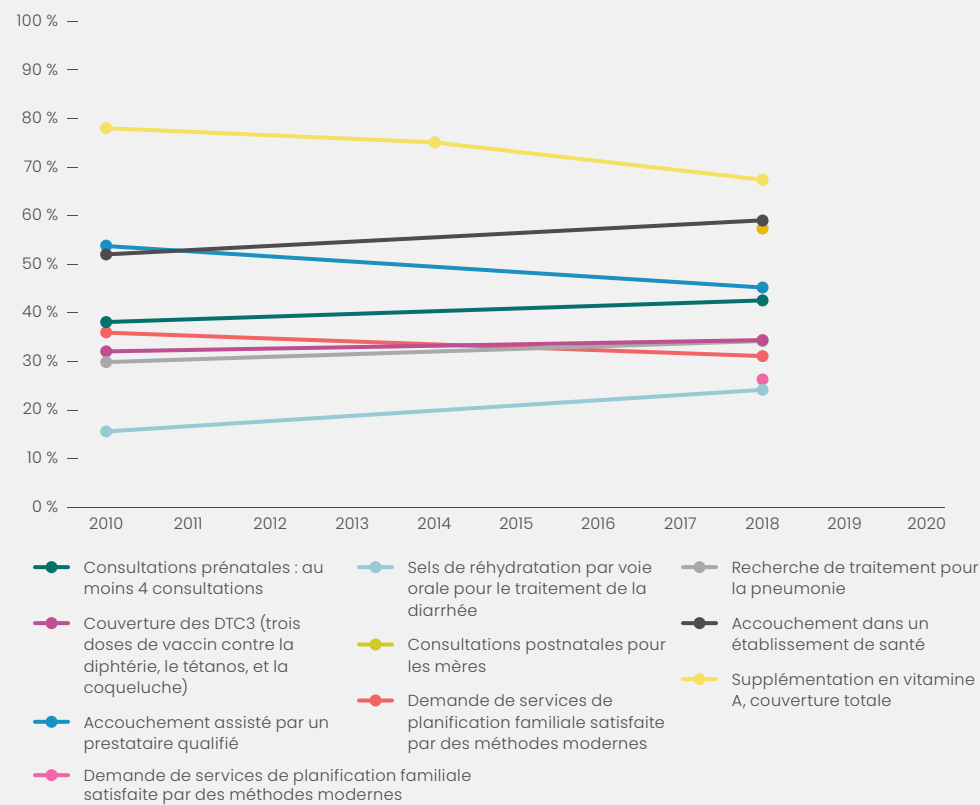
Les efforts en cours visent à renforcer et à élargir la plateforme nationale afin d'inclure davantage d'OSC. L'assistance technique du GFF a contribué à la création d'un groupe de travail technique actif sur les systèmes de gestion de l'information sanitaire. Pour aider à mobiliser les bailleurs de fonds autour du DI et institutionnaliser la mesure de l'alignement au niveau national, le GFF se concentre sur l'amélioration de la génération et de l'utilisation des données, y compris les recommandations pour de nouveaux efforts de collecte de données.

Améliorer les données nécessaires à la prise de décision :

Le GFF apporte son soutien à l'élaboration d'un cadre de résultats clair du DI, avec une base de référence et des objectifs, ainsi qu'un système de suivi du DI et un mécanisme de suivi. Le gouvernement a mis en place un système national d'information sanitaire interagences et multipartenaires, doté de gestionnaires de données recrutés dans les districts du pays.

INDICATEURS DE COUVERTURE DE SRMNEA-N

Les données sur tous les indicateurs de couverture de SRMNEA-N sont présentées à partir des enquêtes démographiques les plus récentes disponibles.



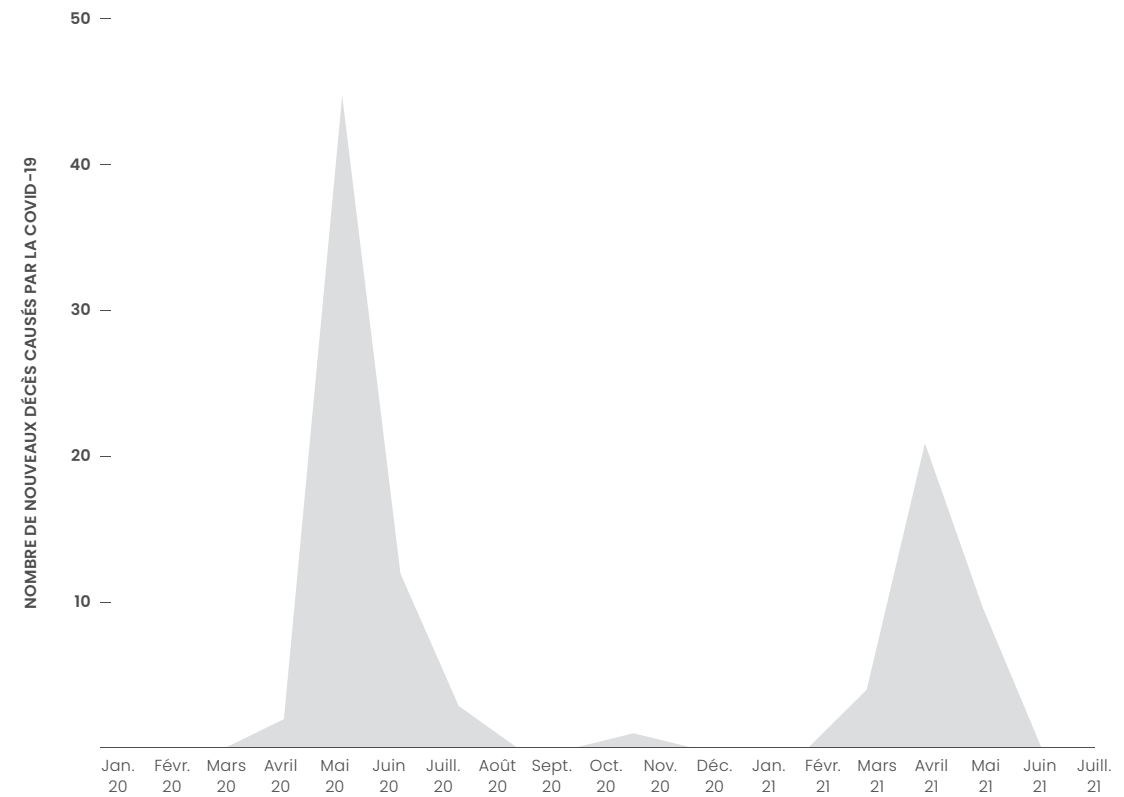
INDICATEURS D'IMPACT DE LA SRMNEA-N

	Précédents		Récents	
Taux de mortalité maternelle (pour 100 000 naissances vivantes)	-	-	-	-
Taux de mortalité des moins de 5 ans (pour 1 000 naissances vivantes)	179	2010	99	2018
Taux de mortalité néonatale (pour 1 000 naissances vivantes)	-	-	28	2018
Taux de natalité parmi les adolescentes, 15-19 ans (pour 1 000 femmes)	229	2010	184	2018
Naissances < 24 mois après l'accouchement précédent (%)	-	-	-	-
Retard de croissance parmi les enfants de moins de 5 ans (%)	40.7	2010	39.8	2018
Émaciation modérée à sévère parmi les enfants de moins de 5 ans (%)	7.4	2010	5.4	2018
Mortinaissances (pour 1 000 grossesses)	-	-	-	-

FINANCEMENT DE LA SANTÉ

	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Part du budget public consacré à la santé (%)	-	13.1	10.6	8.8	10.6	12.0
Taux d'exécution du budget de la santé (%)	-	-	27	103	59	42
Part des dépenses de santé allant aux prestataires de première ligne (%)	-	-	-	-	-	-
Dépenses publiques générales de santé (DGGHE), par habitant (USD)	1.7	2.4	3.3	3.4	-	-
Les DGGHE en tant que part des dépenses publiques générales (%)	3.3	5	5.3	4.2	-	-
Paiements directs de santé, par habitant (USD)	9.3	12	16.9	22.4	-	-

DÉCÈS CAUSÉS PAR LA COVID-19 EN RÉPUBLIQUE CENTRAFRICAINE



Alors que le GFF soutient le suivi de routine des perturbations des services de santé essentiels dans 18 pays partenaires, des données mensuelles sur les décès liés à la COVID-19 sont fournies pour l'ensemble des 36 pays partenaires du GFF jusqu'en juillet 2021 afin de montrer l'impact continu de la pandémie. Le GFF continue de soutenir les pays partenaires dans le suivi des résultats essentiels de SRMNEA-N et des priorités du dossier d'investissement tout au long de la pandémie.

NOUVEAUX DÉCÈS CAUSÉS PAR LA COVID-19



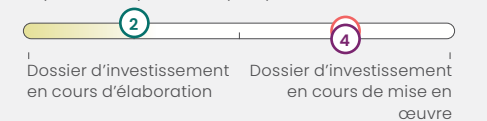
CARTOGRAPHIE DES RESSOURCES

Depuis son adhésion au Mécanisme de financement mondial (GFF), la République centrafricaine a fait de la santé reproductive, maternelle, néonatale, de l'enfant et de l'adolescent, et de la nutrition (SRMNEA-N) une priorité nationale, et le pays prend des mesures importantes pour atteindre les Objectifs de développement durable (ODD) grâce à l'élaboration et à la mise en œuvre de son dossier d'investissement (DI) pour la réduction de la mortalité maternelle et infantile. Un élément central de la mise en œuvre du DI est la cartographie des ressources et le suivi des dépenses, qui permettent d'évaluer les lacunes de financement, d'aligner les ressources des bailleurs de fonds et du gouvernement, et d'améliorer l'efficacité et l'équité des dépenses de santé.

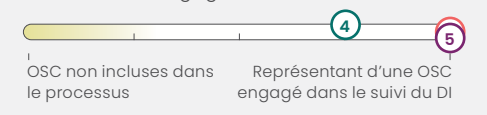
Les précédentes cartographies des ressources et les exercices de calcul des coûts détaillés ont montré que sur la période couverte par le dossier d'investissement de la RCA (2020-2022), les besoins de financement s'élèvent à 151 millions de dollars américains. Le gouvernement et les partenaires financiers se sont engagés à soutenir la mise en œuvre des interventions prioritaires du DI, et l'exercice de cartographie des ressources qui est en cours d'achèvement confirmera non seulement le financement du gouvernement et des partenaires qui est disponible, mais permettra également de suivre les dépenses sur les priorités du DI de 2020.

LE SUIVI DU PROCESSUS PILOTÉ PAR LE PAYS

Dossier d'investissement pour la SRMNEA-N ou équivalent (par exemple, plan national de santé)



Un processus de plateforme nationale inclusif avec l'engagement des OSC



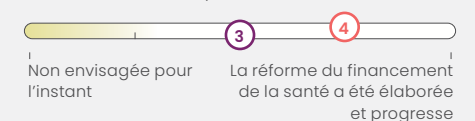
Stratégie et cadre de suivi des résultats en appui au DI (inclus dans le document du DI ou dans un document séparé)



Analyse sur le genre/Stratégie sur le genre



Un plan de mise en œuvre comprenant des initiatives visant à améliorer la MRN, l'efficacité et/ou la protection financière



○ 2019 ○ 2020 ○ 2021

LE RÔLE CATALYTIQUE DU GFF

- Élaborer un dossier d'investissement qui est chiffré et qui donne la priorité :** Le dossier d'investissement (DI) du Tchad est toujours en cours d'élaboration, avec quelques retards dus à la pandémie de COVID-19 et à l'instabilité politique. Une analyse de la situation a été réalisée et un premier projet de théorie du changement a été élaboré. Le GFF et ses partenaires ont fourni une assistance technique pour réaliser une analyse des goulots d'étranglement à l'aide de l'outil Equist, ainsi que le chiffrage du DI à l'aide de l'outil One Health.
- Donner la priorité aux réformes du financement et des systèmes de santé et les mettre en œuvre :** Le GFF soutient le renforcement du système de gestion des finances publiques et fournit une assistance technique pour un examen des dépenses publiques et un examen de l'espace budgétaire afin d'accroître l'utilisation et la mobilisation des ressources nationales. Pour faciliter cela, un exercice initial de cartographie des ressources et de suivi des dépenses a été réalisé. Le processus du DI comprend également une analyse de faisabilité des mécanismes de mise en commun et soutient l'institutionnalisation du financement basé sur les résultats (FBR), pour inclure le renforcement du programme des agents de santé communautaires. Le GFF soutient l'amélioration de l'équité par la gratuité des soins et l'assurance santé pour les plus pauvres.

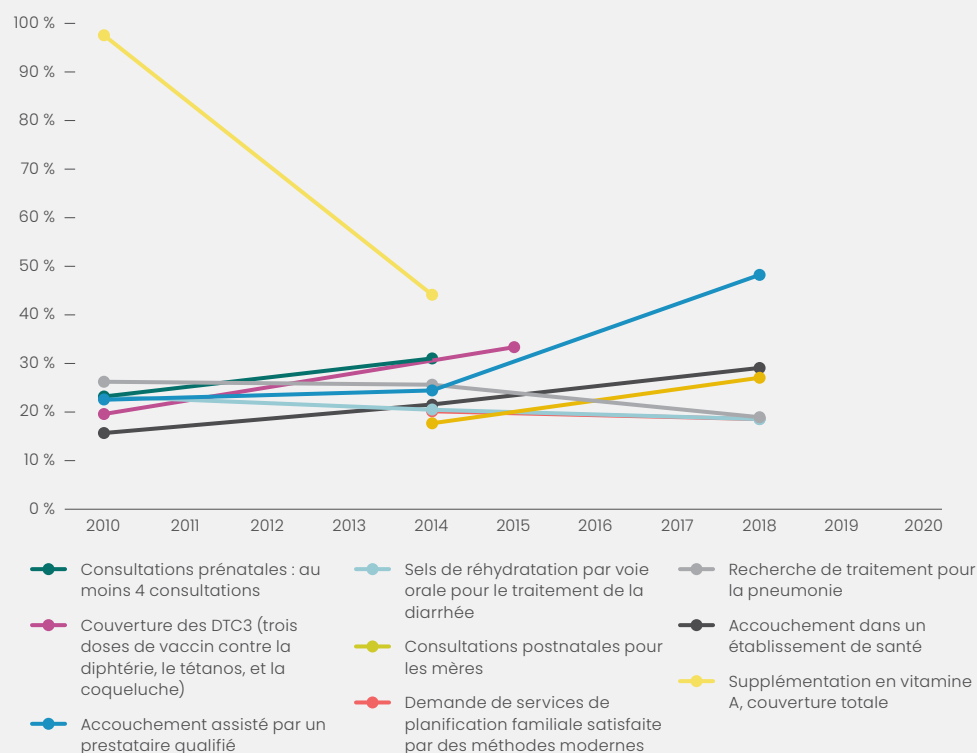
- Renforcer la plateforme nationale et rassembler les partenaires financiers et techniques au niveau national :** Le GFF soutient le renforcement des capacités et fournit un financement aux organisations de la société civile afin de renforcer leur participation à l'élaboration et à la mise en œuvre du DI, tout en s'engageant auprès de nouveaux partenaires potentiels désireux de rejoindre le DI. La plateforme nationale a mené des activités d'apprentissage sur l'engagement des parties prenantes, l'élaboration et la mise en œuvre du DI, et le maintien des services de santé essentiels dans le contexte de la COVID-19.

- Améliorer les données nécessaires à la prise de décision :** Le GFF soutient l'élaboration en cours d'un cadre de résultats du DI clair, avec des points de référence et des objectifs, qui comprend une évaluation de la disponibilité et de la qualité des données. Les réformes visent à renforcer les systèmes d'enregistrement et de statistiques de l'état civil et à améliorer la collecte et l'utilisation des données par la plateforme nationale. Dans le cadre du programme de FBR, les données sur la qualité des soins seront régulièrement collectées et analysées et les lacunes en matière de données seront évaluées. Une enquête téléphonique visant à suivre les services de santé essentiels pendant la pandémie de COVID-19 est en cours.

TCHAD

INDICATEURS DE COUVERTURE DE SRMNEA-N

Les données sur tous les indicateurs de couverture de SRMNEA-N sont présentées à partir des enquêtes démographiques les plus récentes disponibles.



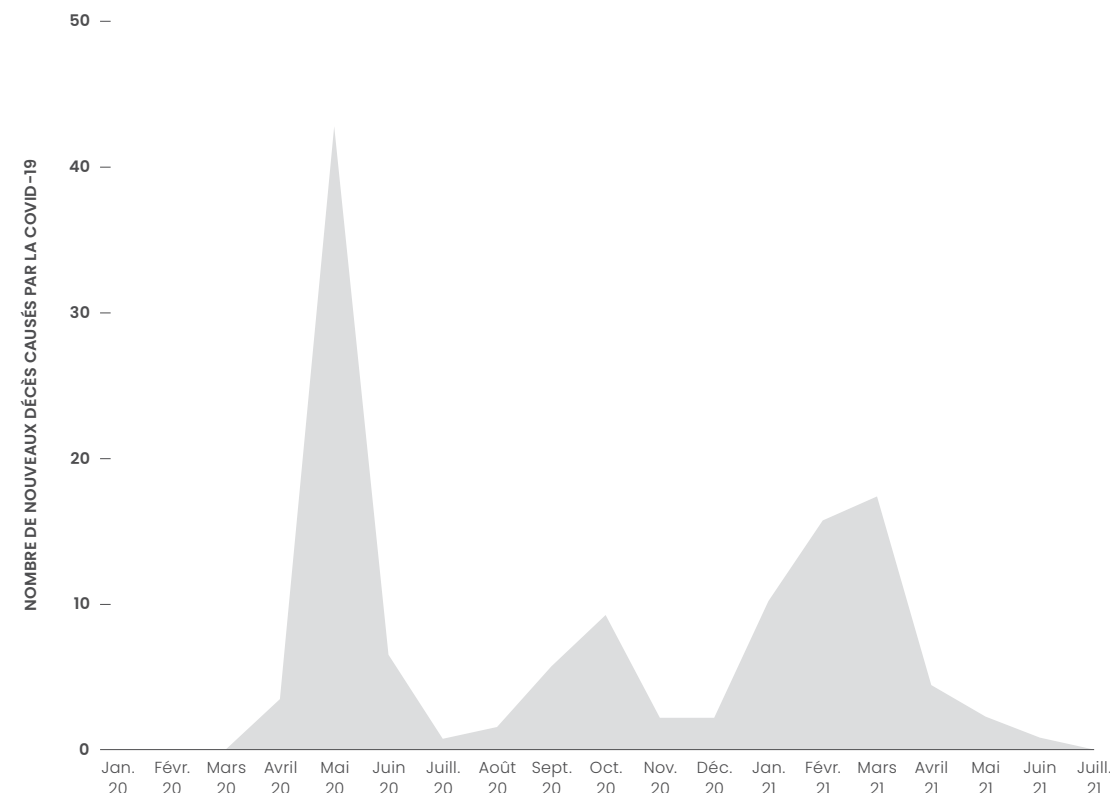
INDICATEURS D'IMPACT DE LA SRMNEA-N

Indicateur	Précédents		Récents	
	Valeur	Année	Valeur	Année
Taux de mortalité maternelle (pour 100 000 naissances vivantes)	860	2014	-	-
Taux de mortalité des moins de 5 ans (pour 1 000 naissances vivantes)	133	2014	122	2019
Taux de mortalité néonatale (pour 1 000 naissances vivantes)	34	2014	33	2019
Taux de natalité parmi les adolescentes, 15-19 ans (pour 1 000 femmes)	179	2014	138	2019
Naissances < 24 mois après l'accouchement précédent (%)	30.2	2014	-	-
Retard de croissance parmi les enfants de moins de 5 ans (%)	32	2018	29.2	2019
Émaciation modérée à sévère parmi les enfants de moins de 5 ans (%)	13.5	2018	13.9	2019
Mortinaissances (pour 1 000 grossesses)	-	-	-	-

FINANCEMENT DE LA SANTÉ

Indicateur	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Part du budget public consacré à la santé (%)	-	9	6.3	4.6	6.9	7.6
Taux d'exécution du budget de la santé (%)	-	98.3	91.3	92.3	98.6	83.5
Part des dépenses de santé allant aux prestataires de première ligne (%)	-	-	-	-	-	29.8
Dépenses publiques générales de santé (DGGHE), par habitant (USD)	7.5	5.8	4.7	5	-	-
Les DGGHE en tant que part des dépenses publiques générales (%)	5.2	5.7	4.7	5.2	-	-
Paiements directs de santé, par habitant (USD)	19.9	19.2	17.1	18.1	-	-

DÉCÈS CAUSÉS PAR LA COVID-19 AU TCHAD



Alors que le GFF soutient le suivi de routine des perturbations des services de santé essentiels dans 18 pays partenaires, des données mensuelles sur les décès liés à la COVID-19 sont fournies pour l'ensemble des 36 pays partenaires du GFF jusqu'en juillet 2021 afin de montrer l'impact continu de la pandémie. Le GFF continue de soutenir les pays partenaires dans le suivi des résultats essentiels de SRMNEA-N et des priorités du dossier d'investissement tout au long de la pandémie.

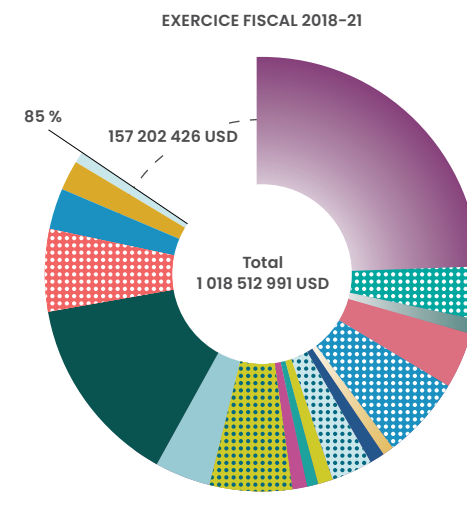
NOUVEAUX DÉCÈS CAUSÉS PAR LA COVID-19

CARTOGRAPHIE DES RESSOURCES

Le premier exercice de cartographie des ressources et de suivi des dépenses (CRSD) a été achevé en mai 2021 et couvrait la période 2018-2021. Le dossier d'investissement (DI) étant en cours d'élaboration, la CRSD s'est concentrée sur les priorités du Plan national de développement sanitaire (PNDS 3).

L'exercice a permis d'identifier les ressources disponibles auprès de 26 bailleurs de fonds (76 %). Les contributions financières les plus importantes sont fournies par le Fonds mondial (23 %), l'USAID (12 %), l'Unicef (12 %), l'UE (7 %), Gavi (10 %), la BM/IDA (6 %) et l'AFD (6 %), les financements étant complétés par le budget du gouvernement (24 %). La diminution des financements prévus à partir de l'année 2021 s'explique en partie par le manque de prévisibilité des engagements futurs, tant du gouvernement que des partenaires de développement.

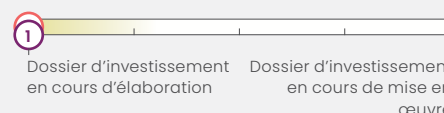
Globalement, les engagements budgétaires combinés des bailleurs de fonds et du gouvernement sur la période 2018 à 2022 (et au-delà) pour la SRMNEA et pour la nutrition étaient respectivement de 19 % et 19,4 % des ressources totales allouées au secteur de la santé. Il convient de noter que lesdits engagements ont augmenté au cours des trois dernières années, de 2018 à 2021, de 85,6 % pour la SRMNEA et de 24,1 % pour la nutrition.



- GOVERNEMENT DU TCHAD
- USAID
- UNFPA
- BANQUE MONDIALE
- BMGF
- AFD
- USAID (OFDA)
- UNHCR
- FONDS MONDIAL
- BPRM
- SWISS COOP.
- OMS
- UNICEF (FONDS PROPRES)
- GAVI
- UE
- WFP
- UNICEF (AUTRES FONDS)
- UE (ECHO)
- GAP

LE SUIVI DU PROCESSUS PILOTÉ PAR LE PAYS

Dossier d'investissement pour la SRMNEA-N ou équivalent (par exemple, plan national de santé)



Un processus de plateforme nationale inclusif avec l'engagement des OSC



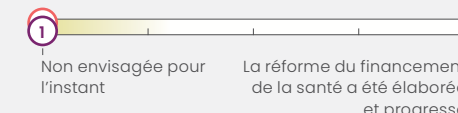
Stratégie et cadre de suivi des résultats en appui au DI (inclus dans le document du DI ou dans un document séparé)



Analyse sur le genre/Stratégie sur le genre



Un plan de mise en œuvre comprenant des initiatives visant à améliorer la MRN, l'efficacité et/ou la protection financière



2019 2020 2021

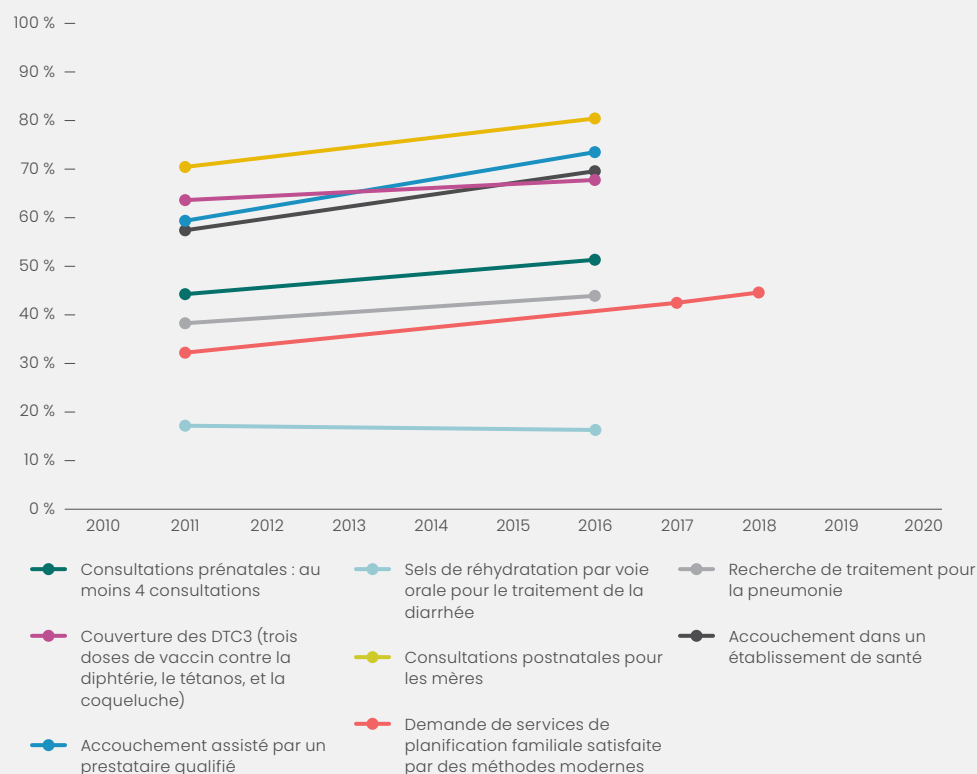
LE RÔLE CATALYTIQUE DU GFF

- Élaborer un dossier d'investissement qui est chiffré et qui donne la priorité :** Le dossier d'investissement (DI) pour la Côte d'Ivoire a permis de mobiliser les partenaires de développement autour des priorités de financement de la santé, qui comprennent l'augmentation des dépenses publiques pour les soins de santé primaires à travers la décentralisation, le renforcement de la collaboration avec le secteur privé, l'intensification des achats stratégiques pour transférer davantage de ressources vers les lignes de front, et l'association du régime de couverture maladie universelle (CMU) à des outils fondés sur des données probantes pour suivre les progrès.
- Donner la priorité aux réformes du financement et des systèmes de santé et les mettre en œuvre :** Le mécanisme d'achat stratégique fournit un cadre approprié pour la mise en œuvre de la couverture maladie universelle. Le DI vise à améliorer l'équité et la qualité des services achetés par le biais de l'assurance et l'efficacité du système de soins gratuits ciblés. Le gouvernement prévoit d'intégrer et d'étendre l'achat stratégique et le financement basé sur la performance au niveau national aux prestataires de soins de santé publics et aux prestataires de soins de santé du secteur privé (40 pour cent des services de santé, principalement dans les zones urbaines et les centres économiques).
- Renforcer la plateforme nationale et rassembler les partenaires techniques et financiers au niveau national :** En 2019, le gouvernement a créé la Plateforme nationale de coordination du financement de la santé (PNCFS). Impliquant un large éventail de partenaires, la plateforme soutient la mise en œuvre des réformes du financement de la santé et assure un financement adéquat et durable du secteur de la santé lorsque les partenaires de développement quittent le pays. Pour un meilleur alignement sur les priorités, le GFF a fourni des ressources humaines pour diriger le groupe de travail technique des partenaires du développement sur le financement de la santé, et a assuré une assistance technique au secteur privé et à la société civile.
- Améliorer les données nécessaires à la prise de décision :** Des données de bonne qualité étant disponibles dans le pays, les efforts du GFF se sont concentrés sur l'alignement des méthodes de suivi du financement des soins de santé primaires et sur la mise en œuvre d'un cadre de résultats pour le suivi des priorités du DI.

CÔTE D'IVOIRE

INDICATEURS DE COUVERTURE DE SRMNEA-N

Les données sur tous les indicateurs de couverture de SRMNEA-N sont présentées à partir des enquêtes démographiques les plus récentes disponibles.



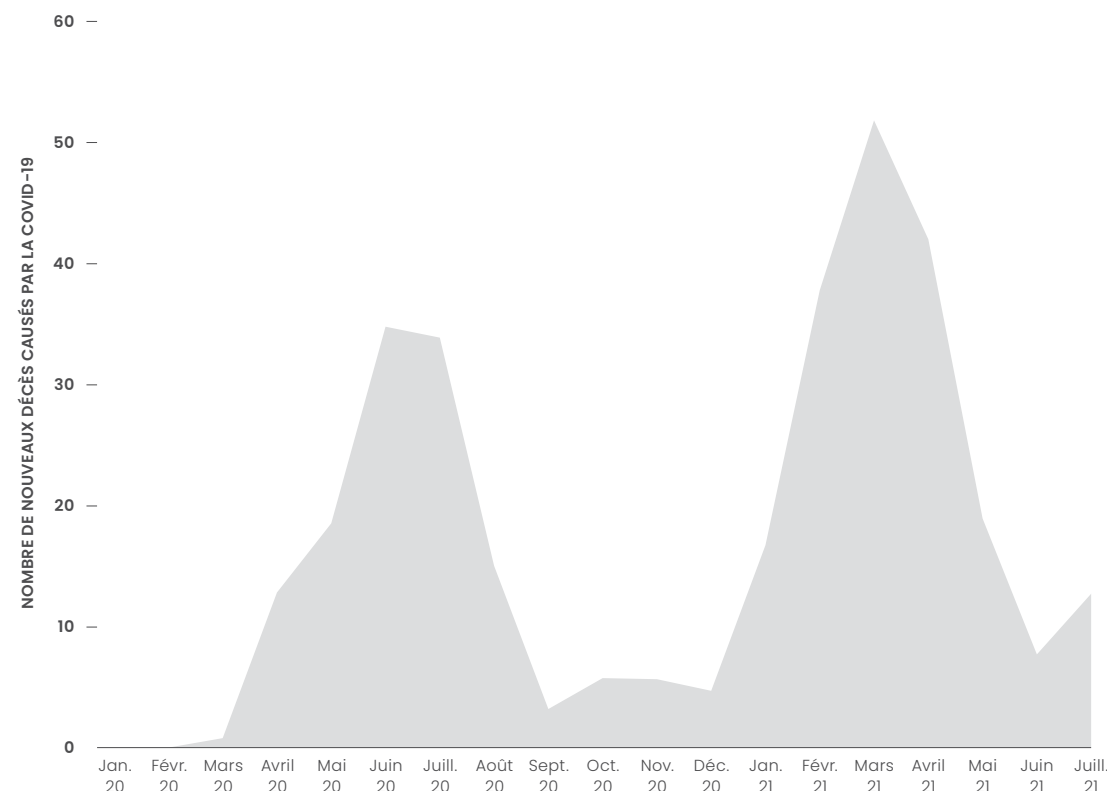
INDICATEURS D'IMPACT DE LA SRMNEA-N

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

FINANCEMENT DE LA SANTÉ

	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Part du budget public consacré à la santé (%)	6.6	6	6.1	5.4	5.3	7.4
Taux d'exécution du budget de la santé (%)	-	90	90	86	85	70
Dépenses publiques générales de santé (DGGHE), par habitant (USD)	15.5	17.1	19.7	20.7	-	-
Les DGGHE en tant que part des dépenses publiques générales (%)	4.7	4.8	5.1	5.1	-	-
Paiements directs de santé, par habitant (USD)	27	27	27.3	28.3	-	-

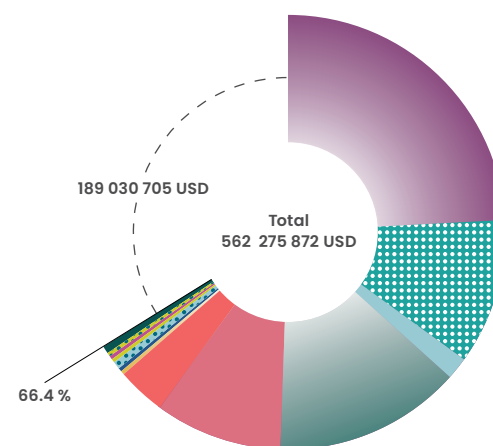
DÉCÈS CAUSÉS PAR LA COVID-19 EN CÔTE D'IVOIRE



Alors que le GFF soutient le suivi de routine des perturbations des services de santé essentiels dans 18 pays partenaires, des données mensuelles sur les décès liés à la COVID-19 sont fournies pour l'ensemble des 36 pays partenaires du GFF jusqu'en juillet 2021 afin de montrer l'impact continu de la pandémie. Le GFF continue de soutenir les pays partenaires dans le suivi des résultats essentiels de SRMNEA-N et des priorités du dossier d'investissement tout au long de la pandémie.

NOUVEAUX DÉCÈS CAUSÉS PAR LA COVID-19

EXERCICE FISCAL 2021



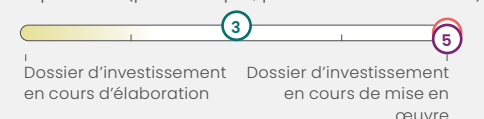
CARTOGRAPHIE DES RESSOURCES

Le processus du dossier d'investissement en Côte d'Ivoire a été un élément essentiel pour obtenir l'engagement du gouvernement à augmenter son budget annuel de santé, qui a augmenté de 16,6 % entre 2019 et 2020. Sur la base de l'augmentation du budget du gouvernement et des données de cartographie des ressources recueillies auprès des bailleurs de fonds, 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. À partir de cette année, le ministère de la Santé et de l'Hygiène publique sera en charge du déploiement de l'exercice de CRSD à travers la Direction des affaires financières, qui travaillera à l'intégration de la CRSD avec les comptes nationaux de la santé.

- GOVERNEMENT DE LA CÔTE D'IVOIRE
- BANQUE MONDIALE
- FONDS FIDUCIAIRE FM
- GOVERNEMENT AMÉRICAIN
- AGENCE FRANÇAISE DE DÉVELOPPEMENT
- JICA
- INITIATIVE 5 %
- GAVI
- UNICEF
- KOICA
- OMS
- UNFPA
- AUTRES BAILLEURS
- GAP

LE SUIVI DU PROCESSUS PILOTÉ PAR LE PAYS

Dossier d'investissement pour la SRMNEA-N ou équivalent (par exemple, plan national de santé)



Un processus de plateforme nationale inclusif avec l'engagement des OSC



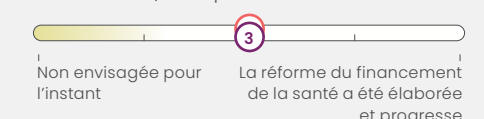
Stratégie et cadre de suivi des résultats en appui au DI (inclus dans le document du DI ou dans un document séparé)



Analyse sur le genre/Stratégie sur le genre



Un plan de mise en œuvre comprenant des initiatives visant à améliorer la MRN, l'efficacité et/ou la protection financière



○ 2019 ○ 2020 ○ 2021

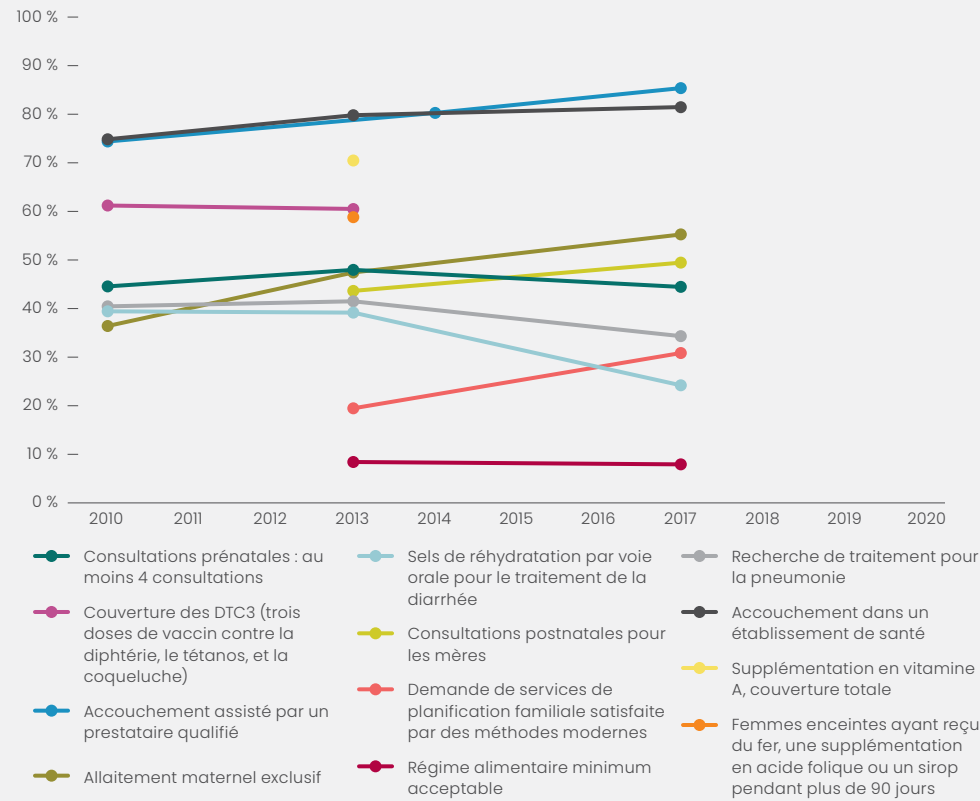
LE RÔLE CATALYTIQUE DU GFF

- **Donner la priorité aux réformes du financement et des systèmes de santé et les mettre en œuvre :** Le dossier d'investissement (DI) de la République démocratique du Congo donne la priorité à l'utilisation et à la mobilisation des ressources nationales, et ce avec l'aide de la cartographie des ressources et du suivi des dépenses (CRSD) soutenus par le GFF. Pour améliorer l'exécution du budget, le GFF et ses partenaires soutiennent les réformes de la gestion des finances publiques, notamment la budgétisation par programme et la création d'un service administratif et financier. En outre, le financement basé sur la performance et l'achat stratégique d'un ensemble de services de santé, ainsi que de trois paquets spécifiques à une maladie, visent à améliorer la prestation de services.
- **Renforcer la plateforme nationale et rassembler les partenaires financiers et techniques au niveau national :** Le GFF cherche à améliorer l'alignement des bailleurs de fonds aux niveaux national et provincial. Les partenaires ont évalué un contrat unique et les résultats de la CRSD, tandis que le GFF soutient également les efforts de plaidoyer menés en collaboration avec la société civile pour accroître la mobilisation des ressources internes.
- **Améliorer les données nécessaires à la prise de décision :** Le GFF a soutenu des études analytiques sur l'espace budgétaire et les goulots d'étranglement relatifs à la mobilisation des ressources nationales et à l'exécution du budget, présentées lors de la conférence sur la couverture santé universelle qui s'est tenue à Kinshasa en février 2020.

RÉPUBLIQUE DÉMOCRATIQUE DU CONGO

INDICATEURS DE COUVERTURE DE SRMNEA-N

Les données sur tous les indicateurs de couverture de SRMNEA-N sont présentées à partir des enquêtes démographiques les plus récentes disponibles.



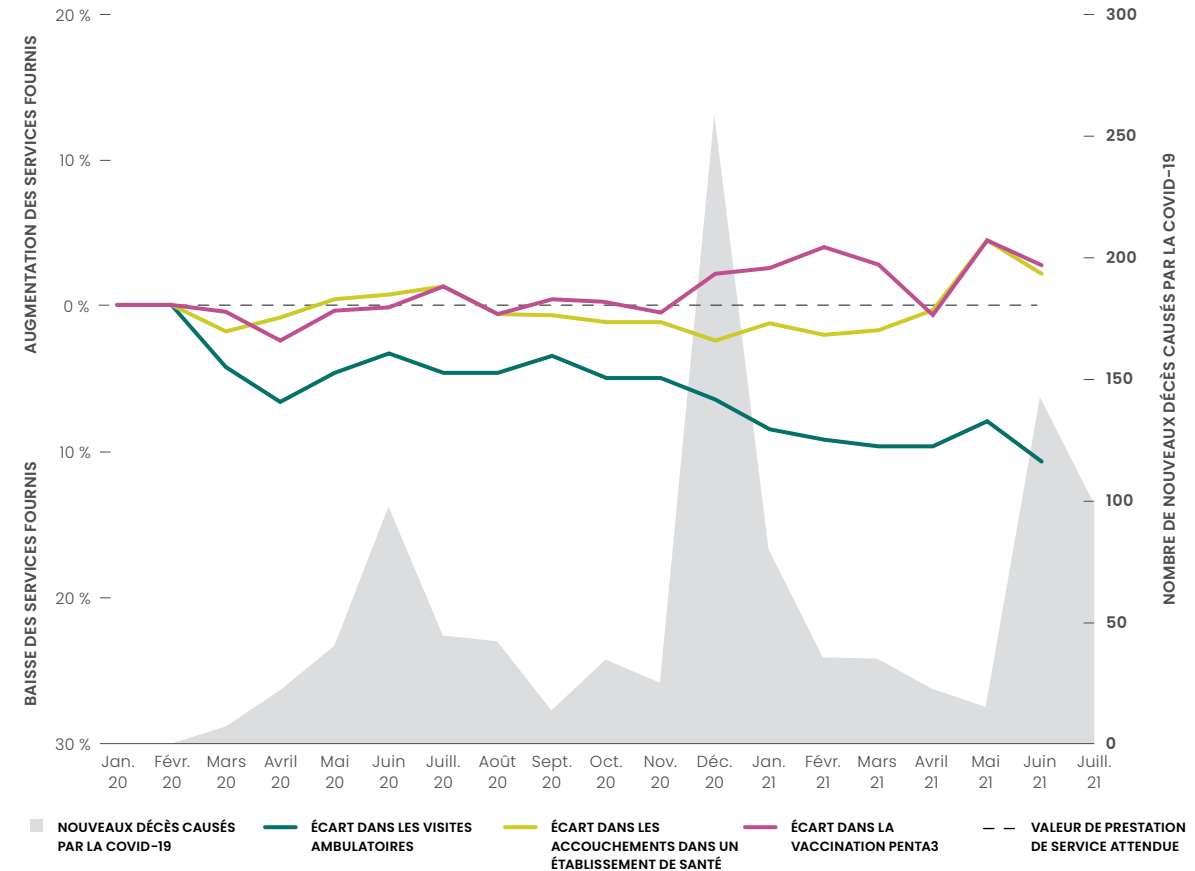
INDICATEURS D'IMPACT DE LA SRMNEA-N

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 1 000 naissances vivantes)	104	2014	70	2017
Taux de mortalité néonatale (pour 1 000 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
Mortinaissances (pour 1 000 grossesses)	-	-	-	-

FINANCEMENT DE LA SANTÉ

Indicateur	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Part du budget public consacré à la santé (%)	8.9	6.7	7.8	7.6	11	10
Taux d'exécution du budget de la santé (%)	34.1	97	54	52.7	57.1	67.7
Part des dépenses de santé allant aux prestataires de première ligne (%)	29	9	9	12	15	21.3
Dépenses publiques générales de santé (DGGHE), par habitant (USD)	4.3	3.2	2	3	3.7	-
Les DGGHE en tant que part des dépenses publiques générales (%)	6.4	5.9	4.6	6.7	6.2	-
Paiements directs de santé, par habitant (USD)	7.9	8.2	8.3	8.3	8.5	-

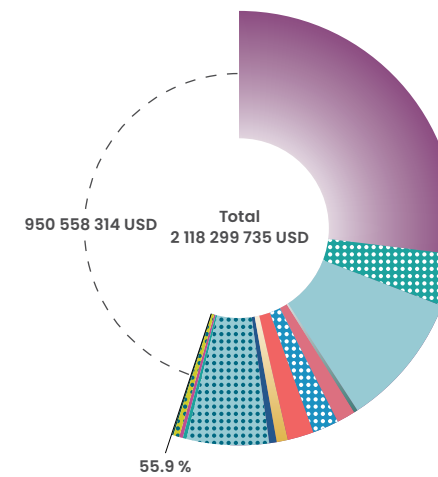
INSUFFISANCE DE LA PRESTATION DE SERVICES PAR RAPPORT AUX TENDANCES PRÉPANDÉMIQUES



Suivi des services de santé essentiels pendant la COVID-19

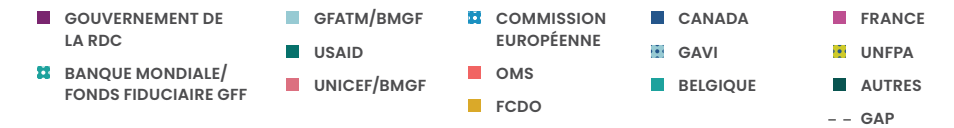
La République démocratique du Congo a connu son plus grand déficit en volume de consultations ambulatoires (11 %), en juin 2021, entraînant un déficit cumulé de 4 % par rapport aux valeurs attendues. Les vaccinations Penta3 et les accouchements dans un établissement de santé sont restés proches des niveaux attendus tout au long de cette période. Si le volume des accouchements dans un établissement de santé a chuté en décembre 2020, il a retrouvé les valeurs attendues en avril 2021.

EXERCICE FISCAL 2020



CARTOGRAPHIE DES RESSOURCES

La cartographie des ressources a été achevée pour le Plan national de développement sanitaire (PNDS) 2019-22, qui sert de stratégie nationale de santé prioritaire et de dossier d'investissement (DI) pour le pays. La cartographie des ressources (CR) présente une analyse des tendances entre les exercices fiscaux 2019 et 2020. Les données pour cette évaluation ont été fournies par le ministère de la Santé (MS) par le biais du processus de budgétisation basée sur le programme (BBP), qui a consolidé les données budgétaires ainsi que les dépenses nationales et internationales en ce qui concerne le PNDS. Le groupe de coordination des bailleurs de fonds de la santé, connu sous le nom de Groupe inter-bailleurs de la santé (GIBS) a également fourni des rétroactions. Le ministère de la Santé a indiqué que ces estimations sont encore en cours de mise à jour par le GIBS et pourraient changer. Le déficit de financement du DI a doublé entre 2019 et 2020, en raison d'une augmentation du coût du PNDS entre 2019 et 2020 et d'une diminution de la contribution des bailleurs de fonds au DI. En raison de la COVID-19, tous les bailleurs de fonds n'ont pas pu maintenir le même niveau d'engagement en 2020 qu'en 2019, car plusieurs d'entre eux ont dû redonner la priorité aux financements relatifs à la réponse à la COVID-19. Néanmoins, davantage de bailleurs de fonds sont alignés sur le DI en 2020 qu'en 2019. Les ressources nationales ont légèrement augmenté en termes absolus mais ont diminué en termes relatifs pour couvrir le coût du DI.



LE SUIVI DU PROCESSUS PILOTÉ PAR LE PAYS

Dossier d'investissement pour la SRMNEA-N ou équivalent (par exemple, plan national de santé)



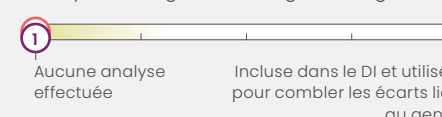
Un processus de plateforme nationale inclusif avec l'engagement des OSC



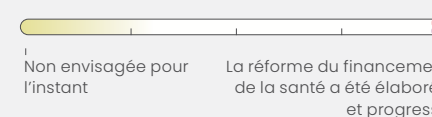
Stratégie et cadre de suivi des résultats en appui au DI (inclus dans le document du DI ou dans un document séparé)



Analyse sur le genre/Stratégie sur le genre



Un plan de mise en œuvre comprenant des initiatives visant à améliorer la MRN, l'efficacité et/ou la protection financière



○ 2019 ○ 2020 ○ 2021

LE RÔLE CATALYTIQUE DU GFF

• **Élaborer un dossier d'investissement qui est chiffré qui donne la priorité** : Le GFF soutient le premier dossier d'investissement (DI) de l'Éthiopie pour étendre les services de santé essentiels – en particulier dans les régions mal desservies – en augmentant les ressources humaines au niveau des soins de santé primaires, en renforçant la mobilisation communautaire, en améliorant la chaîne d'approvisionnement et en s'attaquant aux obstacles à l'accès. Jusqu'à 90 pour cent du financement, lié aux résultats, a été décaissé, le GFF ayant accordé un deuxième cycle de financement à l'Éthiopie pour un montant de 30 millions de dollars américains. Le GFF a également soutenu l'élaboration d'un nouveau DI qui met l'accent sur l'équité en offrant davantage d'incitations financières aux niveaux infranationaux et qui aborde les domaines qui accusent encore du retard tels que les soins aux nouveau-nés et aux adolescents. Le DI renforce l'équité en encourageant les accouchements assistés par du personnel qualifié dans les trois régions les moins performantes (Afar, Oromia et Somali), et met l'accent sur la planification familiale et la santé des adolescents.

• **Donner la priorité aux réformes du financement et des systèmes de santé et les mettre en œuvre** : Le GFF fournit des analyses et des recommandations politiques pour l'utilisation et la mobilisation des ressources nationales pour la santé et a aidé le gouvernement à suivre les priorités budgétaires. Parallèlement, le GFF joue un rôle essentiel dans la promotion de la mobilisation des ressources nationales et de l'efficacité des ressources, ce qui suscite l'intérêt des bailleurs de fonds à rejoindre le Fonds de performance des objectifs de développement durable (FP-ODD). Le GFF a soutenu la mise en œuvre d'indicateurs liés aux décaissements relatifs à l'assurance santé communautaire, déployée dans un plus grand nombre de districts et entraînant une plus grande utilisation des soins. L'assistance technique du GFF a soutenu l'automatisation du processus opérationnel de base et du système fiduciaire de l'Agence d'approvisionnement en produits pharmaceutiques afin d'améliorer l'efficacité de l'approvisionnement et de la distribution, et a aidé à transformer le système d'enregistrement et de statistiques de l'état civil en passant à l'enregistrement électronique.

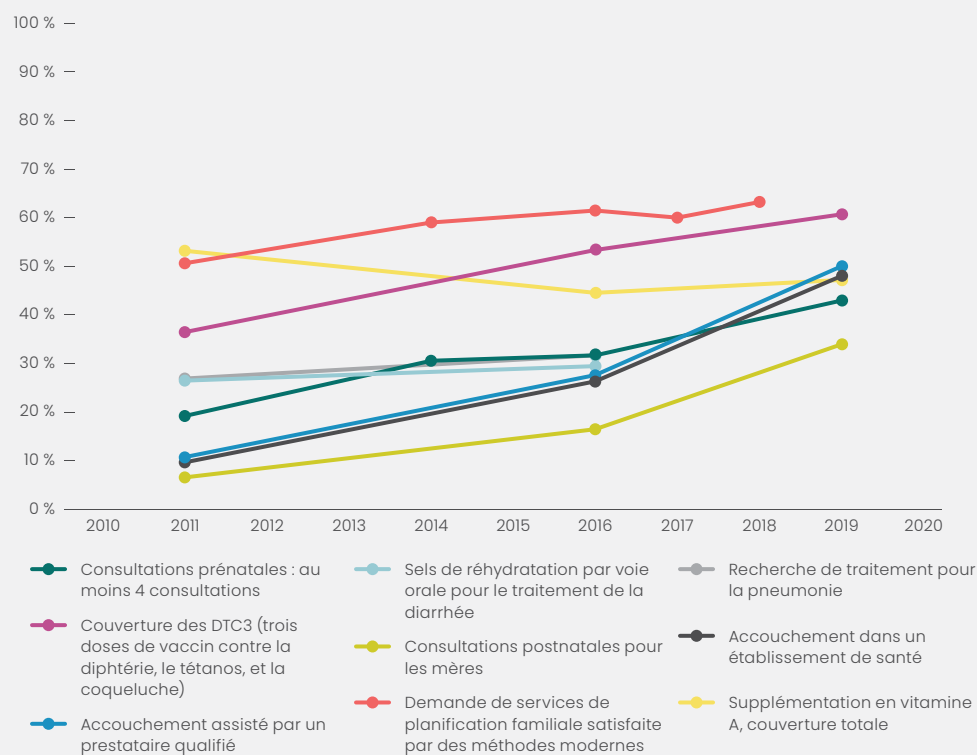
• **Renforcer la plateforme nationale et rassembler les partenaires financiers et techniques au niveau national** : Le partenariat du GFF a joué un rôle essentiel dans la promotion du programme de mobilisation et d'efficacité des ressources nationales pour l'Éthiopie lors de la retraite du FP-ODD, ce qui a attiré d'autres bailleurs de fonds intéressés à rejoindre le FP-ODD au cours de l'année suivante. Le GFF a également contribué à renforcer l'engagement avec le secteur privé à travers l'analyse, l'assistance technique et le renforcement des capacités pour sélectionner et gérer les initiatives du secteur privé et les partenariats public-privé. En outre, le GFF a contribué à cristalliser l'alignement sur les réformes clés du financement de la santé, telles que le financement basé sur les résultats et la budgétisation basée sur les programmes, et ce sous la direction du ministère de la Santé et du ministère des Finances.

• **Améliorer les données nécessaires à la prise de décision** : Le GFF a soutenu la mise en œuvre et le suivi du cadre de résultats du DI avec des indicateurs de base et des objectifs. En collaboration avec le ministère de la Santé, le GFF a également soutenu l'institutionnalisation du suivi des ressources et des dépenses, qui est utilisé pour communiquer les engagements annuels des partenaires en matière de ressources et évaluer les dépenses par rapport à ces engagements.

ÉTHIOPIE

INDICATEURS DE COUVERTURE DE SRMNEA-N

Les données sur tous les indicateurs de couverture de SRMNEA-N sont présentées à partir des enquêtes démographiques les plus récentes disponibles.



INDICATEURS D'IMPACT DE LA SRMNEA-N

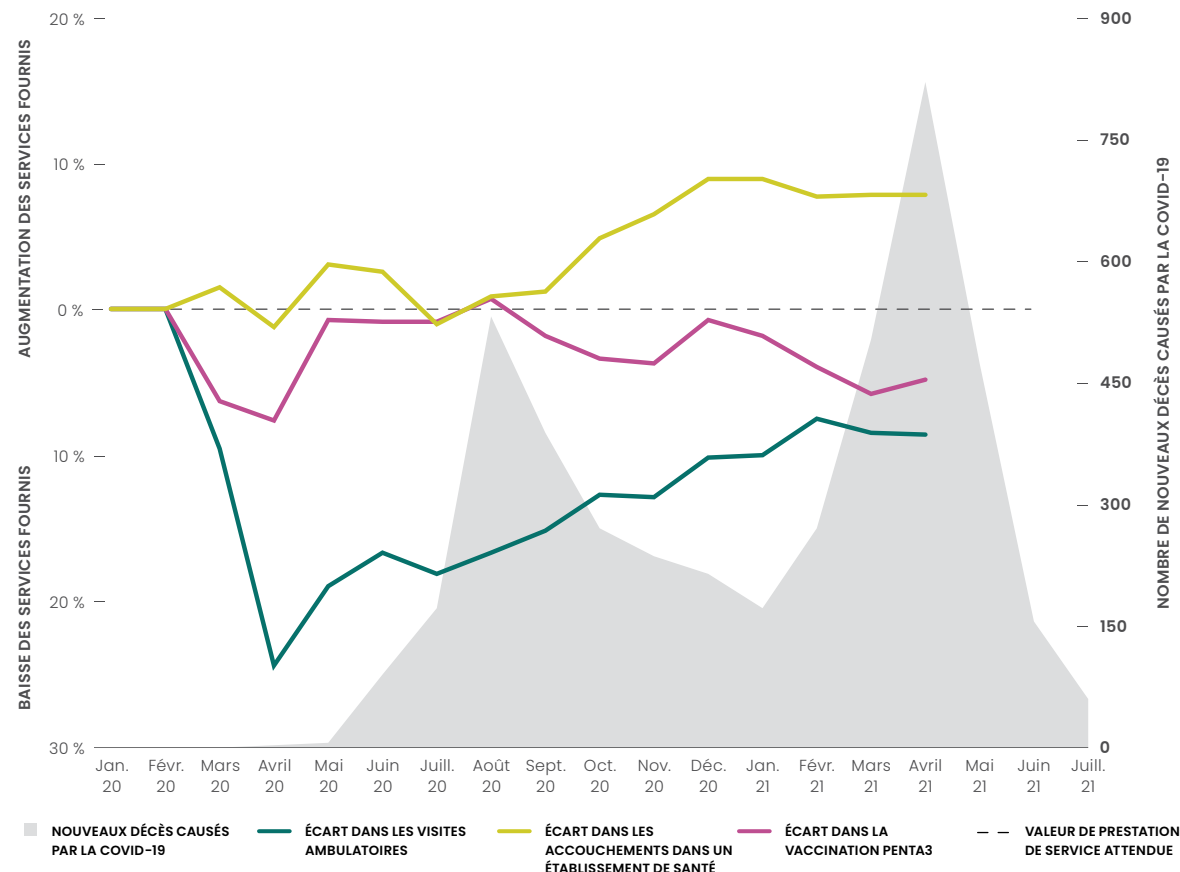
	Précédents	Récents
Taux de mortalité maternelle (pour 100 000 naissances vivantes)	412	2016
Taux de mortalité des moins de 5 ans (pour 1 000 naissances vivantes)	67	55
Taux de mortalité néonatale (pour 1 000 naissances vivantes)	29	30
Taux de natalité parmi les adolescentes, 15-19 ans (pour 1 000 femmes)	80	79
Naissances < 24 mois après l'accouchement précédent (%)	21.7	-
Retard de croissance parmi les enfants de moins de 5 ans (%)	38.4	36.8
Émaciation modérée à sévère parmi les enfants de moins de 5 ans (%)	9.8	7.2
Mortinaissances (pour 1 000 grossesses)*	17.3	11.7

*Le taux de mortinatalité estimé par le Groupe interagences des Nations Unies pour l'estimation de la mortalité infantile en Éthiopie est de 26 pour l'année 2016 et de 30 pour l'année 2011 (pour un total de 1 000 naissances). Voir <https://childmortality.org/data> pour plus d'informations.

FINANCEMENT DE LA SANTÉ

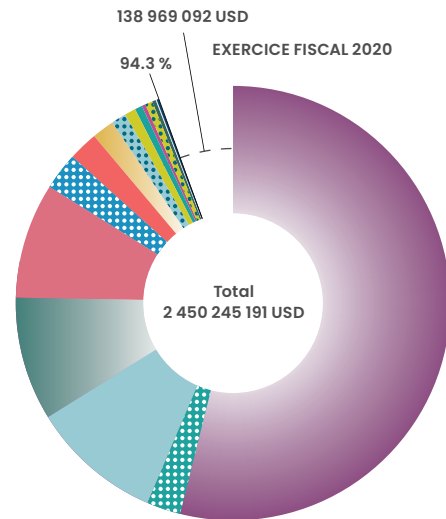
	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Part du budget public consacré à la santé (%)	-	8.6	8.1	8.9	-	-
Taux d'exécution du budget de la santé (%)	-	80	77	83	-	-
Part des dépenses de santé allant aux prestataires de première ligne (%)	-	36	41	37	-	-
Dépenses publiques générales de santé (DGGHE), par habitant (USD)	6.0	6.3	6.2	5.7	-	-
Les DGGHE en tant que part des dépenses publiques générales (%)	5.6	5	4.8	4.8	-	-
Paiements directs de santé, par habitant (USD)	8.8	8.9	8.6	8.6	-	-

INSUFFISANCE DE LA PRESTATION DE SERVICES PAR RAPPORT AUX TENDANCES PRÉPANDÉMIQUES



Suivi des services de santé essentiels pendant la COVID-19

Le volume des services de santé essentiels a subi des perturbations dès les mois de mars et d'avril 2020 en Éthiopie, avec un déficit de 24 % en avril par rapport aux valeurs attendues. Les consultations ambulatoires sont restées inférieures aux prévisions tout au long de la pandémie, entraînant un déficit cumulé de 15 % jusqu'en juin 2021. Les vaccinations Penta3 ont augmenté après une baisse initiale, mais ont connu un deuxième déficit de 6 % en mars 2021. Les accouchements dans un établissement de santé ont continué à s'améliorer en 2021 par rapport aux niveaux d'avant la COVID, restant au-dessus du volume attendu après septembre 2020.



CARTOGRAPHIE DES RESSOURCES

La cartographie des ressources (CR) présente une analyse des tendances entre l'exercice 2018/19 et l'exercice 2019/20. 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 en matière 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 sur la cartographie annuelle des ressources du HSTP fournis par le ministère de la Santé (MS). L'analyse des tendances de la CR a révélé des résultats majeurs en matière d'amélioration de l'engagement du gouvernement envers le secteur de la santé, ce qui a entraîné une baisse significative du déficit de financement du programme. Le financement du gouvernement au secteur de la santé a montré une augmentation significative de 38,5 % en 2018/19 à 53,1 % en 2019/20. En conséquence, le déficit de financement du programme de santé publique est passé de 26 % en 2018/19 à 5,7 % en 2019/20. D'autre part, la contribution des bailleurs de fonds, tant sur le budget que hors budget, et l'alignement sur le DI sont plus ou moins similaires au cours des deux exercices. En outre, la contribution de la communauté, qui comprend 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.

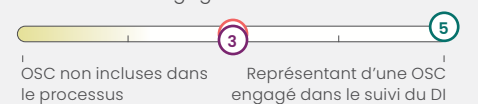
- GOVERNEMENT DE L'ÉTHIOPIE
- SHI, CBHI
- UE
- AICS
- IRISH AID
- BANQUE MONDIALE/FONDS FIDUCIAIRE GFF
- FONDS DU CANAL 3
- GAVI
- UNFPA
- CONTRIBUTION DE LA COMMUNAUTÉ
- FCDO
- PAYS-BAS
- OMS
- FONDS MONDIAL
- UNICEF
- AECID
- GAP

LE SUIVI DU PROCESSUS PILOTÉ PAR LE PAYS

Dossier d'investissement pour la SRMNEA-N ou équivalent (par exemple, plan national de santé)



Un processus de plateforme nationale inclusif avec l'engagement des OSC



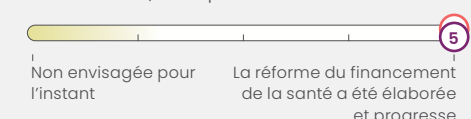
Stratégie et cadre de suivi des résultats en appui au DI (inclus dans le document du DI ou dans un document séparé)



Analyse sur le genre/Stratégie sur le genre



Un plan de mise en œuvre comprenant des initiatives visant à améliorer la MRN, l'efficacité et/ou la protection financière



2019 2020 2021

LE RÔLE CATALYTIQUE DU GFF

Élaborer un dossier d'investissement qui est chiffré et qui donne la priorité :

Le GFF soutient l'élaboration du Plan de développement à moyen terme du secteur de la santé (HSMTDP 2021-25) qui servira de dossier d'investissement (DI) pour le pays. Le DI met l'accent sur l'amélioration du système de financement public et le renforcement des soins de santé primaires, tout en améliorant les résultats de SRMNEA-N et en luttant contre les maladies non transmissibles. L'accent est mis sur l'intensification des réformes pour les prestataires de services de soins de santé primaires, l'amélioration des services maternels et néonataux, le renforcement de la gestion des maladies non transmissibles au niveau primaire et l'intensification des innovations, notamment dans les domaines des systèmes d'information, des dossiers médicaux électroniques et de la télémédecine. Le GFF tirera parti des financements de la Banque mondiale/l'Association internationale de développement ainsi que des financements publics nationaux pour soutenir le DI.

Donner la priorité aux réformes du financement et des systèmes de santé et les mettre en œuvre :

Le GFF soutiendra également les améliorations du financement de la santé, notamment en mettant l'accent sur le paiement des prestataires et la gestion des finances publiques au niveau des premières lignes. Pour améliorer l'utilisation efficace des financements, le GFF soutient un exercice de cartographie des ressources et de suivi des dépenses afin d'améliorer la compréhension de l'ampleur et de l'allocation des financements publics nationaux et externes pour la santé.

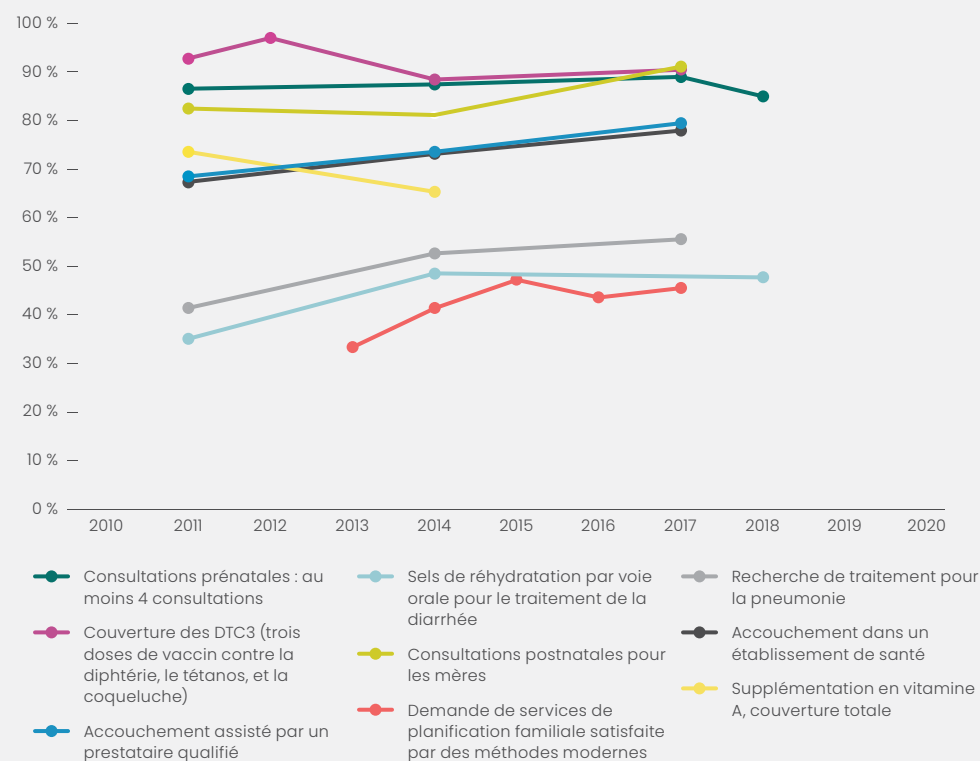
Améliorer l'utilisation des données nécessaires à la prise de décision :

Le GFF soutient l'intégration du suivi régulier des ressources dans les systèmes d'information du gouvernement, tout en encourageant l'utilisation de ces données pour la prise de décision. Le GFF soutiendra également le suivi du secteur de la santé en renforçant l'utilisation de l'information pour éclairer la planification et la budgétisation. L'assistance technique au gouvernement comprendra un soutien au renforcement des capacités pour examiner, visualiser et utiliser régulièrement les informations de suivi, ainsi qu'un soutien à la gouvernance et aux structures nécessaires pour institutionnaliser ces processus.

GHANA

INDICATEURS DE COUVERTURE DE SRMNEA-N

Les données sur tous les indicateurs de couverture de SRMNEA-N sont présentées à partir des enquêtes démographiques les plus récentes disponibles.



INDICATEURS D'IMPACT DE LA SRMNEA-N

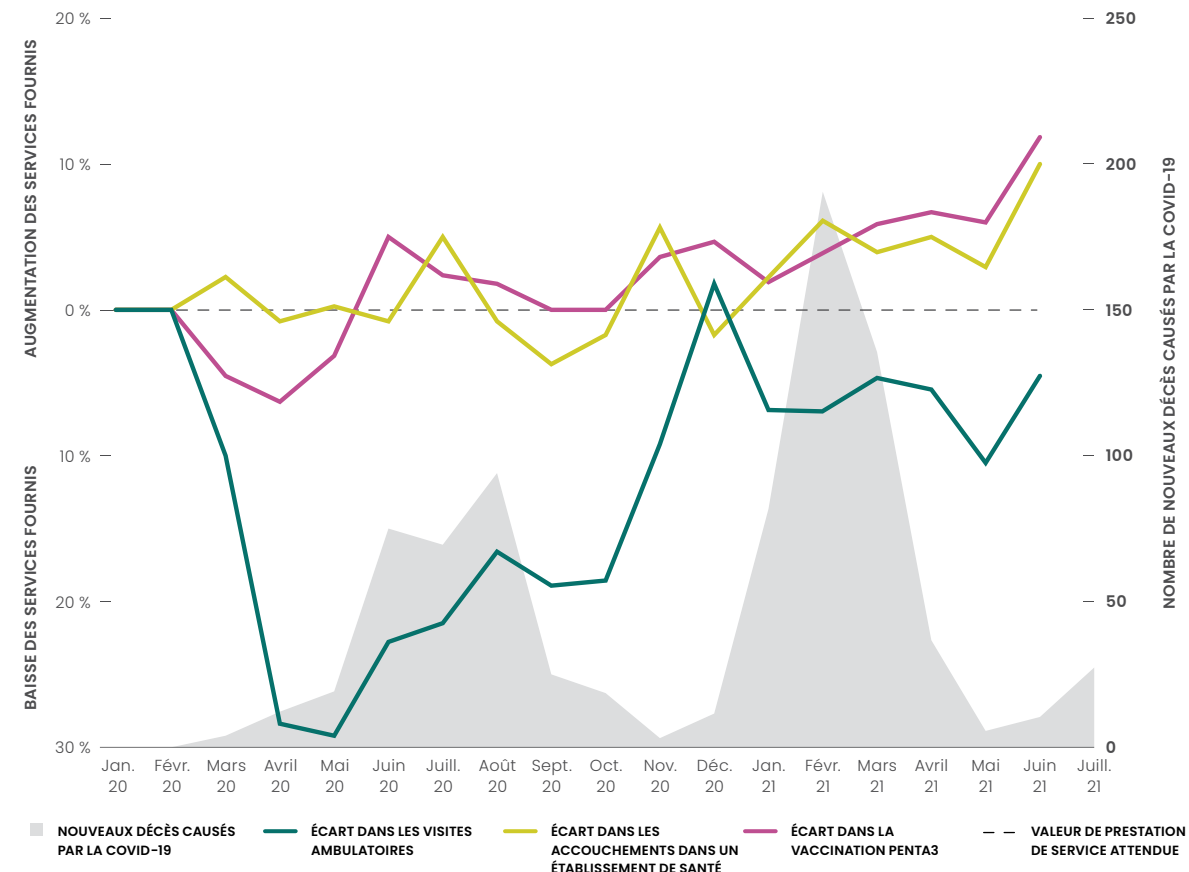
Indicateur	Précédents		Récents	
	Valeur	Année	Valeur	Année
Taux de mortalité maternelle (pour 100 000 naissances vivantes)	325	2014	310	2017
Taux de mortalité des moins de 5 ans (pour 1 000 naissances vivantes)	60	2014	56	2017
Taux de mortalité néonatale (pour 1 000 naissances vivantes)	29	2014	27	2017
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
Mortinaissances (pour 1 000 grossesses)*	14	2014	23.2	2017

* Le taux de mortinatalité estimé par le Groupe interagences des Nations Unies pour l'estimation de la mortalité infantile au Ghana est de 22 pour l'année 2017 et de 24 pour l'année 2014 (pour un total de 1 000 naissances). Voir <https://childmortality.org/data> pour plus d'informations.

FINANCEMENT DE LA SANTÉ

Indicateur	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Part du budget public consacré à la santé (%)	-	13.8	14.6	13.1	14.3	13.4
Taux d'exécution du budget de la santé (%)	-	124.8	72.8	102.9	109	96
Part des dépenses de santé allant aux prestataires de première ligne (%)	-	-	-	-	-	-
Dépenses publiques générales de santé (DGGHE), par habitant (USD)	28.6	25.6	22	30.3	-	-
Les DGGHE en tant que part des dépenses publiques générales (%)	8.6	6.5	6	6.4	-	-
Paiements directs de santé, par habitant (USD)	29.2	25.3	27.8	29.4	-	-

INSUFFISANCE DE LA PRESTATION DE SERVICES PAR RAPPORT AUX TENDANCES PRÉPANDÉMIQUES



Suivi des services de santé essentiels pendant la COVID-19

Le Ghana a connu un déficit du volume des consultations ambulatoires en avril et mai 2020, avec respectivement 28 % et 29 % de consultations ambulatoires en moins par rapport aux valeurs attendues. Si les consultations ambulatoires ont retrouvé les niveaux attendus en novembre et décembre, elles ont à nouveau chuté de janvier à avril 2021. Le Ghana a connu un déficit de 6 % du volume de vaccinations Penta3 en avril 2020, suivi d'un retour aux valeurs attendues. Le nombre cumulé d'accouchements dans un établissement de santé a été supérieur au nombre attendu depuis le début de la pandémie jusqu'en 2021.

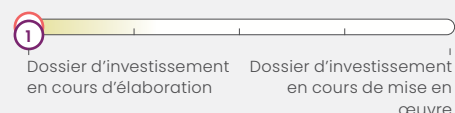


CARTOGRAPHIE DES RESSOURCES

Le Ghana a commencé à élaborer le Plan de développement à moyen terme du secteur de la santé (HSMTDP 2022-25) qui sert de dossier d'investissement pour le Ghana. Le HSMTDP décrit les interventions prioritaires pour réaliser la CSU. La cartographie des ressources pour le HSMDP est en cours, guidée par les interventions prioritaires de la feuille de route de la CSU, qui capture les engagements de financement dans tout le secteur de la santé qui financeront la mise en œuvre du plan.

LE SUIVI DU PROCESSUS PILOTÉ PAR LE PAYS

Dossier d'investissement pour la SRMNEA-N ou équivalent (par exemple, plan national de santé)



Un processus de plateforme nationale inclusif avec l'engagement des OSC



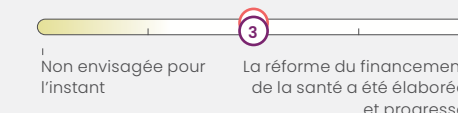
Stratégie et cadre de suivi des résultats en appui au DI (inclus dans le document du DI ou dans un document séparé)



Analyse sur le genre/Stratégie sur le genre



Un plan de mise en œuvre comprenant des initiatives visant à améliorer la MRN, l'efficacité et/ou la protection financière



2019 2020 2021

LE RÔLE CATALYTIQUE DU GFF

Élaborer un dossier d'investissement qui est chiffré et qui donne la priorité :

Le GFF soutient la Stratégie nationale multisectorielle de nutrition, qui fait office de dossier d'investissement pour le Guatemala. Tout en adoptant une approche holistique de l'amélioration de la nutrition, la stratégie se concentre sur la suralimentation et la sous-nutrition et comprend des interventions dans cinq secteurs clés : la santé, l'eau et l'assainissement, la protection sociale, le changement social et comportemental, et l'agriculture.

Donner la priorité aux réformes du financement et des systèmes de santé et les mettre en œuvre :

Le GFF a piloté un rachat de 9 millions de dollars américains basé sur la performance, conditionné par la réalisation des résultats du programme et un réinvestissement national de 18 millions de dollars américains dans le programme de transfert monétaire conditionnel du pays. Le GFF a fourni une assistance technique à trois districts pilotes pour renforcer la gestion du financement public et améliorer l'alignement entre le budget national de la santé et les plans opérationnels annuels ainsi que les plans d'achat au niveau départemental.

Renforcer la plateforme nationale et rassembler les partenaires financiers et techniques au niveau national :

En 2020, le groupe de travail technique à multiples parties prenantes qui soutient un mécanisme de coordination de la nutrition au niveau national s'est réuni deux fois, en raison de la pandémie. Le GFF soutient l'amélioration de la coordination entre le ministère du Développement social et le ministère de la Santé, en assurant les liens entre les deux ministères à travers la refonte et la numérisation de leurs systèmes d'information respectifs.

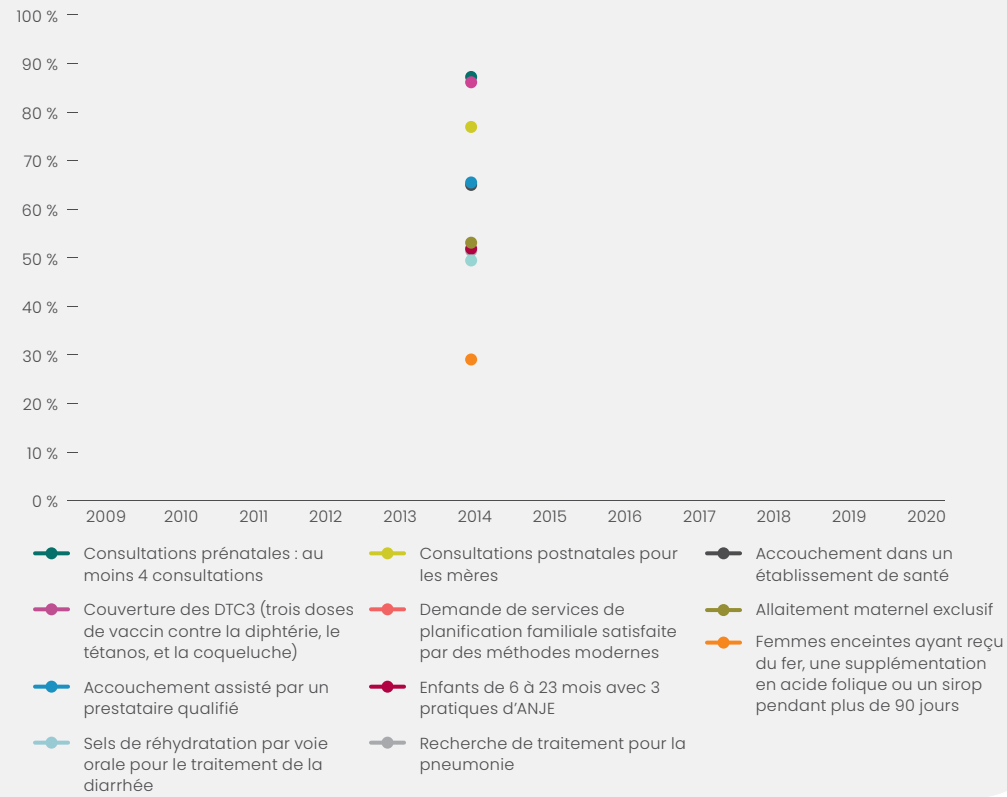
Améliorer les données nécessaires à la prise de décision :

Le GFF soutient le remaniement du système national de gestion de l'information sanitaire afin d'améliorer la saisie, la transformation et l'utilisation des données, ce qui inclut le suivi longitudinal des patients. Le GFF soutient également le Secrétariat pour la sécurité alimentaire et la nutrition dans le développement d'un plan pour suivre la mise en œuvre de la stratégie nationale de nutrition, y compris l'examen des indicateurs, des sources de données, des bases de référence et des objectifs.

GUATEMALA

INDICATEURS DE COUVERTURE DE SRMNEA-N

Les données sur tous les indicateurs de couverture de SRMNEA-N sont présentées à partir des enquêtes démographiques les plus récentes disponibles.



INDICATEURS D'IMPACT DE LA SRMNEA-N

Indicateur	Précédents		Récents	
	Valeur	Année	Valeur	Année
Taux de mortalité maternelle (pour 100 000 naissances vivantes)	140	2014	-	-
Taux de mortalité des moins de 5 ans (pour 1 000 naissances vivantes)	19.7	2018	19.9	2019
Taux de mortalité néonatale (pour 1 000 naissances vivantes)	17	2014	-	-
Taux de natalité parmi les adolescentes, 15-19 ans (pour 1 000 femmes)	92	2014	-	-
Naissances < 24 mois après l'accouchement précédent (%)	18.8	2014	-	-
Retard de croissance parmi les enfants de moins de 5 ans (%)	46.5	2014	-	-
Émaciation modérée à sévère parmi les enfants de moins de 5 ans (%)	.7	2014	-	-
Mortinaissances (pour 1 000 grossesses)*	10.7	2014	-	-

* Le taux estimé de mortinatalité rapporté par le Groupe interagences des Nations Unies pour l'estimation de la mortalité infantile au Guatemala est de 14 pour l'année 2014 (pour un total de 1 000 naissances). Voir <https://childmortality.org/data> pour plus d'informations.

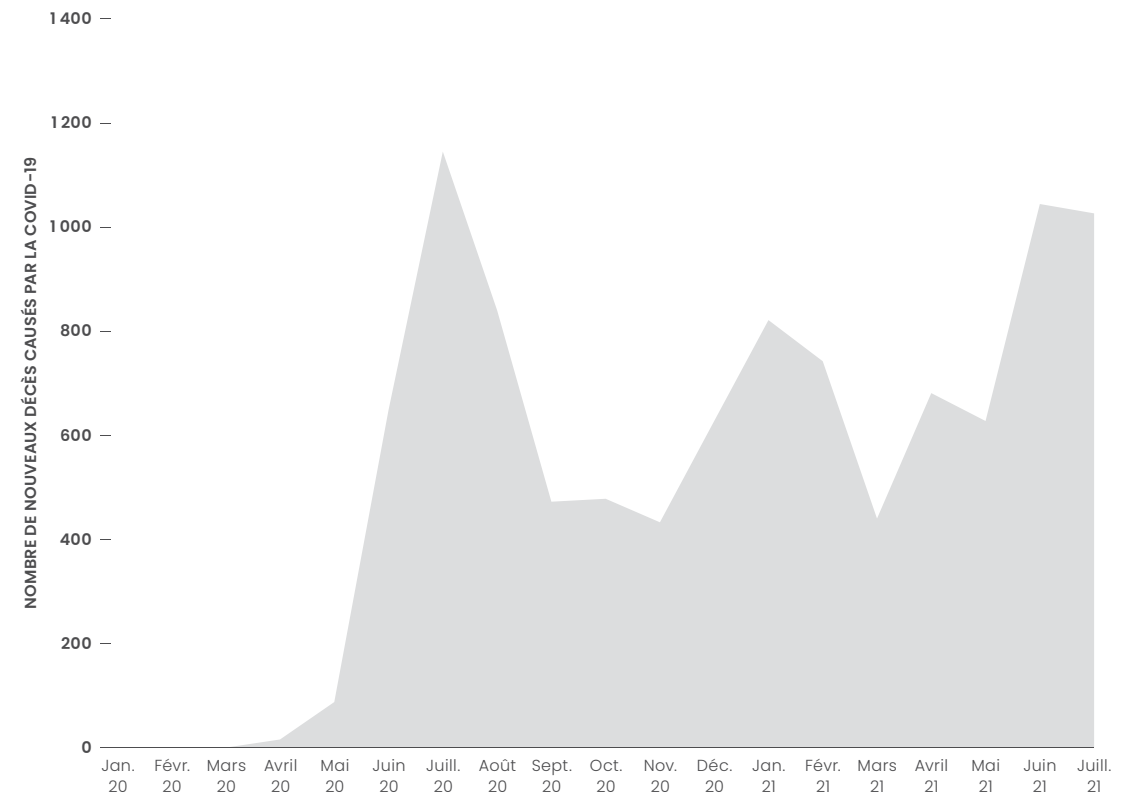
FINANCEMENT DE LA SANTÉ

Indicateur	2015	2016	2017	2018	2019	2020*
Part du budget public consacré à la santé (%)	9.3	9.0	9.0	9.1	9.4	11.4
Taux d'exécution du budget de la santé (%)	84	92.8	86.1	91.8	95.4	86.5
Part des dépenses de santé allant aux prestataires de première ligne (**)	37.7	30.2	33.9	35.0	31.8	28.5
Dépenses publiques générales de santé (DGGHE), par habitant (USD)	87.2	91.1	93.1	93.5	-	-
Les DGGHE en tant que part des dépenses publiques générales (%)	18.1	18.2	17.2	16.7	-	-
Paiements directs de santé, par habitant (USD)	128.1	135.5	140.7	149.3	-	-

* Le budget 2020 approuvé par le Congrès de la République du Guatemala a été augmenté de 205 millions de dollars américains pour faire face à la COVID-19 et à d'autres problèmes de santé.

** Pour le Guatemala, la part des dépenses de santé allant aux prestataires de première ligne fait référence au pourcentage des dépenses de santé actuelles consacrées aux soins de santé primaires.

DÉCÈS CAUSÉS PAR LA COVID-19 AU GUATEMALA



NOUVEAUX DÉCÈS CAUSÉS PAR LA COVID-19

Alors que le GFF soutient le suivi de routine des perturbations des services de santé essentiels dans 18 pays partenaires, des données mensuelles sur les décès liés à la COVID-19 sont fournies pour l'ensemble des 36 pays partenaires du GFF jusqu'en juillet 2021 afin de montrer l'impact continu de la pandémie. Le GFF continue de soutenir les pays partenaires dans le suivi des résultats essentiels de SRMNEA-N et des priorités du dossier d'investissement tout au long de la pandémie.



CARTOGRAPHIE DES RESSOURCES

Le Guatemala ne dépend pas du financement externe, avec moins de 2 % du financement total pour le secteur de la santé provenant de sources externes. Le GFF soutient les efforts visant à améliorer la planification, les flux financiers et l'utilisation des ressources du ministère central de la Santé vers les départements du ministère grâce à un meilleur alignement des plans annuels d'achat et de fonctionnement. Le Secrétariat national pour la sécurité alimentaire et la nutrition (SESAN), qui a élaboré le dossier d'investissement (DI) et supervisera sa mise en œuvre, prévoit de mener un exercice d'évaluation des coûts et de cartographie des ressources pour le nouveau DI, afin de soutenir la planification, la redéfinition éventuelle des priorités et la mobilisation des ressources pour toutes les activités démontrées comme n'étant pas financées. Le GFF soutiendra le SESAN dans cet exercice de toutes les manières demandées ou nécessaires.

LE SUIVI DU PROCESSUS PILOTÉ PAR LE PAYS

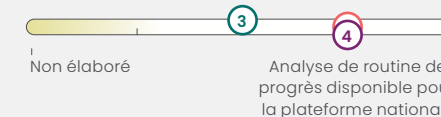
Dossier d'investissement pour la SRMNEA-N ou équivalent (par exemple, plan national de santé)



Un processus de plateforme nationale inclusif avec l'engagement des OSC



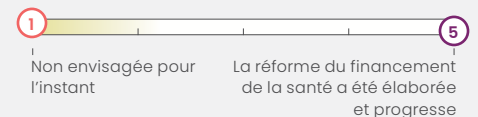
Stratégie et cadre de suivi des résultats en appui au DI (inclus dans le document du DI ou dans un document séparé)



Analyse sur le genre/Stratégie sur le genre



Un plan de mise en œuvre comprenant des initiatives visant à améliorer la MRN, l'efficacité et/ou la protection financière



○ 2019 ○ 2020 ○ 2021

GUINÉE

LE RÔLE CATALYTIQUE DU GFF

• **Élaborer un dossier d'investissement qui est chiffré et qui donne la priorité :** Le GFF soutient le dossier d'investissement (DI) qui se concentre principalement sur les soins de santé communautaires et l'application d'un ensemble de services de santé communautaires. Le DI préconise également la coordination multisectorielle pour rendre opérationnelles les opérations d'enregistrement et de statistiques de l'état civil (CRVS), ainsi que la cartographie des ressources et le suivi des dépenses afin d'aligner les ressources des bailleurs de fonds sur les priorités.

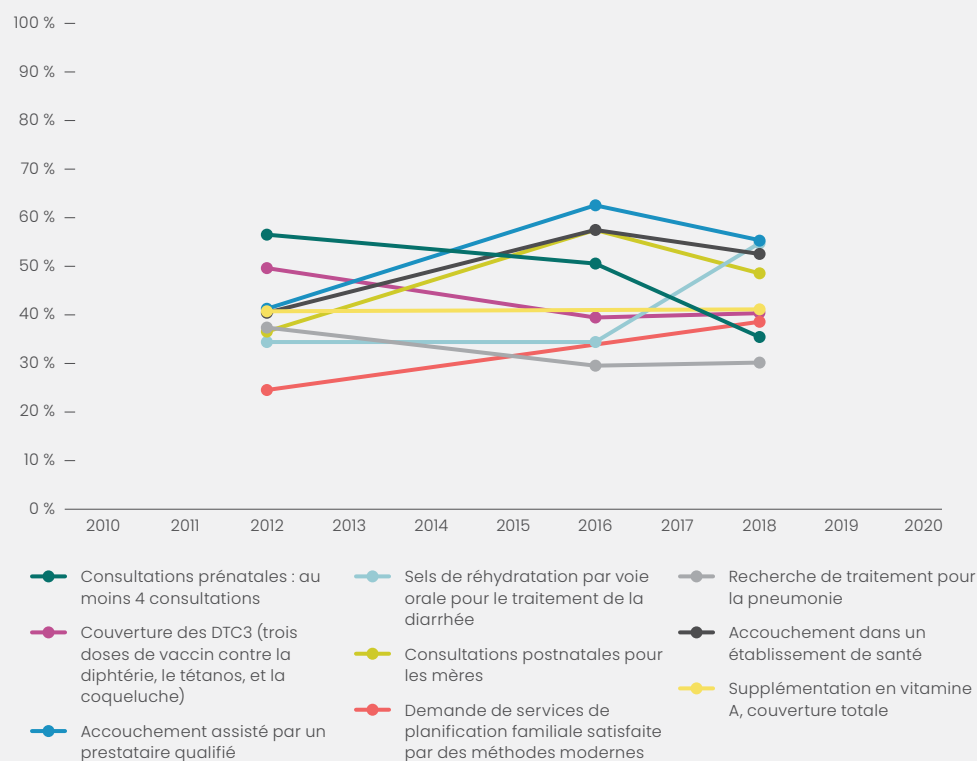
• **Donner la priorité au financement et aux réformes du système de santé et les mettre en œuvre :** Le DI vise à accroître la capacité de budgétisation et d'exécution aux niveaux central et décentralisé et à améliorer l'efficacité des dépenses et de la prestation des services de santé grâce à un financement basé sur les résultats. La modernisation du système des CRVS est également un domaine prioritaire soutenu en collaboration avec le Centre d'excellence, l'Union européenne, l'Unicef, l'UNFPA et d'autres organismes. Les efforts visant à améliorer la prestation des services de santé comprennent également la réorganisation de la stratégie et du développement pour le ministère de la Santé et l'élaboration et la mise en œuvre d'une stratégie globale pour les agents de santé communautaires.

• **Renforcer la plateforme nationale et rassembler les partenaires financiers et techniques au niveau national :** Le GFF renforce la plateforme nationale en élargissant l'engagement avec les organisations de la société civile et le secteur privé, en établissant un programme de redevabilité et en élaborant un plan de communication. En outre, le soutien technique du GFF a contribué au développement d'un groupe de travail technique actif pour la gestion du financement de la santé. Le GFF soutient également une collaboration renforcée avec l'Union européenne et d'autres partenaires sur le programme de financement de la santé en Guinée.

• **Améliorer les données nécessaires à la prise de décision :** Le GFF soutient le développement collaboratif d'un cadre de résultats avec des bases de référence, des objectifs et des systèmes pour suivre le DI. En partenariat avec le Fonds mondial et Gavi, le GFF continue de mettre l'accent sur le renforcement des systèmes de gestion de l'information sanitaire.

INDICATEURS DE COUVERTURE DE SRMNEA-N

Les données sur tous les indicateurs de couverture de SRMNEA-N sont présentées à partir des enquêtes démographiques les plus récentes disponibles.



INDICATEURS D'IMPACT DE LA SRMNEA-N

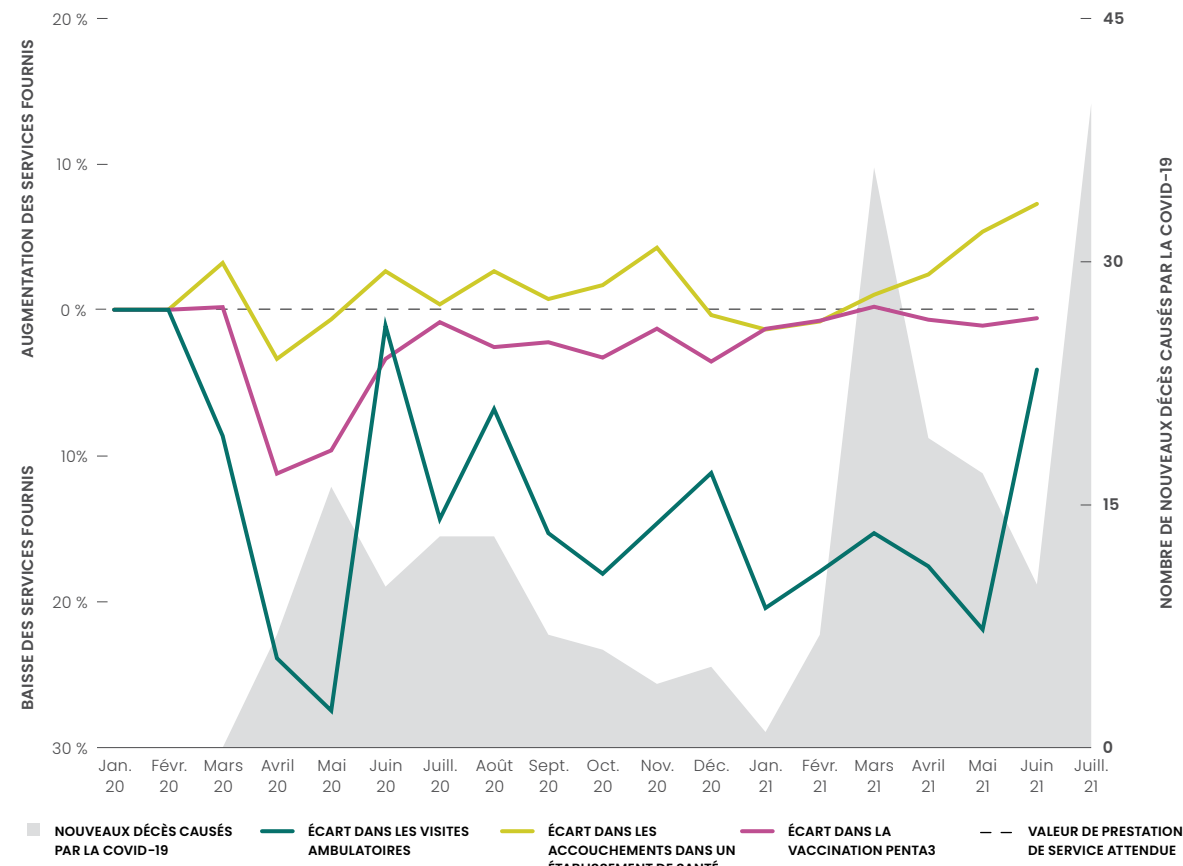
	Précédents	Récents
Taux de mortalité maternelle (pour 100 000 naissances vivantes)	724 (2012)	550 (2016)
Taux de mortalité des moins de 5 ans (pour 1 000 naissances vivantes)	123 (2012)	111 (2018)
Taux de mortalité néonatale (pour 1 000 naissances vivantes)	33 (2012)	32 (2018)
Taux de natalité parmi 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)
Mortinaissances (pour 1 000 grossesses)*	-	13.4 (2018)

* Le taux de mortinatalité (pour un total de 1 000 naissances) rapporté par le Groupe interagences des Nations Unies pour l'estimation de la mortalité infantile en Guinée est de 25,31, C.I 95 % (15,64-40,5), pour l'année 2018, et 26,27, C.I 95 % (16,53-41,66), pour l'année 2012. Voir <https://childmortality.org/data> pour plus d'informations.

FINANCEMENT DE LA SANTÉ

	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Part du budget public consacré à la santé (%)	-	5	6	7	8	6
Taux d'exécution du budget de la santé (%)	-	89	73	40	58	78
Part des dépenses de santé allant aux prestataires de première ligne (%)	-	-	-	21	36.7	26.1
Dépenses publiques générales de santé (DGGHE), par habitant (USD)	3.3	4.9	6.1	6.3	-	-
Les DGGHE en tant que part des dépenses publiques générales (%)	2	4.1	4.1	4.1	-	-
Paiements directs de santé, par habitant (USD)	22.1	19.7	20.5	23.2	-	-

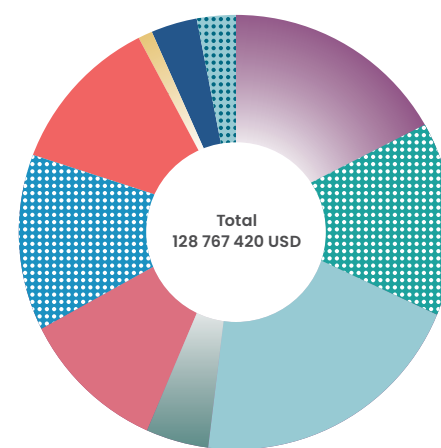
INSUFFISANCE DE LA PRESTATION DE SERVICES PAR RAPPORT AUX TENDANCES PRÉPANDÉMIQUES



Suivi des services de santé essentiels pendant la COVID-19

Les consultations ambulatoires en Guinée ont été inférieures de 15 % aux prévisions tout au long de la pandémie, les perturbations atteignant un pic en mai 2020 avec près d'un tiers de consultations ambulatoires en moins que prévu et restant inférieures aux prévisions jusqu'en juin 2021. Le nombre d'enfants ayant reçu des doses de pentavalent 3 a chuté de 13 % en avril 2020 et ce volume perdu n'a pas été récupéré. Entre mars 2020 et juin 2021, le nombre de doses de pentavalent 3 administrées a été inférieur de 6 % aux prévisions. Les accouchements dans un établissement de santé sont restés proches des valeurs attendues tout au long de la pandémie.

EXERCICE FISCAL 2021



CARTOGRAPHIE DES RESSOURCES

La cartographie des ressources montre que l'allocation du budget de la santé du gouvernement guinéen pour les priorités du dossier d'investissement (DI) représente 17,6 % des fonds disponibles en 2021, ce qui indique qu'il existe un bon potentiel pour que des ressources gouvernementales supplémentaires soient dirigées vers les priorités de SRMNEA-N.

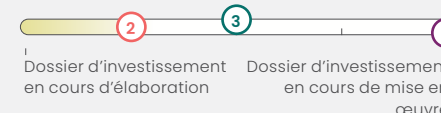
La majorité du financement du DI (82,4 %) provient des partenaires techniques et financiers. Le Fonds mondial (20,1 %), la Banque mondiale (14,4 %), l'Union européenne (13,1 %), l'Unicef (12,2 %) et l'USAID (10,6 %) sont les cinq principaux partenaires financiers. Leurs contributions combinées représentent environ 70,4 % du financement total du DI pour l'année 2021 (90,7 millions de dollars américains sur un total de 128,8 millions de dollars américains).

Un nouvel exercice de cartographie des ressources est actuellement en cours, qui permettra non seulement d'identifier les ressources pour 2022 et au-delà, mais aussi de suivre les dépenses de 2020 des financements précédemment cartographiés.



LE SUIVI DU PROCESSUS PILOTÉ PAR LE PAYS

Dossier d'investissement pour la SRMNEA-N ou équivalent (par exemple, plan national de santé)



Un processus de plateforme nationale inclusif avec l'engagement des OSC



Stratégie et cadre de suivi des résultats en appui au DI (inclus dans le document du DI ou dans un document séparé)



Analyse sur le genre/Stratégie sur le genre



Un plan de mise en œuvre comprenant des initiatives visant à améliorer la MRN, l'efficacité et/ou la protection financière



LE RÔLE CATALYTIQUE DU GFF

• **Élaborer un dossier d'investissement qui est chiffré et qui donne la priorité :** Le dossier d'investissement (DI) pour Haïti, qui est en cours d'élaboration, a créé une dynamique pour rationaliser les liens entre les stratégies existantes, telles que le Plan sectoriel de santé 2021-31, et fixer des priorités autour desquelles les nombreux partenaires en Haïti pourraient s'aligner. Malgré les retards dus à la pandémie de COVID-19 et à d'importants troubles politiques, le pays, avec le soutien de partenaires clés, continue d'avancer sur des réformes importantes en matière de santé communautaire, de chaînes d'approvisionnement, de systèmes d'information et de surveillance.

• **Donner la priorité aux réformes du financement et des systèmes de santé et les mettre en œuvre :** Le DI s'attache à déplacer les ressources vers les lignes de front pour une efficacité accrue et à améliorer les soins préventifs à travers la prestation de services communautaires. Pour mieux équilibrer le déploiement géographique des ressources humaines, le gouvernement a lancé une stratégie nationale normalisée pour les agents de santé communautaires. Parmi les autres domaines de réforme prioritaires, figurent le renforcement du financement basé sur les résultats pour les services de soins de santé primaires, avec le soutien de la Banque mondiale et du GFF, la création d'un mécanisme durable de stockage et de distribution des médicaments pour renforcer la chaîne d'approvisionnement, et l'amélioration des capacités de surveillance et de laboratoire.

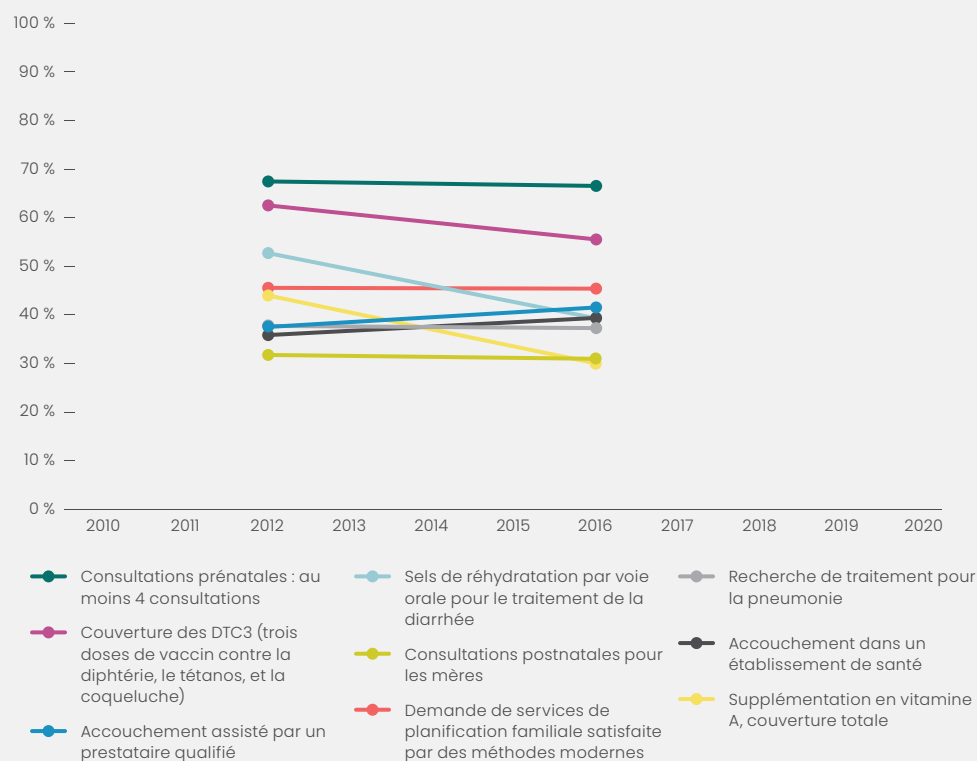
• **Renforcer la plateforme nationale et rassembler les partenaires financiers et techniques au niveau national :** Le GFF joue le rôle de catalyseur pour tirer parti des partenariats au sein du ministère de la Santé et avec d'autres entités gouvernementales et non gouvernementales afin d'atteindre les résultats et les priorités décrits dans le DI et d'accroître l'alignement des bailleurs de fonds. Récemment, le Fonds mondial a conclu un accord de cofinancement avec la Banque mondiale et le GFF pour les réformes des systèmes de santé. Le GFF et ses partenaires soutiennent la restructuration de l'unité de mise en œuvre du projet et coopèrent pour élargir le financement basé sur la performance.

• **Améliorer l'utilisation des données nécessaires à la prise de décision :** Pour soutenir la prise de décision fondée sur les données, le gouvernement d'Haïti continue de renforcer la surveillance épidémiologique et les mécanismes de suivi et d'évaluation, en s'appuyant sur les améliorations significatives des systèmes de gestion de l'information sanitaire. En outre, des efforts parallèles sont en cours pour améliorer l'interopérabilité d'autres systèmes de données utilisés pour la chaîne d'approvisionnement, les ressources humaines, la santé communautaire et les laboratoires du pays.

HAÏTI

INDICATEURS DE COUVERTURE DE SRMNEA-N

Les données sur tous les indicateurs de couverture de SRMNEA-N sont présentées à partir des enquêtes démographiques les plus récentes disponibles.



INDICATEURS D'IMPACT DE LA SRMNEA-N

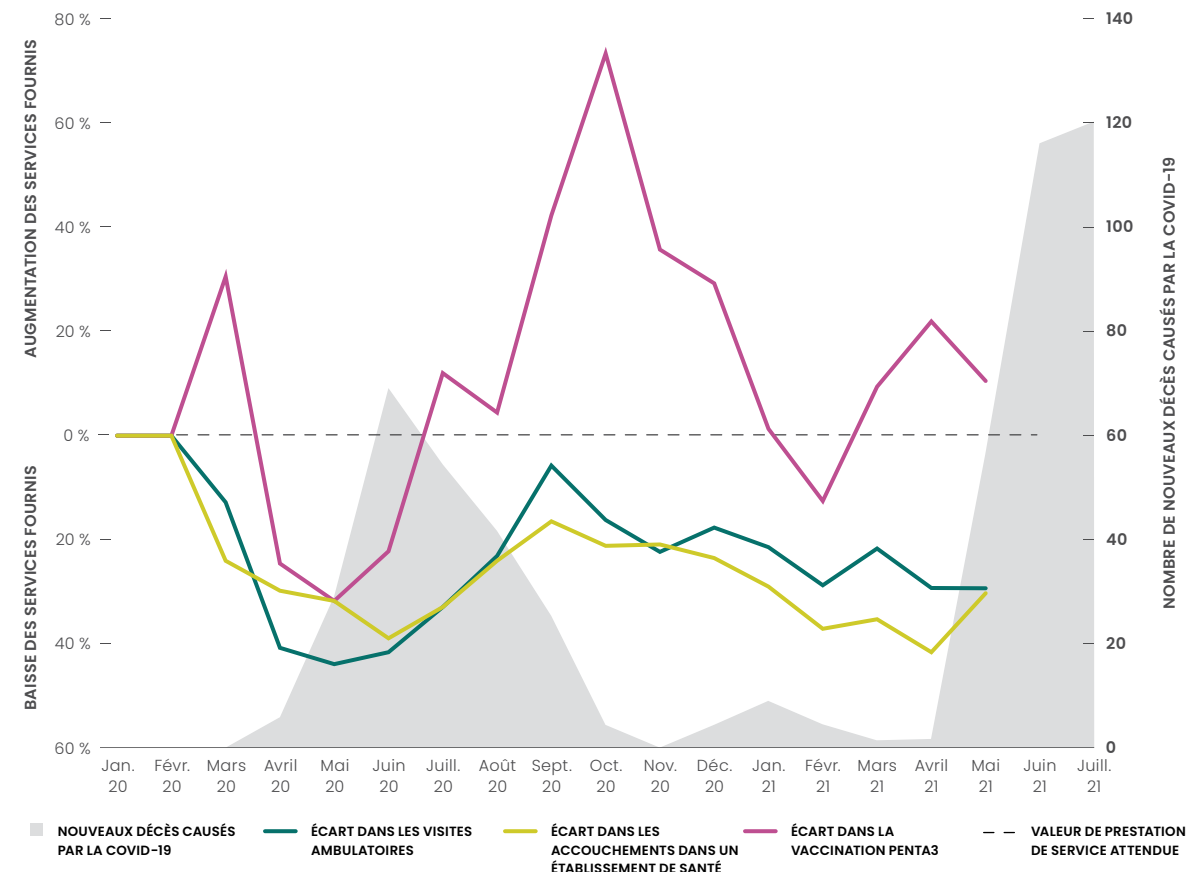
Indicateur	Précédents		Récents	
	2012	2016	2012	2016
Taux de mortalité maternelle (pour 100 000 naissances vivantes)	-	-	529	2016
Taux de mortalité des moins de 5 ans (pour 1 000 naissances vivantes)	88	2012	81	2016
Taux de mortalité néonatale (pour 1 000 naissances vivantes)	31	2012	32	2016
Taux de natalité parmi les adolescentes, 15-19 ans (pour 1 000 femmes)	66	2012	59	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
Mortinaissances (pour 1 000 grossesses)*	-	-	-	-

*Le taux de mortinatalité estimé par le Groupe interagences des Nations Unies pour l'estimation de la mortalité infantile pour Haïti est de 20,5 pour l'année 2016 et de 21,5 pour l'année 2012 (pour un total de 1 000 naissances). Voir <https://childmortality.org/data> pour plus d'informations.

FINANCEMENT DE LA SANTÉ

Indicateur	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Part du budget public consacré à la santé (%)	-	4.4	3.9	3.9	10.9	4.1
Taux d'exécution du budget de la santé (%)	-	77	90	83	100	93
Part des dépenses de santé allant aux prestataires de première ligne (%)	-	-	94.7	95.8	97	91.4
Dépenses publiques générales de santé (DGGHE), par habitant (USD)	7.5	6.5	7.4	7.7	-	-
Les DGGHE en tant que part des dépenses publiques générales (%)	4.4	5	5.4	4.8	-	-
Paiements directs de santé, par habitant (USD)	22.9	20.9	25.1	28	-	-

INSUFFISANCE DE LA PRESTATION DE SERVICES PAR RAPPORT AUX TENDANCES PRÉPANDÉMIQUES



Suivi des services de santé essentiels pendant la COVID-19

Haïti a connu une baisse du volume des services de santé essentiels fournis, avec des déficits allant jusqu'à 44 % pour les consultations ambulatoires, 26 % pour les vaccinations Penta3 et 35 % pour les accouchements dans un établissement de santé, par rapport aux valeurs attendues. Les vaccinations Penta3 ont augmenté pour atteindre des niveaux bien supérieurs aux prévisions en avril 2021, mais le volume des consultations ambulatoires et des accouchements dans un établissement de santé est resté inférieur aux valeurs attendues.

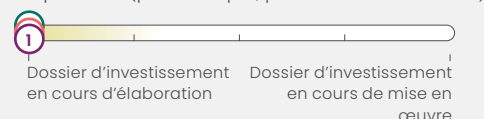
CARTOGRAPHIE DES RESSOURCES



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'Haïti a lancé une cartographie des ressources de financement – à la fois du budget national et 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 décrites dans les stratégies et plans sectoriels. Ces stratégies et plans comprennent le dossier d'investissement piloté par le pays en cours d'élaboration, les réformes clés dans le secteur de la santé et la répartition géographique des fonds. Haïti avait initialement prévu d'achever sa cartographie des ressources d'ici mai 2020. Cependant, l'épidémie de COVID-19 a interrompu l'exercice de cartographie des ressources en janvier 2020. L'exercice de cartographie des ressources sera repris dans le cadre du processus d'élaboration du dossier d'investissement, une fois les priorités définies.

LE SUIVI DU PROCESSUS PILOTÉ PAR LE PAYS

Dossier d'investissement pour la SRMNEA-N ou équivalent (par exemple, plan national de santé)



Un processus de plateforme nationale inclusif avec l'engagement des OSC



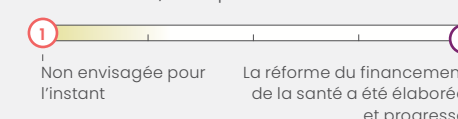
Stratégie et cadre de suivi des résultats en appui au DI (inclus dans le document du DI ou dans un document séparé)



Analyse sur le genre/Stratégie sur le genre



Un plan de mise en œuvre comprenant des initiatives visant à améliorer la MRN, l'efficacité et/ou la protection financière



2019 2020 2021

LE RÔLE CATALYTIQUE DU GFF

- Élaborer un dossier d'investissement qui est chiffré et qui donne la priorité** : Le GFF soutient l'élaboration et la mise en œuvre de la Stratégie nationale d'accélération de la prévention du retard de croissance (StraNas Stunting), qui sert de dossier d'investissement (DI) pour l'Indonésie. Dans le cadre du DI, le GFF soutient la mise à l'échelle a) des services de développement de la petite enfance (DPE) pour les parents et les enfants de moins de deux ans ; b) de l'aide alimentaire sensible à la nutrition ; et c) des efforts de communication pour le changement de comportement (CCC). Il soutient également le renforcement des systèmes de gouvernance et de redevabilité, y compris la mise en place d'un système de suivi et d'évaluation axé sur les données pour le DI afin de renforcer la capacité de gestion pour la mise en œuvre.

- Donner la priorité aux réformes de financement et des systèmes de santé et les mettre en œuvre** : Le GFF a contribué à la mise à l'échelle d'une fiche de résultats de la convergence des villages, du tapis de mesure pour les enfants et de la mobilisation des agents de développement de la santé (HDW) pour autonomiser plus de 70 000 villages afin de faire converger les services et de tirer parti du budget des villages pour réduire les retards de croissance. En outre, le GFF soutient le déploiement de solutions technologiques innovantes (par exemple, l'application mobile e-HDW) pour permettre le suivi en temps réel de 75 000 villages et améliorer la capacité des HDW à gérer le programme de convergence au niveau des villages. En outre, le GFF contribue à améliorer l'évaluation de la performance des transferts fiscaux aux districts et aux villages afin de renforcer la redevabilité en matière de résultats. Le GFF soutient également l'introduction d'un nouvel instrument de financement pour encourager la coordination et la mise en œuvre du programme de convergence. Par ailleurs, le GFF soutient l'élaboration d'un système de suivi des dépenses publiques consacrées aux interventions nutritionnelles prioritaires et l'institutionnalisation d'un examen budgétaire complet de la nutrition reliant les dépenses aux performances.

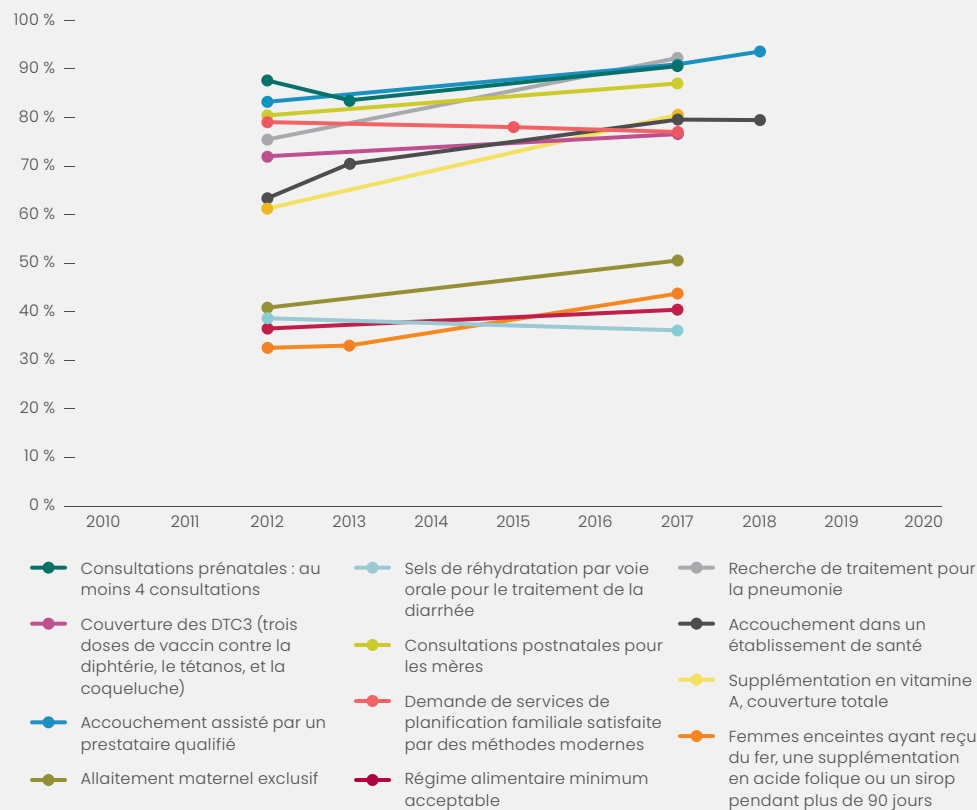
- Renforcer la plateforme nationale et rassembler les partenaires financiers et techniques au niveau national** : Au niveau national, le GFF a contribué à renforcer le leadership et la capacité de surveillance du Bureau du vice-président afin de garantir un engagement politique à tous les niveaux. Au niveau des districts, le GFF a soutenu les districts dans la mise en œuvre du plan d'action de convergence et dans l'amélioration de l'alignement du processus de planification et de budgétisation sur les priorités décrites dans le StraNas Stunting.

- Améliorer les données nécessaires à la prise de décision** : Le GFF soutient la mise en place d'une équipe de suivi des résultats au sein du Bureau du vice-président afin d'éliminer les goulots d'étranglement ; l'utilisation d'un tableau de bord de suivi comme outil de visualisation des données au niveau central et au niveau des districts ; l'institutionnalisation de l'évaluation des performances des districts pour la planification et la budgétisation ; et l'apprentissage entre pairs et le partage des meilleures pratiques entre les districts.

INDONÉSIE

INDICATEURS DE COUVERTURE DE SRMNEA-N

Les données sur tous les indicateurs de couverture de SRMNEA-N sont présentées à partir des enquêtes démographiques les plus récentes disponibles.



INDICATEURS D'IMPACT DE LA SRMNEA-N

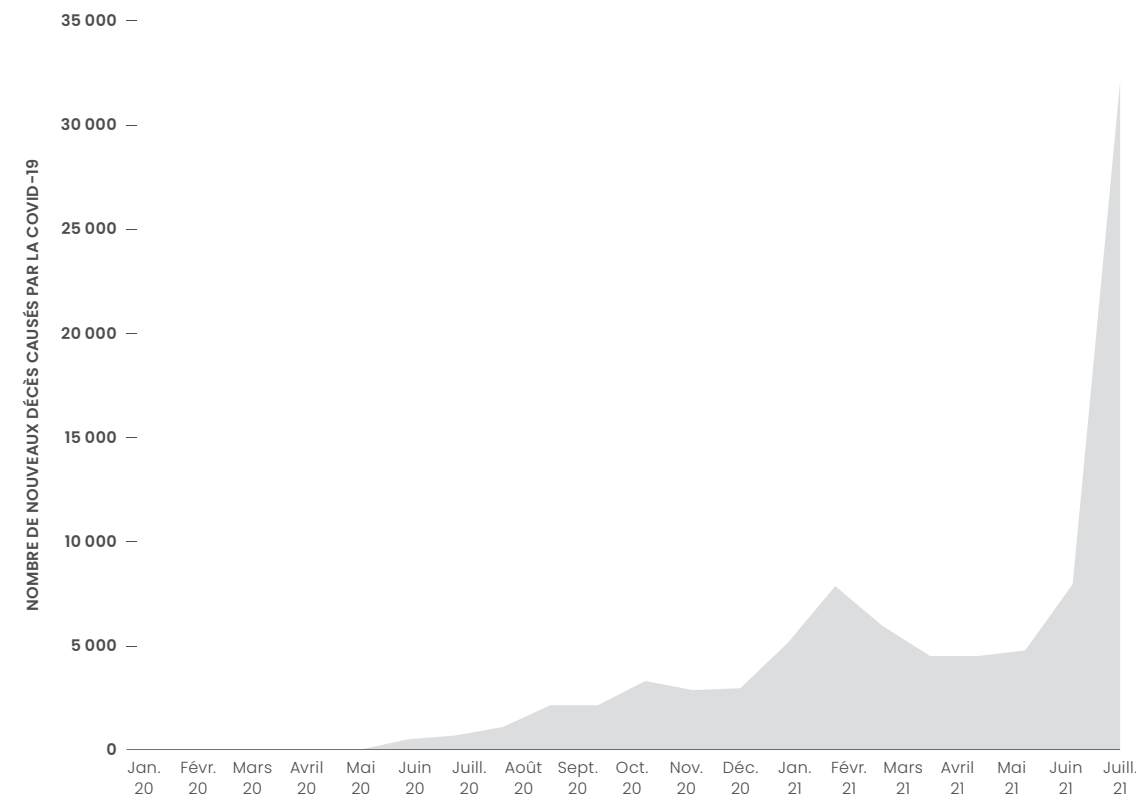
	Précédents		Récents	
	Année	Valeur	Année	Valeur
Taux de mortalité maternelle (pour 100 000 naissances vivantes)	2012	359	2015	305
Taux de mortalité des moins de 5 ans (pour 1 000 naissances vivantes)	2012	40	2017	32
Taux de mortalité néonatale (pour 1 000 naissances vivantes)	2012	19	2017	15
Taux de natalité parmi les adolescentes, 15-19 ans (pour 1 000 femmes)	2012	48	2017	36
Naissances < 24 mois après l'accouchement précédent (%)	2012	10.5	2017	9
Retard de croissance parmi les enfants de moins de 5 ans (%)	2018	30.5	2019	27.7
Émaciation modérée à sévère parmi les enfants de moins de 5 ans (%)	2018	10.2	2019	7.4
Mortinaissances (pour 1 000 grossesses)*	2012	10.6	2017	8.9

* Le taux de mortinatalité estimé par le Groupe interagences des Nations Unies pour l'estimation de la mortalité infantile en Indonésie est de 10 pour l'année 2017 et de 11 pour l'année 2012 (pour un total de 1 000 naissances). Voir <https://childmortality.org/data> pour plus d'informations.

FINANCEMENT DE LA SANTÉ

	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Part du budget public consacré à la santé (%)	-	8.4	8.1	8.5	-	-
Taux d'exécution du budget de la santé (%)	-	90	97	62	-	-
Part des dépenses de santé allant aux prestataires de première ligne (%)	-	17.4	25.5	27.3	-	-
Dépenses publiques générales de santé (DGGHE), par habitant (USD)	41	50.4	51.2	55.1	-	-
Les DGGHE en tant que part des dépenses publiques générales (%)	7	8.4	8.1	8.5	-	-
Paiements directs de santé, par habitant (USD)	41.3	41.8	39.6	38.9	-	-

DÉCÈS CAUSÉS PAR LA COVID-19 EN INDONÉSIE



NOUVEAUX DÉCÈS CAUSÉS PAR LA COVID-19

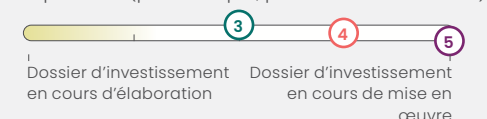


CARTOGRAPHIE DES RESSOURCES

Le dossier d'investissement de l'Indonésie étant axé sur la nutrition, la cartographie des ressources du pays couvre plusieurs secteurs. L'Agence nationale de planification et le ministère des Finances de l'Indonésie pilotent un exercice de marquage budgétaire qui permet une cartographie multisectorielle des ressources nationales. Avec le soutien de la Banque mondiale et du GFF, le gouvernement a lancé des réformes de financement pour institutionnaliser le système de suivi des dépenses multisectorielles, qui est préparé sur une base annuelle et lié à un solide processus d'examen des performances et de prise de mesure corrective. Le marquage, le suivi et l'évaluation du budget multisectoriel de la nutrition sont inclus dans les indicateurs liés aux décaissements du projet cofinancé par le GFF (INEY PforR). Les résultats du marquage et du suivi du budget ont été achevés en 2019 et 2020. Les examens des performances du budget de la nutrition en 2019 et 2020 ont été largement diffusés aux principales parties prenantes nationales et ont été utilisés pour améliorer la priorité donnée aux interventions, renforcer la mise en œuvre du programme, et guider l'allocation des ressources en identifiant les déficits de prestation de services.

LE SUIVI DU PROCESSUS PILOTÉ PAR LE PAYS

Dossier d'investissement pour la SRMNEA-N ou équivalent (par exemple, plan national de santé)



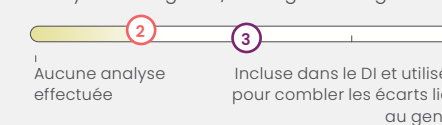
Un processus de plateforme nationale inclusif avec l'engagement des OSC



Stratégie et cadre de suivi des résultats en appui au DI (inclus dans le document du DI ou dans un document séparé)



Analyse sur le genre/Stratégie sur le genre



Un plan de mise en œuvre comprenant des initiatives visant à améliorer la MRN, l'efficacité et/ou la protection financière



○ 2019 ○ 2020 ○ 2021

LE RÔLE CATALYTIQUE DU GFF

Élaborer un dossier d'investissement qui est chiffré et qui donne la priorité :

Le cadre d'investissement donne la priorité à 20 comtés du Kenya et permet d'élaborer des plans de travail spécifiques à chaque comté, fondés sur des données probantes et placés en priorité, liés au financement de la Banque mondiale et du Fonds fiduciaire du GFF. Les stratégies sont axées sur la réduction des disparités de couverture dans les comtés mal desservis et les populations marginalisées, et sur l'élimination des goulots d'étranglement et des lacunes du système de santé qui entravent la prestation de services et l'intensification des interventions à fort impact fondées sur des données probantes.

Donner la priorité aux réformes du financement et des systèmes de santé et les mettre en œuvre :

Le soutien du GFF, lié au Projet de transformation des systèmes de santé pour des soins universels (THS-UCP), a aidé les comtés à augmenter l'allocation budgétaire pour la santé et à passer à un modèle basé sur les résultats pour les indicateurs clés en alignement avec les priorités nationales. L'assistance technique du Fonds fiduciaire multi-bailleurs pour la santé reproductive, maternelle, néonatale, infantile et adolescente, directement alignée sur le THS-UCP, a permis de normaliser la planification et la budgétisation, d'améliorer la gestion de la chaîne d'approvisionnement et de renforcer la coordination et la redevabilité. Le GFF a également fourni une assistance technique pour soutenir la conception et la mise en œuvre des réformes des soins de santé universels et a renforcé l'engagement avec le secteur privé.

Renforcer la plateforme nationale et rassembler les partenaires financiers et techniques au niveau national :

La plateforme se concentre actuellement sur l'évaluation du cadre d'investissement conclu, qui guidera également les engagements relatifs à la SRMNEA-N en cours dans le pays.

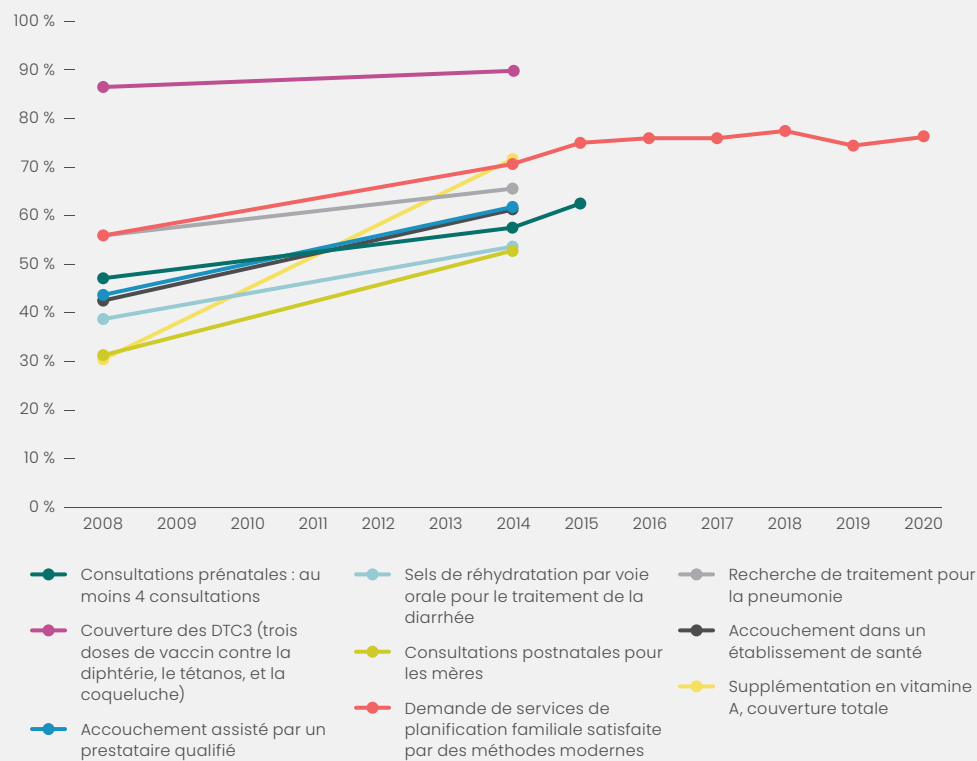
Améliorer les données nécessaires à la prise de décision :

Les plans de travail placés en priorité font l'objet d'un suivi trimestriel à l'aide des méthodes suivantes : fiches d'évaluation, allocation et mobilisation des ressources, plaidoyer, identification des domaines prioritaires et prise de décision, suivi des progrès et examen des performances. En 2020, le gouvernement a publié son rapport annuel portant sur les statistiques de l'état civil, utilisé pour identifier les comtés accusant un retard dans l'enregistrement des naissances et des décès. En outre, l'enregistrement des naissances et des décès sera accéléré grâce au pilotage d'une unité mobile d'enregistrement des faits d'état civil soutenue par le GFF pour les zones reculées.

KENYA

INDICATEURS DE COUVERTURE DE SRMNEA-N

Les données sur tous les indicateurs de couverture de SRMNEA-N sont présentées à partir des enquêtes démographiques les plus récentes disponibles.



INDICATEURS D'IMPACT DE LA SRMNEA-N

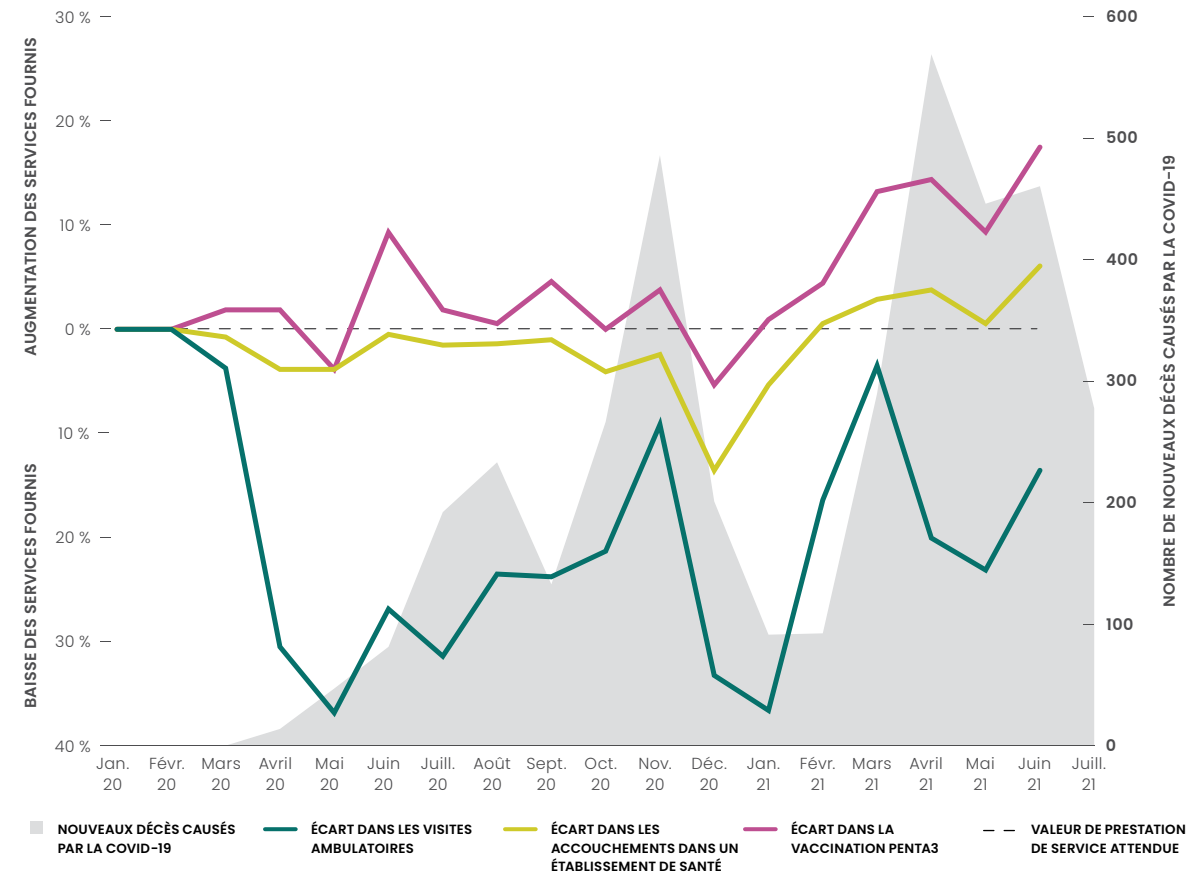
Indicateur	Précédents	Récents
Taux de mortalité maternelle (pour 100 000 naissances vivantes)	488 (2008)	362 (2014)
Taux de mortalité des moins de 5 ans (pour 1 000 naissances vivantes)	74 (2008)	52 (2014)
Taux de mortalité néonatale (pour 1 000 naissances vivantes)	31 (2008)	22 (2014)
Taux de natalité parmi les adolescentes, 15-19 ans (pour 1 000 femmes)	103 (2008)	96.3 (2014)
Naissances < 24 mois après l'accouchement précédent (%)	22.6 (2008)	17.9 (2014)
Retard de croissance parmi les enfants de moins de 5 ans (%)	35.3 (2008)	26.2 (2014)
Émaciation modérée à sévère parmi les enfants de moins de 5 ans (%)	6.7 (2008)	4 (2014)
Mortinaissances (pour 1 000 grossesses)*	11.5 (2008)	13.3 (2014)

* Le taux de mortinatalité estimé par le Groupe interagences des Nations Unies pour l'estimation de la mortalité infantile au Kenya est de 20 pour l'année 2014 et de 21 pour l'année 2008 (pour un total de 1 000 naissances). Voir <https://childmortality.org/data> pour plus d'informations.

FINANCEMENT DE LA SANTÉ

Indicateur	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Part du budget public consacré à la santé (%)	-	6.5	6.8	7.4	9.1	11.5
Taux d'exécution du budget de la santé (%)	-	72	77	78	-	-
Part des dépenses de santé allant aux prestataires de première ligne (%)	-	34	34	37	-	-
Dépenses publiques générales de santé (DGGHE), par habitant (USD)	28.2	31	32.4	37.2	-	-
Les DGGHE en tant que part des dépenses publiques générales (%)	7.8	8	7.9	8.5	-	-
Paiements directs de santé, par habitant (USD)	18.8	18.1	18.2	20.9	-	-

INSUFFISANCE DE LA PRESTATION DE SERVICES PAR RAPPORT AUX TENDANCES PRÉPANDÉMIQUES



Suivi des services de santé essentiels pendant la COVID-19

En avril et mai 2020, le Kenya a enregistré un déficit de 37 % du volume des consultations ambulatoires par rapport aux valeurs attendues. Les consultations ambulatoires sont restées inférieures aux valeurs attendues tout au long de la pandémie, atteignant un déficit cumulé de 25 % jusqu'en juin 2021 par rapport au volume attendu. Les accouchements dans un établissement de santé et les vaccinations Penta3 sont restés plus proches des valeurs attendues jusqu'en 2020, plongeant en décembre 2020 et augmentant au printemps suivant. Le déficit cumulé des accouchements dans un établissement de santé s'élevait à 4 % jusqu'en juin 2021.



CARTOGRAPHIE DES RESSOURCES

La cartographie des ressources informe et soutient la mise en œuvre du cadre d'investissement de la SRMNEA. Les besoins financiers pour les investissements de SRMNEA dans les 20 comtés prioritaires ont été estimés à 989 millions de dollars américains de 2017-18 à 2019-20, (selon le cadre d'investissement de la SRMNEA). Bien que des informations détaillées ne soient pas disponibles actuellement, le ministère de la Santé du Kenya estime que le gouvernement contribue à 43 % de toutes les dépenses de santé, les ménages (26 %) à travers des paiements directs, les bailleurs de fonds (18 %), et d'autres sources privées (13 %), ce qui représente 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 incluent la Fondation Bill & Melinda Gates, l'Initiative Clinton pour l'accès à la santé, le Fonds mondial, Gavi, les gouvernements du Danemark, du Japon (JICA), du Royaume-Uni (FCDO) et des États-Unis (PEPFAR, USAID, CDC), les partenaires H6 des Nations Unies, et la Banque mondiale.

LE SUIVI DU PROCESSUS PILOTÉ PAR LE PAYS

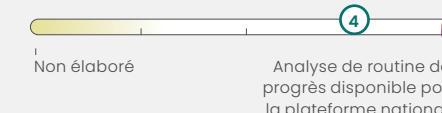
Dossier d'investissement pour la SRMNEA-N ou équivalent (par exemple, plan national de santé)



Un processus de plateforme nationale inclusif avec l'engagement des OSC



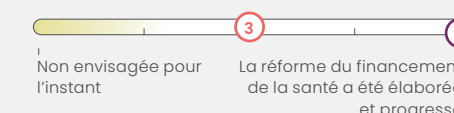
Stratégie et cadre de suivi des résultats en appui au DI (inclus dans le document du DI ou dans un document séparé)



Analyse sur le genre/Stratégie sur le genre



Un plan de mise en œuvre comprenant des initiatives visant à améliorer la MRN, l'efficacité et/ou la protection financière



2019 2020 2021

LIBERIA

LE RÔLE CATALYTIQUE DU GFF

• **Élaborer un dossier d'investissement qui est chiffré et qui donne la priorité :** Au Liberia, le GFF a permis de classer par ordre de priorité six comtés accusant un retard en raison de leur éloignement, de leurs faibles performances et de leurs ressources limitées. Quatre comtés ont reçu un financement supplémentaire en fonction des besoins identifiés, tandis qu'une nouvelle prime à l'amélioration de la qualité a encouragé les résultats et augmenté le financement des centres de santé de première ligne. L'exercice de cartographie des ressources et de suivi des dépenses (CRSD) du GFF a montré que le dossier d'investissement a permis d'aligner avec succès les partenaires tels que le Fonds mondial, l'USAID, l'Unicef, la Banque mondiale et d'autres autour des priorités.

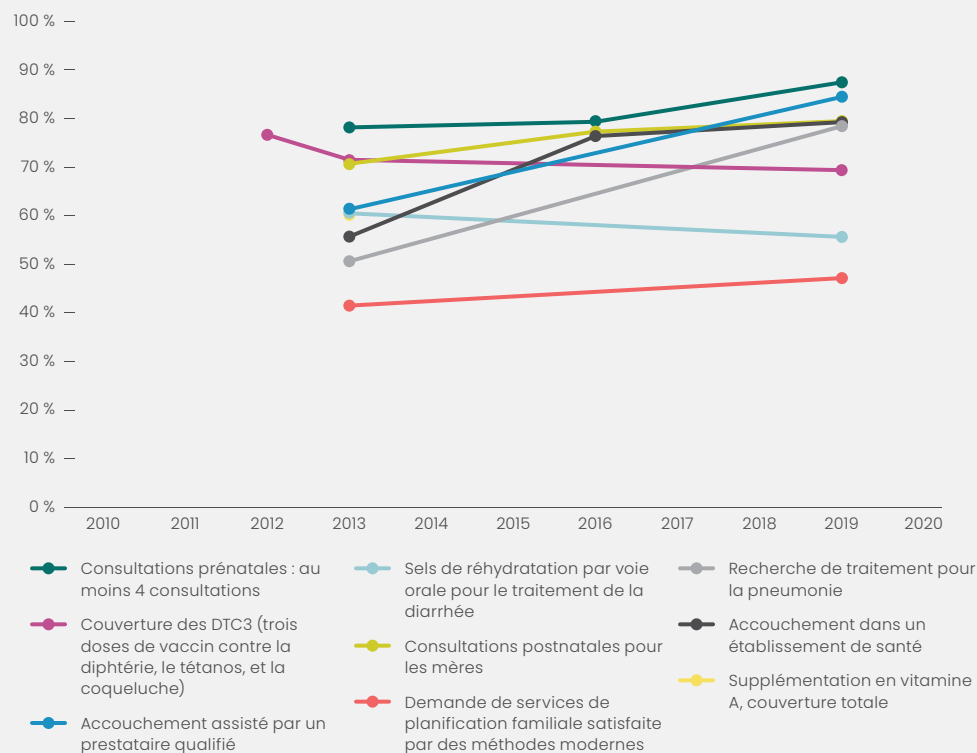
• **Donner la priorité aux réformes du financement et des systèmes de santé et les mettre en œuvre :** Le GFF a contribué à renforcer et à soutenir la capacité du pays à mettre en place un système électronique de CRSD et une stratégie de financement de la santé. Un examen des dépenses publiques soutenu par le GFF a révélé d'importantes inefficacités et des diminutions du financement national et externe pour les comtés prioritaires. Les résultats de la CRSD, ainsi que les recommandations de l'examen, orientent les réformes. Le GFF soutient également le travail analytique sur les approches de financement basé sur la performance (FBP) mises en œuvre par les partenaires pour aider à créer un système national harmonisé. Les partenaires ont convenu d'aligner les approches lors du prochain cycle de financement.

• **Renforcer la plateforme nationale et aligner les partenaires financiers et techniques au niveau national :** Le GFF a été le fer de lance de missions conjointes de bailleurs de fonds avec la Banque mondiale, Gavi, le Fonds mondial et l'USAID, qui ont abouti à un accord sur des actions spécifiques avec le ministère de la Santé (MS) du Liberia. Le GFF soutient également le Comité de coordination du secteur de la santé, présidé par le ministère de la Santé, et encourageant l'inclusion d'organisations non gouvernementales et de la société civile, ainsi que de représentants nationaux. La création d'un groupe de travail gouvernemental chargé de veiller à la réalisation des priorités a contribué à renforcer l'engagement politique, tandis qu'une évaluation de la plateforme nationale (CPA) 2020 a révélé une amélioration de la coordination et de la collaboration, notamment dans le cadre de missions conjointes.

• **Améliorer l'utilisation des données nécessaires à la prise de décision :** Le CPA a également démontré que le soutien du GFF à la vérification des données du FBP par les établissements de santé, à l'utilisation et à la diffusion des données de l'examen de l'évaluation des performances et des systèmes d'enregistrement et de statistiques de l'état civil, ainsi qu'aux visualisations des données des fiches d'évaluation, ont conduit à des améliorations de la qualité des données de routine (par exemple, le taux d'erreur est passé de 45 pour cent au quatrième trimestre de 2018 à 11 pour cent au troisième trimestre de 2020). Le GFF a également contribué à étendre l'enregistrement et les statistiques de l'état civil dans 65 pour cent des hôpitaux, 17 pour cent des centres de santé et 29 pour cent des districts sanitaires. Les décès maternels et néonataux sont désormais examinés chaque semaine au niveau central par un comité technique nouvellement créé et soutenu par le GFF.

INDICATEURS DE COUVERTURE DE SRMNEA-N

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



INDICATEURS D'IMPACT DE LA SRMNEA-N

	Précédents	Récents
Taux de mortalité maternelle (pour 100 000 naissances vivantes)	1 072* 2013	742 2019
Taux de mortalité des moins de 5 ans (pour 1 000 naissances vivantes)	94 2013	93 2019
Taux de mortalité néonatale (pour 1 000 naissances vivantes)	26 2013	37 2019
Taux de natalité parmi les adolescentes, 15-19 ans (pour 1 000 femmes)	149 2013	128 2019
Naissances < 24 mois après l'accouchement précédent (%)	15.5 2013	- -
Retard de croissance parmi les enfants de moins de 5 ans (%)	31.6 2013	30 2019
Émaciation modérée à sévère parmi les enfants de moins de 5 ans (%)	5.6 2013	3 2019
Mortinaissances (pour 1 000 grossesses)**	10.7 2013	11.5 2019

* La valeur 2013 du taux de mortalité maternelle de l'EDS représente la mortalité liée à la grossesse.
 ** Le taux de mortinatalité estimé par le Groupe interagences des Nations Unies pour l'estimation de la mortalité infantile au Liberia est de 24 pour l'année 2019 et de 25 pour l'année 2013 (pour un total de 1 000 naissances). Voir <https://childmortality.org/data> pour plus d'informations.

FINANCEMENT DE LA SANTÉ

	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Part du budget public consacré à la santé (%)	12.4	11.7	12.9	13.0	14.3	16.3
Taux d'exécution du budget de la santé (%)	88.7	88.8	69.9	84	79.3	99.9
Part des dépenses de santé allant aux prestataires de première ligne (%)	-	43	43	32	-	-
Dépenses publiques générales de santé (DGGHE), par habitant (USD)	8.3	9.9	9.8	11.4	-	-
Les DGGHE en tant que part des dépenses publiques générales (%)	3.3	3.9	4.2	5.2	-	-
Paiements directs de santé, par habitant (USD)	34.2	32.8	25.9	19	-	-

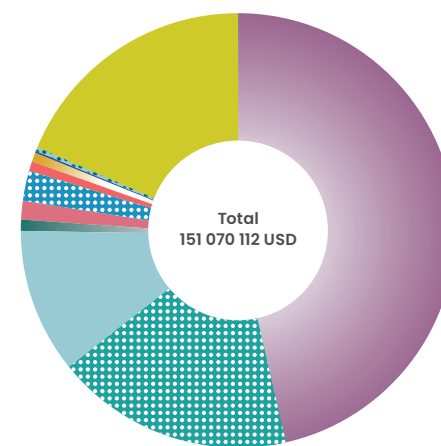
INSUFFISANCE DE LA PRESTATION DE SERVICES PAR RAPPORT AUX TENDANCES PRÉPANDÉMIQUES



Suivi des services de santé essentiels pendant la COVID-19

Au Liberia, le volume des consultations ambulatoires a diminué par rapport aux valeurs attendues au printemps 2020, atteignant un déficit de 29 %. Alors que les consultations ambulatoires ont augmenté pour atteindre 22 % de plus que les valeurs attendues en décembre, les accouchements dans un établissement de santé sont restés en dessous des niveaux attendus jusqu'au printemps 2021. Le nombre d'enfants vaccinés au Penta3 a baissé au printemps 2020 par rapport aux niveaux attendus, atteignant un déficit de 35 %, mais a augmenté pour dépasser de 30 % les valeurs attendues en septembre 2020 et est resté au-dessus des valeurs attendues jusqu'en 2021.

EXERCICE FISCAL 2021



CARTOGRAPHIE DES RESSOURCES

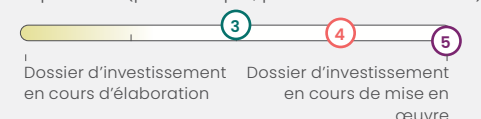
La cartographie des ressources illustrée dans le graphique de gauche provient du système national de cartographie des ressources en ligne du gouvernement du Liberia (ZOHO). Depuis octobre 2021, le gouvernement et les bailleurs de fonds listés ci-dessous contribuent collectivement à hauteur de 151 millions de dollars américains au dossier d'investissement (DI). Les ressources nationales du gouvernement représentent environ 47 % du total des ressources disponibles. Au fur et à mesure que les contributions des bailleurs de fonds seront vérifiées à la fin de l'année civile 2021*, le montant total des ressources augmentera. Le gouvernement du Liberia s'est engagé à financer le DI à travers une mobilisation accrue des ressources et démontre son engagement en mettant à jour, en analysant et en prenant des décisions éclairées sur la base des données de cartographie des ressources.

- GOVERNEMENT DU LIBERIA
- USAID
- GFATM
- UNFPA
- BMZ/ALLEMAGNE
- GAVI
- OMS
- UE
- CRS
- RÉPUBLIQUE POPULAIRE DE CHINE
- AUTRES BAILLEURS

* Contributions de la Banque mondiale et du Fonds fiduciaire du GFF à venir.

LE SUIVI DU PROCESSUS PILOTÉ PAR LE PAYS

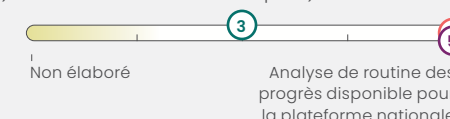
Dossier d'investissement pour la SRMNEA-N ou équivalent (par exemple, plan national de santé)



Un processus de plateforme nationale inclusif avec l'engagement des OSC



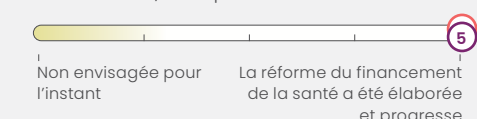
Stratégie et cadre de suivi des résultats en appui au DI (inclus dans le document du DI ou dans un document séparé)



Analyse sur le genre/Stratégie sur le genre



Un plan de mise en œuvre comprenant des initiatives visant à améliorer la MRN, l'efficacité et/ou la protection financière



○ 2019 ○ 2020 ○ 2021

LE RÔLE CATALYTIQUE DU GFF

- Élaborer un dossier d'investissement qui est chiffré et qui donne la priorité : Le GFF a aidé le gouvernement à développer un dossier d'investissement (DI) pour Madagascar d'un montant de 502 millions de dollars américains aligné sur le plan national de développement du secteur de la santé. Le DI a pour objectif de sauver la vie d'environ 10 000 nouveau-nés, 3 000 mères et 40 000 enfants de moins de cinq ans.

- Donner la priorité aux réformes du financement et des systèmes de santé et les mettre en œuvre : Le gouvernement prévoit d'élaborer une nouvelle stratégie de financement de la santé, axée sur les soins de santé universels. Parmi les autres objectifs clés figure l'accroissement de l'autonomie financière en matière de santé au niveau local.

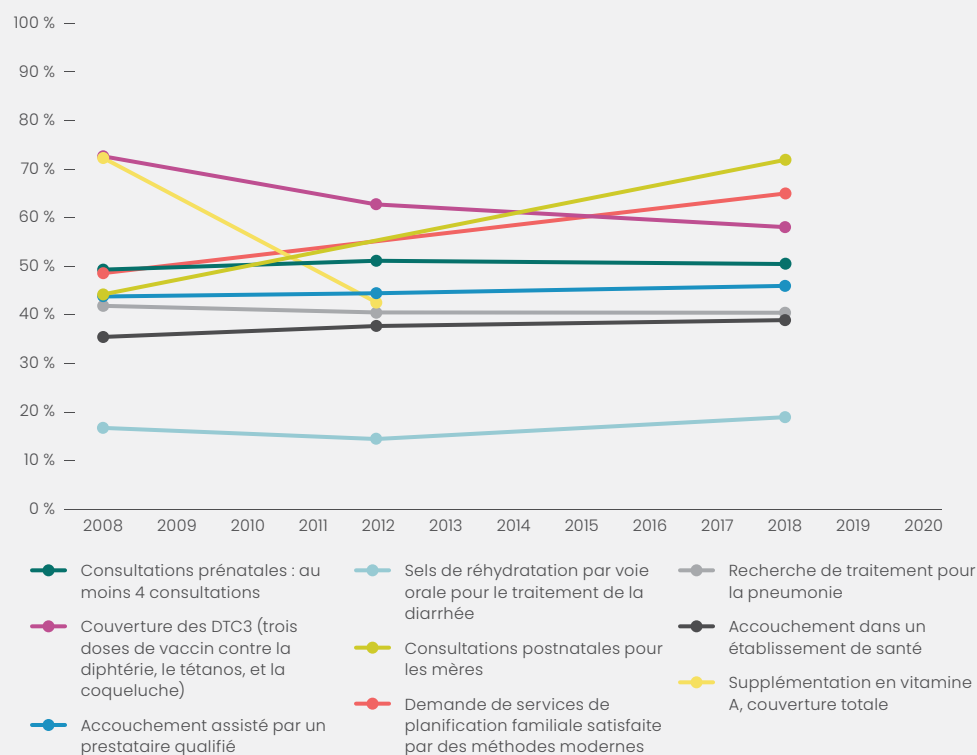
- Renforcer la plateforme nationale et rassembler les partenaires financiers et techniques au niveau national : Trois points focaux au sein du ministère de la Santé publique ont aidé à aligner les partenaires autour de l'élaboration du DI, en s'appuyant sur l'expertise technique du groupe principal et du groupe de travail technique. La collaboration entre le GFF et les partenaires sur les comptes nationaux de la santé et la cartographie des ressources et suivi des dépenses, pourrait permettre d'accroître la transparence des financements provenant des bailleurs de fonds et de l'État.

- Améliorer l'utilisation des données nécessaires à la prise de décision : Le déploiement récent d'un système de données sanitaires en ligne (DHIS2) renforce la gestion de la santé dans tout le pays au niveau des soins de santé primaires. Sur la base des données fournies par le DHIS2, le GFF a pu produire des informations sur la perturbation des services de santé essentiels pendant la pandémie de COVID-19.

MADAGASCAR

INDICATEURS DE COUVERTURE DE SRMNEA-N

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



INDICATEURS D'IMPACT DE LA SRMNEA-N

Indicateur	Précédents	Récents
Taux de mortalité maternelle (pour 100 000 naissances vivantes)	478 (2012)	- (2018)
Taux de mortalité des moins de 5 ans (pour 1 000 naissances vivantes)	62 (2012)	59 (2018)
Taux de mortalité néonatale (pour 1 000 naissances vivantes)	26 (2012)	21 (2018)
Taux de natalité parmi les adolescentes, 15-19 ans (pour 1 000 femmes)	163 (2012)	151 (2018)
Naissances < 24 mois après l'accouchement précédent (%)	22.9 (2008)	- (2018)
Retard de croissance parmi les enfants de moins de 5 ans (%)	47.4 (2012)	41.6 (2018)
Émaciation modérée à sévère parmi les enfants de moins de 5 ans (%)	8.6 (2012)	6.4 (2018)
Mortinaissances (pour 1 000 grossesses)*	-	-

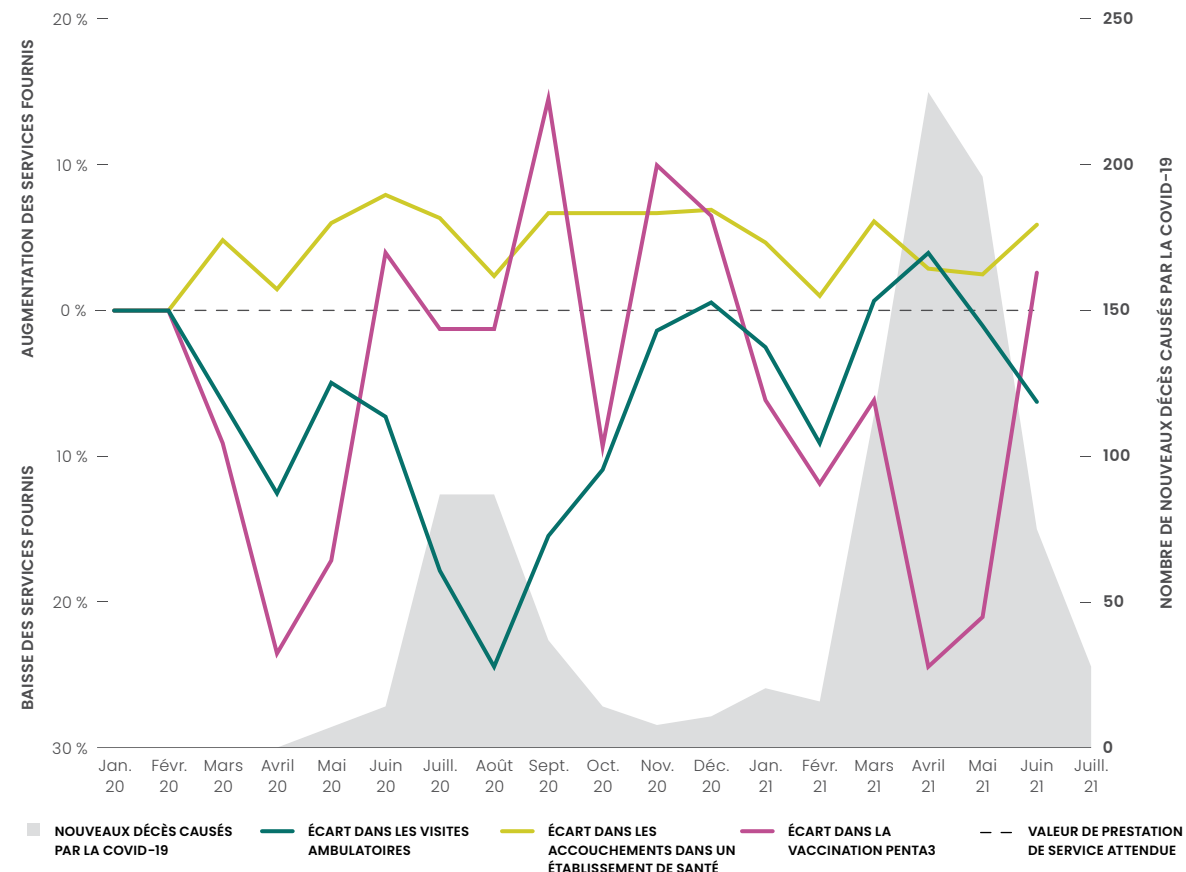
*Le taux de mortinatalité estimé par le Groupe interagences des Nations Unies pour l'estimation de la mortalité infantile à Madagascar est de 18 pour l'année 2018 (pour 1 000 naissances). Voir <https://childmortality.org/data> pour plus d'informations.

FINANCEMENT DE LA SANTÉ

Indicateur	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Part du budget public consacré à la santé (%)*	-	-	-	-	4.6	4.2
Taux d'exécution du budget de la santé (%)	-	-	-	-	86	91
Dépenses publiques générales de santé (DGGHE), par habitant (USD)	9.3	11.3	11.6	7.9	-	-
Les DGGHE en tant que part des dépenses publiques générales (%)	15.3	17.5	15	10.5	-	-
Paiements directs de santé, par habitant (USD)	5.6	5.4	6.1	6.2	-	-

*N'inclut pas les données sur les financements des partenaires/externes.

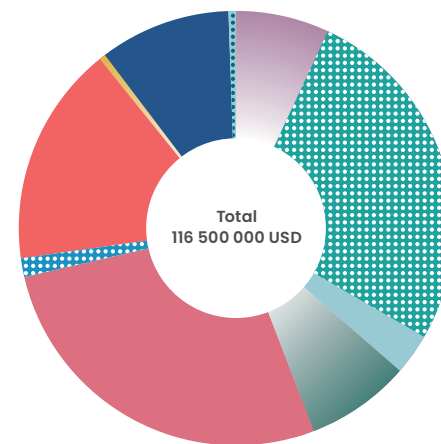
INSUFFISANCE DE LA PRESTATION DE SERVICES PAR RAPPORT AUX TENDANCES PRÉPANDÉMIQUES



Suivi des services de santé essentiels pendant la COVID-19

Avec l'apparition de la COVID-19 à Madagascar, les déficits dans le volume des prestations fournies ont atteint des niveaux supérieurs à 20 % par rapport aux valeurs attendues pour le nombre d'enfants vaccinés avec la troisième dose de pentavalent et les consultations ambulatoires. Alors que la troisième dose de pentavalent a atteint des valeurs plus élevées que prévu en septembre 2020, les déficits sont revenus en avril et mai 2021. Les consultations ambulatoires sont restées inférieures aux attentes tout au long de cette période, avec un déficit global cumulé de 10 % jusqu'en juin 2021.

EXERCICE FISCAL 2021

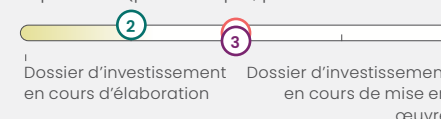


CARTOGRAPHIE DES RESSOURCES

Un exercice de cartographie des ressources a accompagné l'élaboration du dossier d'investissement de la SRMNEA-N et a été achevé en 2020. Il a couvert la période 2020-2023 et a identifié les ressources disponibles provenant des bailleurs de fonds et du budget du gouvernement. L'exercice de CRSD a montré que, pour l'exercice fiscal 2020-21, environ 116 millions de dollars américains étaient disponibles pour couvrir le coût des interventions incluses dans le dossier d'investissement, dont environ 93 % étaient fournis par les partenaires de développement. Parmi ces partenaires, les contributions financières les plus importantes ont été fournies par la Banque mondiale, à travers le financement de l'IDA, et par l'USAID. L'exercice a également révélé d'importants déficits de financement pour 2021, en particulier concernant la vaccination systématique des enfants.

LE SUIVI DU PROCESSUS PILOTÉ PAR LE PAYS

Dossier d'investissement pour la SRMNEA-N ou équivalent (par exemple, plan national de santé)



Un processus de plateforme nationale inclusif avec l'engagement des OSC



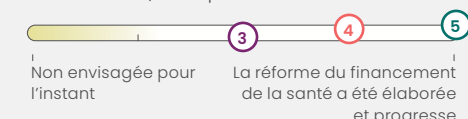
Stratégie et cadre de suivi des résultats en appui au DI (inclus dans le document du DI ou dans un document séparé)



Analyse sur le genre/Stratégie sur le genre



Un plan de mise en œuvre comprenant des initiatives visant à améliorer la MRN, l'efficacité et/ou la protection financière



○ 2019 ○ 2020 ○ 2021

LE RÔLE CATALYTIQUE DU GFF

- Élaborer un dossier d'investissement qui est chiffré et qui donne la priorité : le GFF a soutenu l'élaboration d'un dossier d'investissement (DI) pour le Malawi, lié au plan opérationnel du plan stratégique national pour le secteur de la santé 2017-22 (HSSP-II). Le GFF cofinance un projet de la Banque mondiale, Investir dans la petite enfance pour la croissance et la productivité, approuvé avant l'élaboration du DI et aligné sur les priorités du DI.
- Donner la priorité aux réformes du financement et des systèmes de santé et les mettre en œuvre : La principale réforme porte sur l'amélioration de la planification, de la budgétisation et de l'exécution décentralisées au niveau des districts, y compris le renforcement de l'autonomie financière des établissements de santé. Le GFF a donné un nouvel élan à l'amélioration des plans de mise en œuvre au niveau des districts et à leur utilisation pour informer l'allocation du budget national dans le cadre de la décentralisation des responsabilités en matière de prestation de services. L'identification plus claire des priorités sous-financées, remontées du niveau infranational, est conçue pour améliorer l'alignement des bailleurs de fonds. Le DI se concentre également sur l'amélioration du recrutement et du déploiement efficace des agents de santé communautaires et des infirmières sages-femmes.

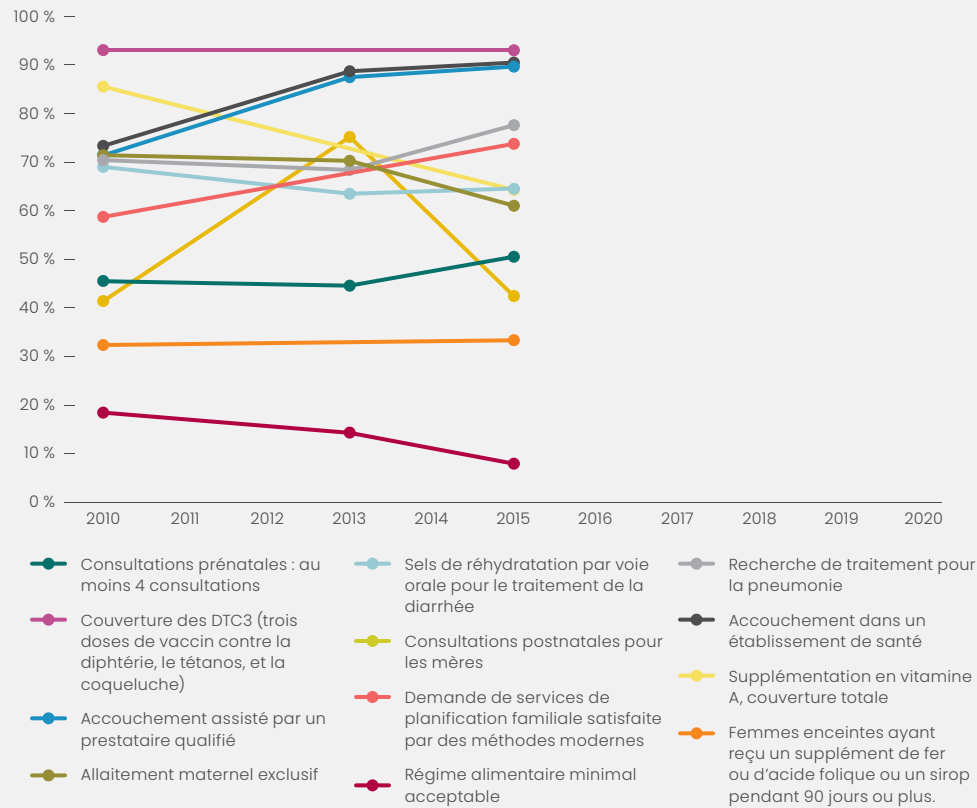
- Renforcer la plateforme nationale et rassembler les partenaires financiers et techniques au niveau national : Le groupe de travail du secteur de la santé, présidé par le secrétaire à la Santé, sera utilisé comme mécanisme pour suivre et soutenir la mise en œuvre du DI. L'intégration du DI dans le plan opérationnel du HSSP-II et le suivi des intrants et des extrants sont encore dans leur phase initiale. L'objectif est de mieux aligner les bailleurs de fonds sur les priorités identifiées et de soutenir l'engagement de toutes les organisations de la société civile intéressées lors de la mise en œuvre du DI afin de renforcer la redevabilité. Le GFF coordonne également avec des partenaires clés pour soutenir le gouvernement dans la préparation d'un nouveau HSSP pour 2022-30, qui sera lancé en avril 2022.

- Améliorer l'utilisation des données nécessaires à la prise de décision : Le DI soutient l'introduction d'outils de collecte de données numériques, le renforcement des capacités de collecte et d'utilisation des données, et l'amélioration de la coordination et de l'interopérabilité entre les systèmes de données existants. D'autres réformes consistent à relier le système électronique d'enregistrement et de statistiques de l'état civil et le système de gestion de l'information sanitaire en ligne pour déterminer la part des naissances enregistrées, ainsi qu'à soutenir l'adoption, l'intégration et l'utilisation des certificats de naissance et des pièces d'identité uniques dans la prestation des services de santé. Une analyse secondaire des données sanitaires est en cours pour déterminer les changements dans les niveaux d'utilisation des services de santé essentiels aux niveaux national et infranational pendant la pandémie de COVID-19.

MALAWI

INDICATEURS DE COUVERTURE DE SRMNEA-N

Les données sur tous les indicateurs de couverture de SRMNEA-N sont présentées à partir des enquêtes démographiques les plus récentes disponibles.



INDICATEURS D'IMPACT DE LA SRMNEA-N

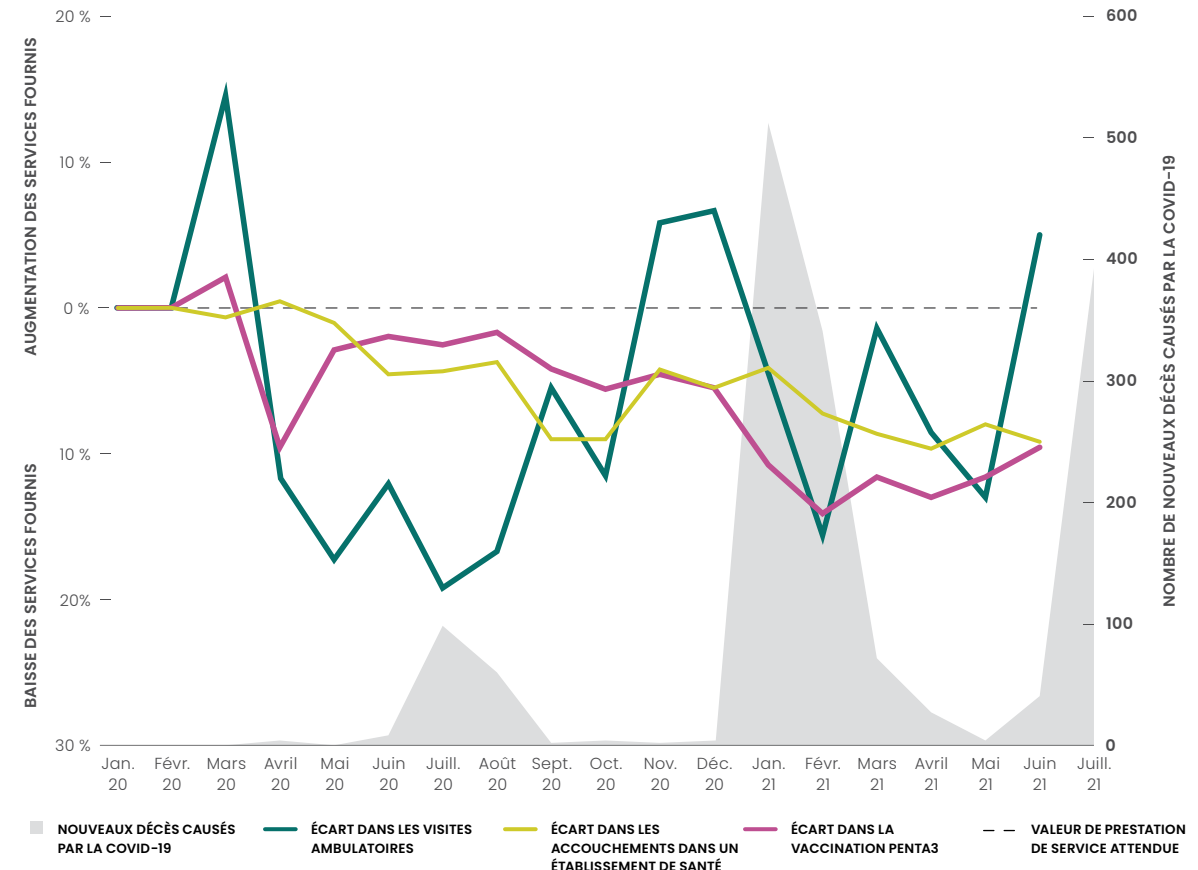
	Précédents		Récents	
Taux de mortalité maternelle (pour 100 000 naissances vivantes)	675	2010	493	2015
Taux de mortalité des moins de 5 ans (pour 1 000 naissances vivantes)	112	2010	63	2015
Taux de mortalité néonatale (pour 1 000 naissances vivantes)	31	2010	27	2015
Taux de natalité parmi les adolescentes, 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
Mortinaissances (pour 1 000 grossesses)*	15.8	2010	13.5	2015

* Le taux de mortinatalité estimé par le Groupe interagences des Nations Unies pour l'estimation de la mortalité infantile au Malawi est de 17 pour l'année 2016 et de 20 pour l'année 2010 (pour un total de 1 000 naissances). Voir <https://childmortality.org/data> pour plus d'informations.

FINANCEMENT DE LA SANTÉ

	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Part du budget public consacré à la santé (%)	-	10.2	9.6	9.7	9.4	9.3
Taux d'exécution du budget de la santé (%)	-	103	94	98	-	79
Part des dépenses de santé allant aux prestataires de première ligne (%)	-	-	-	-	-	-
Dépenses publiques générales de santé (DGGHE), par habitant (USD)	-	10	8.9	9.6	-	-
Les DGGHE en tant que part des dépenses publiques générales (%)	-	11.9	10	9.5	-	-
Paiements directs de santé, par habitant (USD)	3.9	3.5	3.6	4	-	-

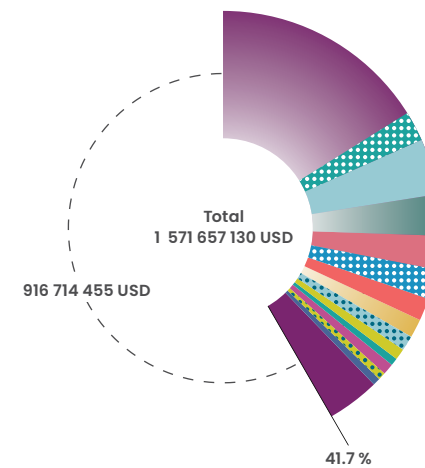
INSUFFISANCE DE LA PRESTATION DE SERVICES PAR RAPPORT AUX TENDANCES PRÉPANDÉMIQUES



Suivi des services de santé essentiels pendant la COVID-19

Le Malawi a enregistré des déficits dans le volume des accouchements dans un établissement de santé et des vaccinations Penta3 entre mai 2020 et juin 2021 par rapport aux valeurs attendues. Le volume des vaccinations Penta3 a atteint ses plus bas niveaux en février 2021, contribuant à un déficit cumulé de 4 %. Les consultations ambulatoires ont connu un déficit mensuel de 16 % en février, contribuant à une baisse cumulée de 7 % jusqu'en juin 2021. Les accouchements dans un établissement de santé sont restés faibles tout au long de cette période, avec un déficit cumulé d'environ 4 % par rapport aux niveaux attendus.

EXERCICE FISCAL 2021



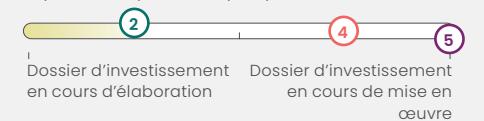
CARTOGRAPHIE DES RESSOURCES

Le Malawi a réalisé une vaste cartographie des ressources et un suivi des dépenses pour le secteur de la santé. Plus de 180 bailleurs de fonds et partenaires de mise en œuvre au Malawi qui contribuent au financement de la santé, le financement externe représentant 75 % des fonds. La coordination de l'aide est donc une priorité essentielle pour améliorer l'efficacité et l'efficience des dépenses de santé. Le ministère de la Santé a consolidé et chiffré les priorités des plans et stratégies annuels des gouvernements nationaux et sous-nationaux, puis a analysé la suffisance et l'urgence de leur financement par priorité et par district. Le plan opérationnel HSSP II qui en résulte 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.

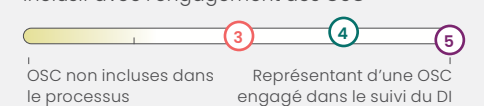


LE SUIVI DU PROCESSUS PILOTÉ PAR LE PAYS

Dossier d'investissement pour la SRMNEA-N ou équivalent (par exemple, plan national de santé)



Un processus de plateforme nationale inclusif avec l'engagement des OSC



Stratégie et cadre de suivi des résultats en appui au DI (inclus dans le document du DI ou dans un document séparé)



Analyse sur le genre/Stratégie sur le genre



Un plan de mise en œuvre comprenant des initiatives visant à améliorer la MRN, l'efficacité et/ou la protection financière



2019 2020 2021

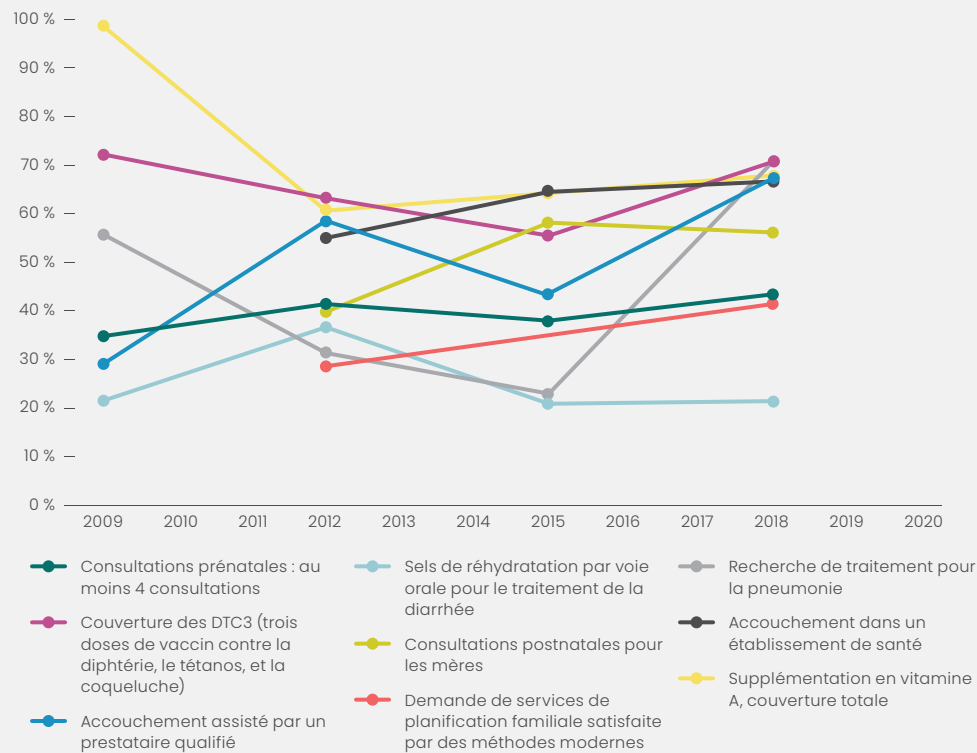
LE RÔLE CATALYTIQUE DU GFF

- Élaborer un dossier d'investissement qui est chiffré et qui donne la priorité :** Le dossier d'investissement (DI) du Mali met l'accent sur les réformes du financement de la santé et l'amélioration de la prestation de services grâce à des interventions prioritaires, notamment le déploiement à grande échelle du programme des agents de santé communautaires, le renforcement de la chaîne d'approvisionnement en fournitures et équipements de santé, l'augmentation de l'accès des adolescents aux services de santé et la réduction de la violence sexiste. Toutefois, l'instabilité politique récente a entravé la mise en œuvre du dossier d'investissement.
- Donner la priorité aux réformes du financement et des systèmes de santé et les mettre en œuvre :** Pour améliorer l'efficacité et la disponibilité des financements, le dossier d'investissement vise à renforcer la mobilisation des ressources nationales et à déployer la contractualisation d'un ensemble de services. Le gouvernement a simplifié le processus de recrutement des agents de vérification et a adopté un système de financement basé sur la performance. En outre, une assistance technique a été mise en place afin d'aider à défragmenter les régimes d'assurance pour faire progresser les soins de santé universels. En étroite collaboration avec la Banque mondiale et le groupe de travail sur les agents de santé communautaires, le GFF met l'accent sur les efforts déployés au niveau national, notamment en matière de financement, ainsi que sur le renforcement de la stratégie relative aux agents de santé communautaires, y compris au travers d'innovations numériques.
- Renforcer la plateforme nationale et rassembler les partenaires financiers et techniques au niveau national :** Mis au point dans le cadre d'une plateforme inclusive, le dossier d'investissement a été fragilisé par les troubles politiques et la pandémie de COVID-19. Les principaux bailleurs de fonds et partenaires de développement sont plus ou moins alignés avec le dossier d'investissement, la cartographie des ressources et le suivi des dépenses devant fournir d'autres données utiles sur les progrès enregistrés en matière de budgétisation et de dépenses dans le cadre du programme d'alignement.
- Améliorer les données nécessaires à la prise de décision :** Dans le cadre du dossier d'investissement, le GFF soutient l'amélioration du système national d'enregistrement et de statistiques de l'état civil. L'assistance technique du GFF contribue en outre à améliorer la qualité, la disponibilité et l'utilisation des données sanitaires. Un système de suivi du dossier d'investissement est par ailleurs en préparation et le suivi des services essentiels assuré dans le cadre de la COVID-19 a bien progressé.

MALI

INDICATEURS DE COUVERTURE DE SRMNEA-N

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



INDICATEURS D'IMPACT DE LA SRMNEA-N

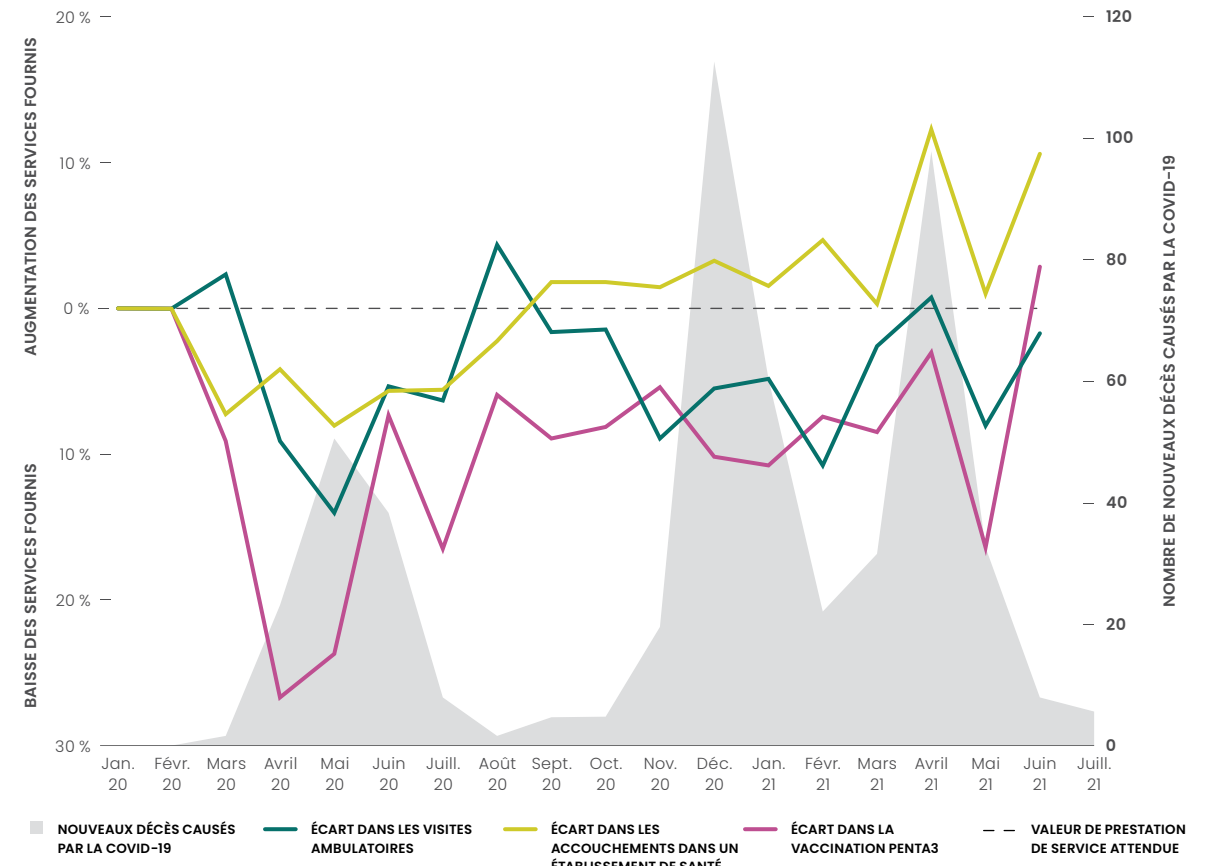
	Précédents	Récents
Taux de mortalité maternelle (pour 100 000 naissances vivantes)	368 (2012)	325 (2018)
Taux de mortalité des moins de 5 ans (pour 1 000 naissances vivantes)	108 (2015)	101 (2018)
Taux de mortalité néonatale (pour 1 000 naissances vivantes)	31 (2015)	33 (2018)
Taux de natalité parmi les adolescentes, 15-19 ans (pour 1 000 femmes)	151 (2015)	164 (2018)
Naissances < 24 mois après l'accouchement précédent (%)	21.2 (2012)	22.8 (2018)
Retard de croissance parmi les enfants de moins de 5 ans (%)	30.4 (2015)	26.9 (2018)
Émaciation modérée à sévère parmi les enfants de moins de 5 ans (%)	13.5 (2015)	8.8 (2018)
Mortinaissances (pour 1 000 grossesses)*	-	11.9 (2018)

* Le taux de mortinatalité (pour un total de 1 000 naissances) rapporté par le Groupe interagences des Nations Unies pour l'estimation de la mortalité infantile pour le Mali est de 20,02, C.I. 95 % (18,88--21,32), pour l'année 2018, et de 22,07, C.I. 95 % (17,84--27,51), pour l'année 2012. Voir <https://childmortality.org/data> pour plus d'informations.

FINANCEMENT DE LA SANTÉ

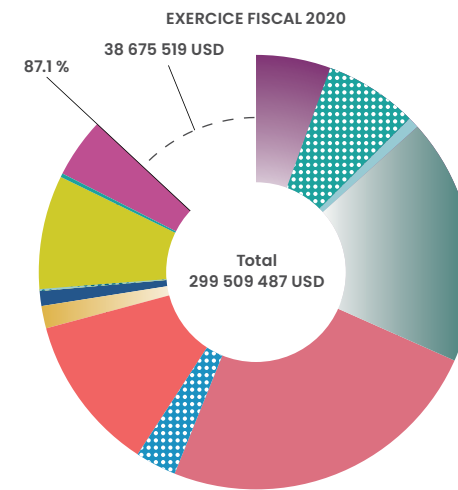
	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Part du budget public consacré à la santé (%)	-	6	6.2	5.3	5.1	6.7
Taux d'exécution du budget de la santé (%)	-	68	79	94	93	94
Part des dépenses de santé allant aux prestataires de première ligne (%)	-	-	-	24.2	12.5	10.2
Dépenses publiques générales de santé (DGGHE), par habitant (USD)	6.9	9.4	10.3	9.9	-	-
Les DGGHE en tant que part des dépenses publiques générales (%)	4.4	5.4	5.4	5.4	-	-
Paiements directs de santé, par habitant (USD)	10.6	10.5	11.1	11.9	-	-

INSUFFISANCE DE LA PRESTATION DE SERVICES PAR RAPPORT AUX TENDANCES PRÉPANDÉMIQUES



Suivi des services de santé essentiels pendant la COVID-19

Le Mali a connu une baisse du volume d'utilisation des services de santé essentiels en avril et mai 2020 par rapport aux niveaux attendus. En avril 2020, les vaccinations au pentavalent 3 ont chuté de 27 % par rapport aux valeurs attendues. Après s'être rapproché des valeurs attendues en novembre 2020, le volume de vaccinations au pentavalent 3 a de nouveau baissé en mai 2021. Le Mali a connu des déficits cumulatifs de 12 % pour les vaccinations au pentavalent 3, de 5 % pour les visites ambulatoires et de 3 % pour les accouchements dans un établissement de santé par rapport aux valeurs attendues.



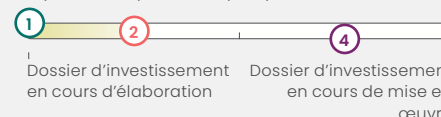
CARTOGRAPHIE DES RESSOURCES

En 2020, le Mali a réalisé le premier cycle de cartographie des ressources de son dossier d'investissement (DI) pour 2019 à 2023, qui cible trois domaines prioritaires : la prestation de services de santé de qualité dans le continuum de soins, le soutien 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 également les engagements budgétaires au niveau infranational, pour l'ensemble des 74 districts. Comme le Mali a rejoint le GFF à la mi-2018, le pays en est actuellement aux étapes initiales de l'institutionnalisation de la cartographie des ressources, ayant d'abord élaboré son DI. La collecte des 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 définitifs étant attendus pour l'exercice 2021. La cartographie des ressources sera utilisée pour évaluer l'alignement avec le Plan d'action du Mali (en cours d'élaboration), pour évaluer l'allocation des ressources infranationales et pour plaider en faveur de fonds supplémentaires afin de combler le déficit de financement.



LE SUIVI DU PROCESSUS PILOTÉ PAR LE PAYS

Dossier d'investissement pour la SRMNEA-N ou équivalent (par exemple, plan national de santé)



Un processus de plateforme nationale inclusif avec l'engagement des OSC



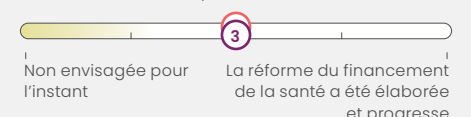
Stratégie et cadre de suivi des résultats en appui au DI (inclus dans le document du DI ou dans un document séparé)



Analyse sur le genre/Stratégie sur le genre



Un plan de mise en œuvre comprenant des initiatives visant à améliorer la MRN, l'efficacité et/ou la protection financière



○ 2019 ○ 2020 ○ 2021

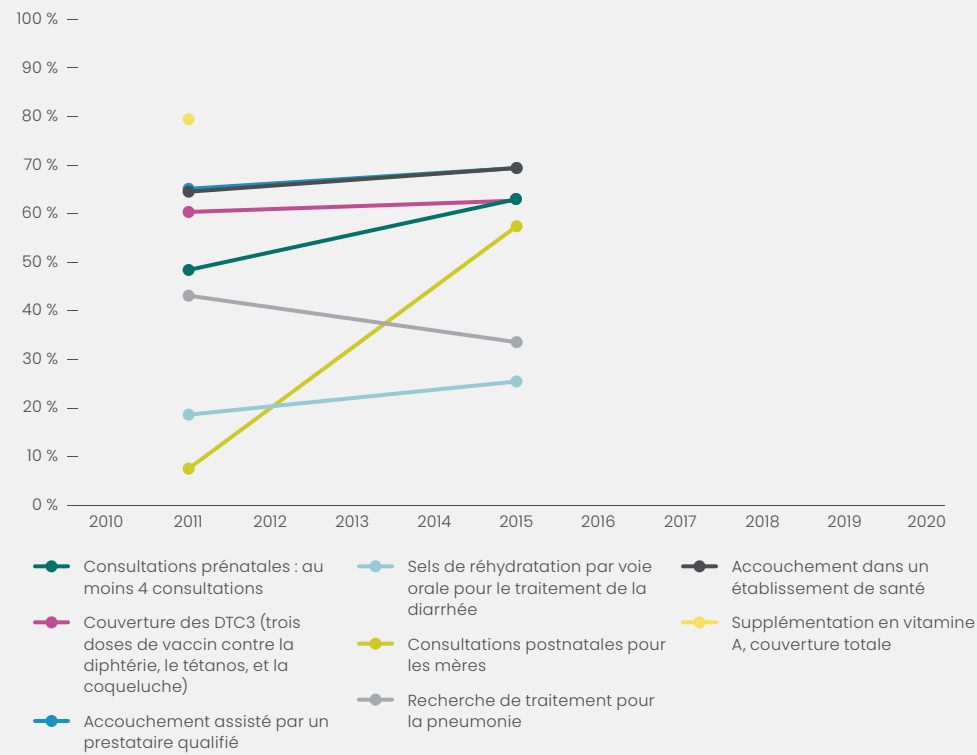
LE RÔLE CATALYTIQUE DU GFF

- Élaborer un dossier d'investissement qui est chiffré et qui donne la priorité** : L'élaboration du dossier d'investissement (DI) national est en cours, parallèlement à la création d'une nouvelle stratégie de santé et à la finalisation de la dernière enquête démographique et de santé (EDS) de la Mauritanie. Ce calendrier garantit un meilleur alignement des partenaires et permet au GFF de fournir un financement catalytique pour la mise en œuvre du DI.
- Donner la priorité aux réformes du financement et des systèmes de santé** : Le gouvernement a élaboré une stratégie nationale de financement de la santé pour atteindre les soins de santé universels, qui comprend des réformes du financement de la santé telles que la création d'une caisse commune de santé, la transition vers une programmation budgétaire, et l'amélioration de l'efficacité et de l'équité des dépenses de soins de santé primaires. Ces réformes sont soutenues par le GFF et ses partenaires. Un soutien supplémentaire pour l'intégration de la santé des adolescents et la redéfinition des paquets de soins de santé primaires est également envisagé.
- Renforcer la plateforme nationale et rassembler les partenaires financiers et techniques au niveau national** : Le groupe de coordination sur les questions de santé, formé par les partenaires de développement, dirigé par l'Union européenne, sert de plateforme actuelle d'alignement en attendant le rétablissement du comité national de coordination sanitaire, dirigé par le ministère de la Santé. Le GFF et ses partenaires ont soutenu l'inclusion des organisations de la société civile nationale dans les processus de santé.
- Améliorer les données nécessaires à la prise de décision** : Le GFF soutient l'évaluation d'un système logiciel national portant sur l'information sanitaire et d'un portail de financement basé sur les résultats afin d'examiner la qualité des données. La nouvelle EDS en cours de réalisation permettra de disposer de données récentes et actualisées nécessaires à la prise de décision.

MAURITANIE

INDICATEURS DE COUVERTURE DE SRMNEA-N

Les données sur tous les indicateurs de couverture de SRMNEA-N sont présentées à partir des enquêtes démographiques les plus récentes disponibles.



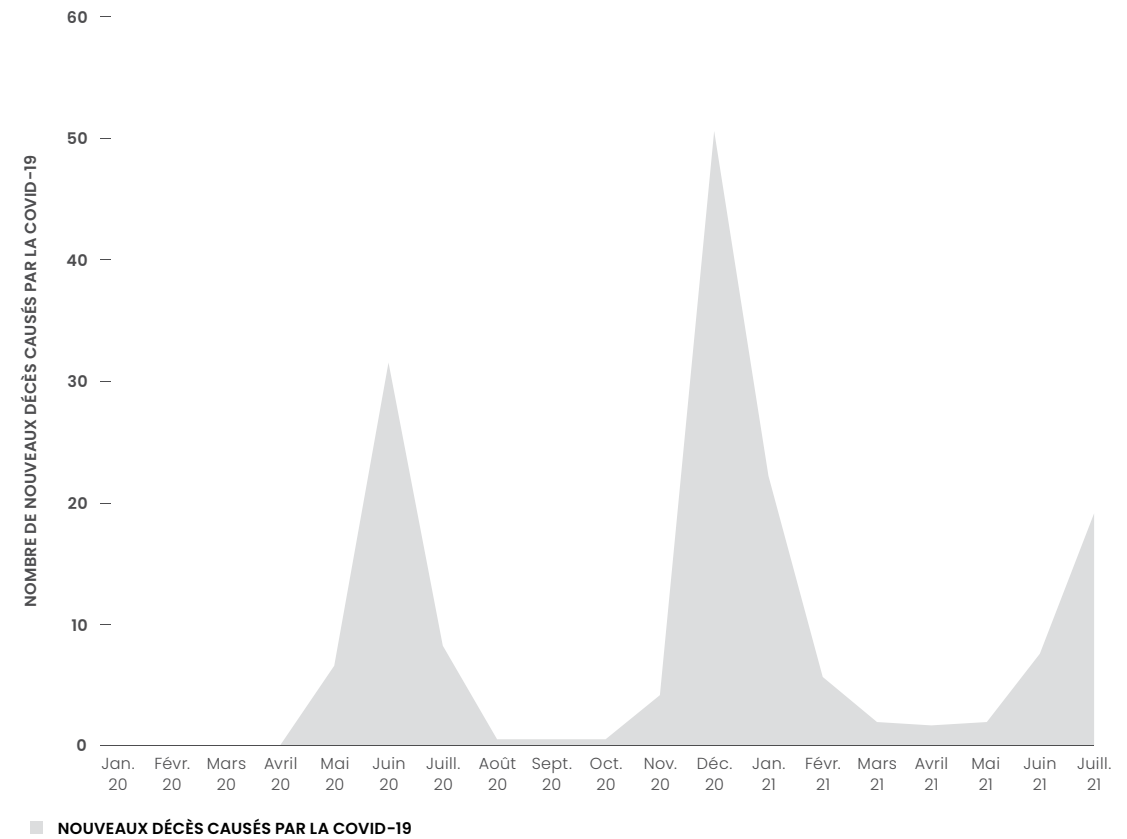
INDICATEURS D'IMPACT DE LA SRMNEA-N

	Précédents	Récents
Taux de mortalité maternelle (pour 100 000 naissances vivantes)	715 (2011)	582 (2015)
Taux de mortalité des moins de 5 ans (pour 1 000 naissances vivantes)	118.5 (2011)	54 (2015)
Taux de mortalité néonatale (pour 1 000 naissances vivantes)	34.3 (2011)	29 (2015)
Taux de natalité parmi les adolescentes, 15-19 ans (pour 1 000 femmes)	71 (2011)	84 (2015)
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)
Mortinaissances (pour 1 000 grossesses)	-	-

FINANCEMENT DE LA SANTÉ

	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Part du budget public consacré à la santé (%)	-	4.5	-	4.5	5.3	6
Taux d'exécution du budget de la santé (%)	-	98	99	97.4	102	84
Part des dépenses de santé allant aux prestataires de première ligne (%)	-	-	-	-	-	-
Dépenses publiques générales de santé (DGGHE), par habitant (USD)	21.6	18.4	19.6	19.6	-	-
Les DGGHE en tant que part des dépenses publiques générales (%)	5.5	5.8	6	6	-	-
Paievements directs de santé, par habitant (USD)	26.7	25.4	26.2	28.3	-	-

DÉCÈS CAUSÉS PAR LA COVID-19 EN MAURITANIE



Alors que le GFF soutient le suivi de routine des perturbations des services de santé essentiels dans 18 pays partenaires, des données mensuelles sur les décès liés à la COVID-19 sont fournies pour l'ensemble des 36 pays partenaires du GFF jusqu'en juillet 2021 afin de montrer l'impact continu de la pandémie. Le GFF continue de soutenir les pays partenaires dans le suivi des résultats essentiels de SRMNEA-N et des priorités du dossier d'investissement tout au long de la pandémie.

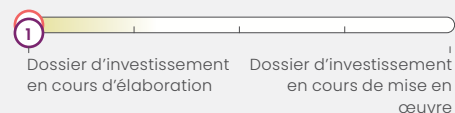


CARTOGRAPHIE DES RESSOURCES

La Mauritanie est en train de finaliser cette année sa nouvelle stratégie nationale de santé, dont le dossier d'investissement (DI) sera extrait. En raison de la situation de COVID-19, l'exercice de cartographie des ressources qui est conçu pour aller de pair avec l'élaboration de la stratégie de santé et du DI a été retardé. L'outil de collecte de données a été élaboré et testé. Une fois lancé, l'outil collectera et analysera les données afin de guider la stratégie de santé et les priorités du DI.

LE SUIVI DU PROCESSUS PILOTÉ PAR LE PAYS

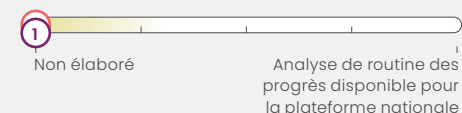
Dossier d'investissement pour la SRMNEA-N ou équivalent (par exemple, plan national de santé)



Un processus de plateforme nationale inclusif avec l'engagement des OSC



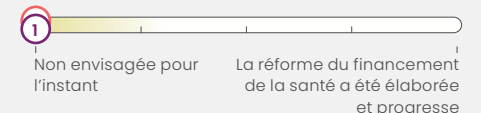
Stratégie et cadre de suivi des résultats en appui au DI (inclus dans le document du DI ou dans un document séparé)



Analyse sur le genre/Stratégie sur le genre



Un plan de mise en œuvre comprenant des initiatives visant à améliorer la MRN, l'efficacité et/ou la protection financière



2019 2020 2021

LE RÔLE CATALYTIQUE DU GFF

Élaborer un dossier d'investissement qui est chiffré et qui donne la priorité :

Le dossier d'investissement (DI) s'attaque aux goulots d'étranglement dans la prestation de services, en donnant la priorité aux domaines accusant un retard tels que la santé et la nutrition des adolescents. En améliorant la coordination entre les partenaires de développement, le DI augmente l'efficacité et l'efficience en alignant les partenaires autour d'un programme de santé axé sur les résultats.

Donner la priorité aux réformes du financement et des systèmes de santé et les mettre en œuvre :

Le DI cherche à maintenir et à augmenter le rapport entre le financement des dépenses nationales de santé et les dépenses totales du gouvernement. Les principales réformes conçues pour remédier aux goulots d'étranglement du système et améliorer la qualité des services de santé comprennent des fiches d'évaluation de la qualité des soins et des transferts basés sur la performance vers les établissements de santé et les hôpitaux de district. Le DI met également l'accent sur l'extension du programme d'agents de santé communautaires et l'augmentation du personnel de soins de santé primaires afin de renforcer les soins au niveau communautaire, tout en sous-traitant la distribution des médicaments jusqu'au dernier kilomètre au secteur privé, et ce afin de remédier aux pénuries de médicaments essentiels dans les soins de santé primaires.

Renforcer la plateforme nationale et rassembler les partenaires financiers et techniques au niveau national :

En décembre 2020, le gouvernement a choisi de restructurer l'approche sectorielle existante, optant plutôt pour la création d'une nouvelle plateforme nationale. Le GFF soutient les efforts visant à revitaliser le dialogue entre le gouvernement et les partenaires de développement.

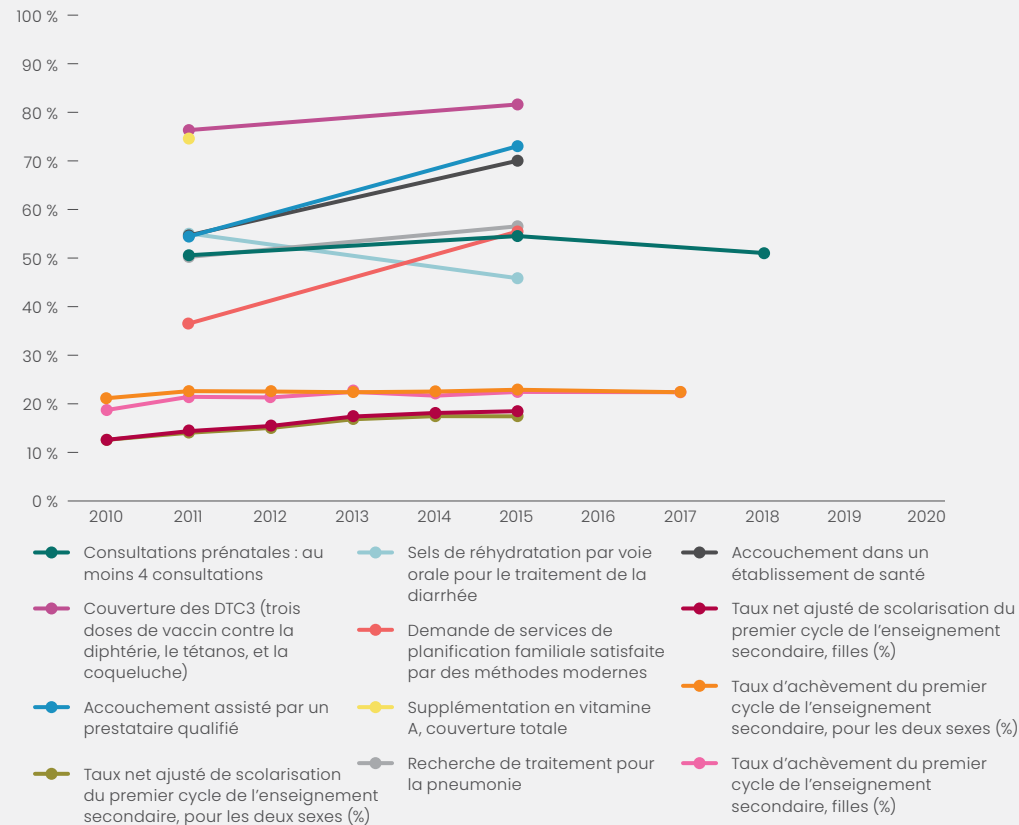
Améliorer l'utilisation des données nécessaires à la prise de décision :

Le GFF fournit une assistance pour renforcer la collecte de données en vue d'une meilleure gestion du financement de la santé et remédier aux faiblesses de la qualité des données révélées par le programme basé sur les résultats en cours.

MOZAMBIQUE

INDICATEURS DE COUVERTURE DE SRMNEA-N

Les données sur tous les indicateurs de couverture de SRMNEA-N sont présentées à partir des enquêtes démographiques les plus récentes disponibles.



INDICATEURS D'IMPACT DE LA SRMNEA-N

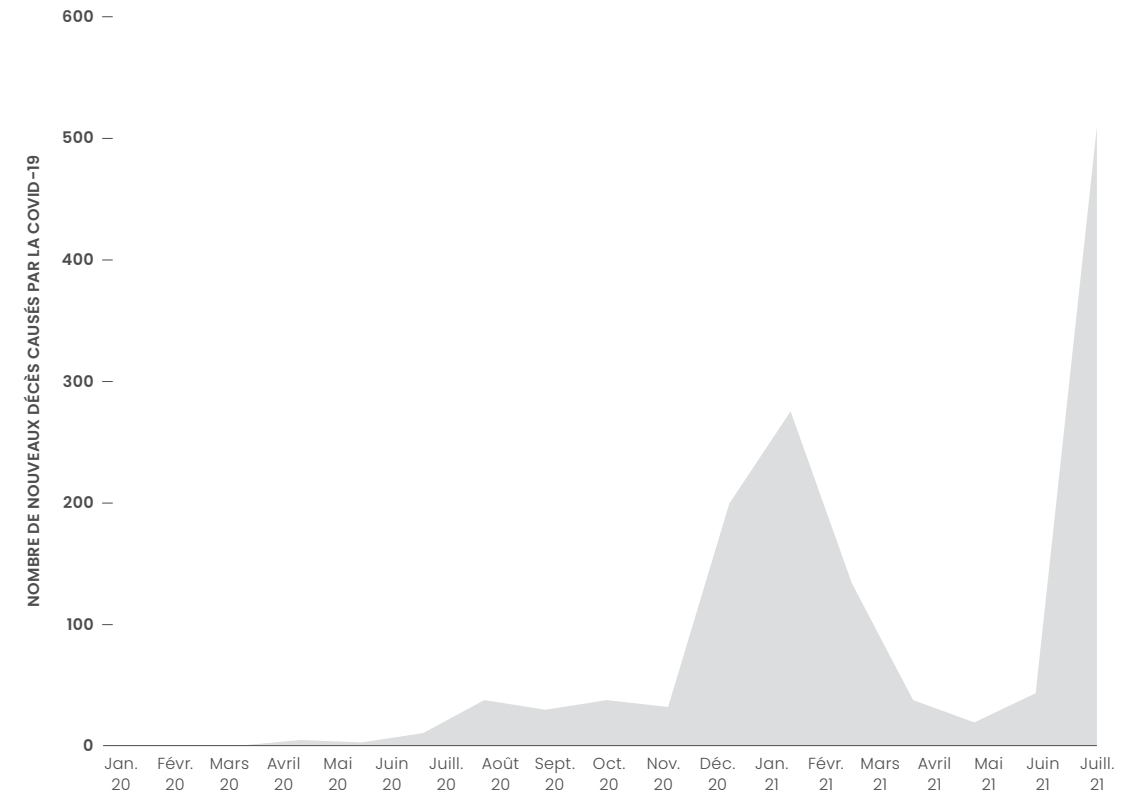
	Précédents	Récents
Taux de mortalité maternelle (pour 100 000 naissances vivantes)	408	2011
Taux de mortalité des moins de 5 ans (pour 1 000 naissances vivantes)	97	2011
Taux de mortalité néonatale (pour 1 000 naissances vivantes)	29.9	2011
Taux de natalité parmi les adolescentes, 15-19 ans (pour 1 000 femmes)	167	2011
Naissances < 24 mois après l'accouchement précédent (%)	14.4	2011
Retard de croissance parmi les enfants de moins de 5 ans (%)	42.6	2011
Émaciation modérée à sévère parmi les enfants de moins de 5 ans (%)	5.9	2011
Mortinaissances (pour 1 000 grossesses)*	10.7	2011

* Le taux de mortinatalité estimé par le Groupe interagences des Nations Unies pour l'estimation de la mortalité infantile au Mozambique est de 25 pour l'année 2011 (pour un total de 1 000 naissances). Voir <https://childmortality.org/data> pour plus d'informations.

FINANCEMENT DE LA SANTÉ

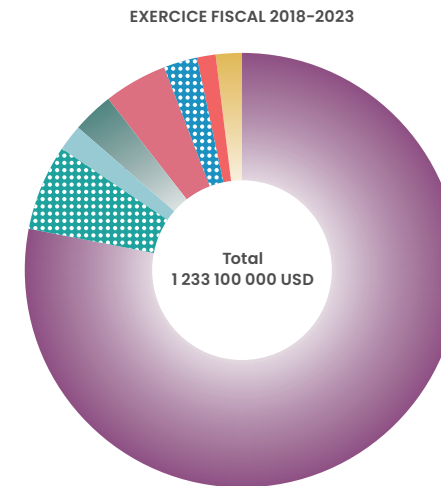
	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Part du budget public consacré à la santé (%)	-	12	12	15	12	-
Taux d'exécution du budget de la santé (%)	-	72	84	87	90	93
Part des dépenses de santé allant aux prestataires de première ligne (%)	-	26	24	26	21	21
Dépenses publiques générales de santé (DGGHE), par habitant (USD)	10.7	7.0	7.7	8.5	-	-
Les DGGHE en tant que part des dépenses publiques générales (%)	5.6	5.6	5.6	5.6	-	-
Paiements directs de santé, par habitant (USD)	4.5	3.4	3.6	3.9	-	-

DÉCÈS CAUSÉS PAR LA COVID-19 AU MOZAMBIQUE



Alors que le GFF soutient le suivi de routine des perturbations des services de santé essentiels dans 18 pays partenaires, des données mensuelles sur les décès liés à la COVID-19 sont fournies pour l'ensemble des 36 pays partenaires du GFF jusqu'en juillet 2021 afin de montrer l'impact continu de la pandémie. Le GFF continue de soutenir les pays partenaires dans le suivi des résultats essentiels de SRMNEA-N et des priorités du dossier d'investissement tout au long de la pandémie.

EXERCICE FISCAL 2018-2023



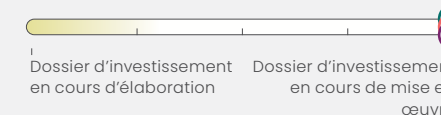
CARTOGRAPHIE DES RESSOURCES

Le dossier d'investissement (DI) pour le Mozambique a agi, depuis sa création en 2016, comme un catalyseur pour que le ministère de la Santé (MS) et les partenaires fassent progresser les efforts de renforcement et d'alignement du système de santé, en rompant avec la verticalisation et la fragmentation traditionnelles du soutien des partenaires. En 2018, le GFF a réalisé un examen des dépenses de santé, montrant un effort national soutenu pour augmenter le financement de la santé (200 % pour la période de 2009 à 2018, corrigé à la fois en termes réels et par rapport à d'autres secteurs tels que la sécurité intérieure, la promotion de la paix et la gouvernance). Alors que le travail sur l'examen à mi-parcours du DI progresse, les conversations préliminaires ont mis en évidence la nécessité de renforcer les efforts dans des domaines clés, tels que les réformes du financement de la santé et la CRSD. Simultanément, la réponse du MS à la pandémie de COVID-19 a suscité un appétit renouvelé pour cartographier les ressources allouées à la réponse et pour suivre les dépenses publiques en matière de santé, de manière à améliorer la planification stratégique, la mobilisation et l'allocation des ressources. Le ministre de la Santé du Mozambique et le point focal national du GFF continuent de jouer un rôle central dans la promotion de l'utilisation de la CRSD pour effectuer des analyses d'efficacité et promouvoir l'utilisation des données pour prendre des décisions de planification et de budgétisation, en demandant aux partenaires, y compris le GFF, de soutenir ces efforts.



LE SUIVI DU PROCESSUS PILOTÉ PAR LE PAYS

Dossier d'investissement pour la SRMNEA-N ou équivalent (par exemple, plan national de santé)



Un processus de plateforme nationale inclusif avec l'engagement des OSC



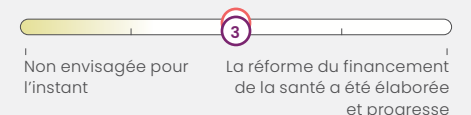
Stratégie et cadre de suivi des résultats en appui au DI (inclus dans le document du DI ou dans un document séparé)



Analyse sur le genre/Stratégie sur le genre



Un plan de mise en œuvre comprenant des initiatives visant à améliorer la MRN, l'efficacité et/ou la protection financière



2019 2020 2021

LE RÔLE CATALYTIQUE DU GFF

Le GFF a soutenu le gouvernement du Myanmar pour renforcer les systèmes de soins de santé primaires, réformer le financement de la santé et tirer parti de l'expertise du secteur privé pour fournir des services de santé de qualité aux populations pauvres et les plus vulnérables. La subvention de 10 millions de dollars américains du GFF cofinance le crédit de 100 millions de dollars américains de l'IDA par le biais d'un financement supplémentaire pour le projet d'accès aux services de santé essentiels du Myanmar, qui vise à accroître la couverture des services de santé essentiels de qualité adéquate, en mettant l'accent sur la santé maternelle, néonatale et infantile.

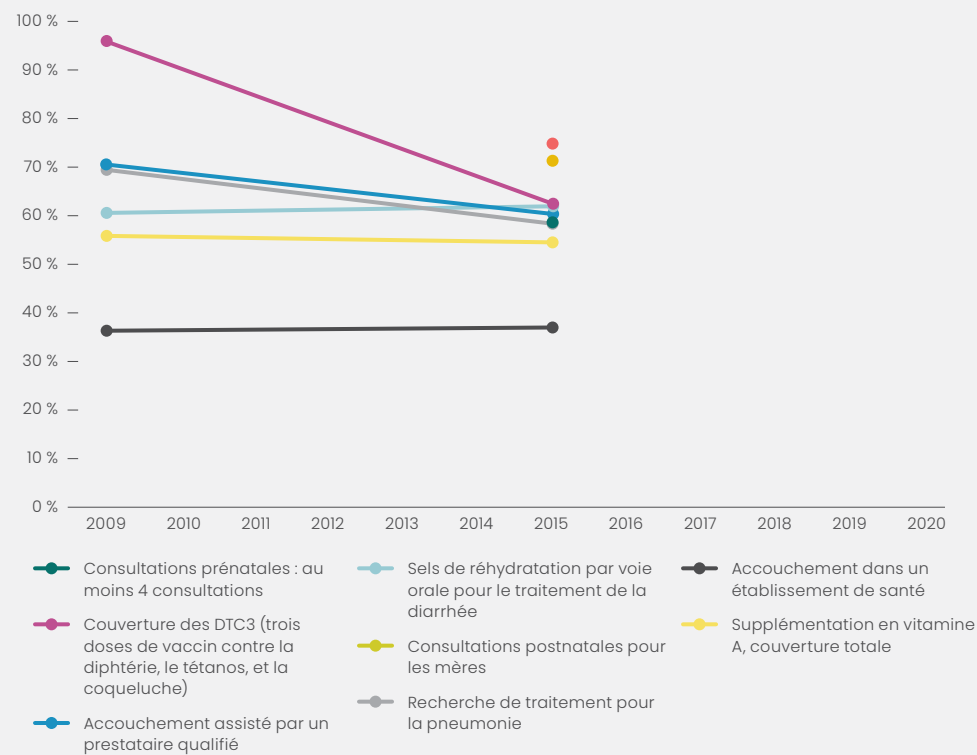
La subvention du GFF met également l'accent sur l'exploitation du secteur privé et des innovations en matière de TIC pour renforcer le système de santé. La crise politique et humanitaire en cours au Myanmar a eu un impact significatif sur les progrès réalisés dans le domaine de la santé, tandis que la COVID-19 continue d'exercer des pressions supplémentaires sur des systèmes de santé déjà mis à rude épreuve.

La Banque mondiale a suspendu les décaissements dans ses opérations de prêt (y compris le cofinancement du GFF) pendant qu'une évaluation de la situation est en cours conformément aux politiques opérationnelles de la Banque. Le GFF a donc recentré son engagement sur l'assistance technique et le travail analytique, avec les partenaires de développement, pour évaluer les moyens de poursuivre les investissements dans la prestation de services tout en construisant un système de santé résilient pour l'avenir.

MYANMAR

INDICATEURS DE COUVERTURE DE SRMNEA-N

Les données sur tous les indicateurs de couverture de SRMNEA-N sont présentées à partir des enquêtes démographiques les plus récentes disponibles.



INDICATEURS D'IMPACT DE LA SRMNEA-N

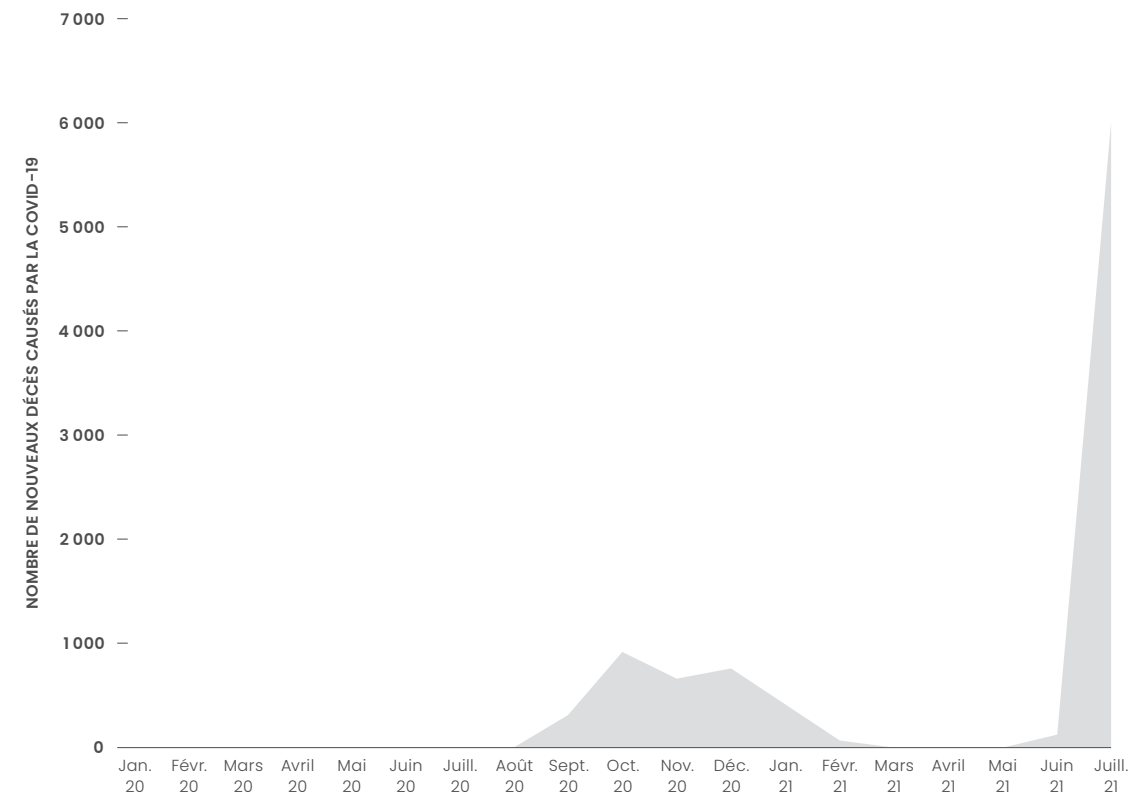
Indicateur	Précédents		Récents	
	Valeur	Année	Valeur	Année
Taux de mortalité maternelle (pour 100 000 naissances vivantes)	-	-	227	2015
Taux de mortalité des moins de 5 ans (pour 1 000 naissances vivantes)	62	2012	47	2020
Taux de mortalité néonatale (pour 1 000 naissances vivantes)	30	2011	22	2019
Taux 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
Mortinaissances (pour 1 000 grossesses)*	-	-	11.8	2015

* Le taux de mortinatalité estimé par le Groupe interagences des Nations Unies pour l'estimation de la mortalité infantile au Myanmar est de 15 pour l'année 2015 (pour un total de 1 000 naissances). Voir <https://childmortality.org/data> pour plus d'informations.

FINANCEMENT DE LA SANTÉ

Indicateur	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Part du budget public consacré à la santé (%)	-	4	5	6	-	-
Taux d'exécution du budget de la santé (%)	-	110	94	76	-	-
Part des dépenses de santé allant aux prestataires de première ligne (%)	-	-	-	-	-	-
Dépenses publiques générales de santé (DGGHE), par habitant (USD)	13.6	8.1	8.6	8.8	-	-
Les DGGHE en tant que part des dépenses publiques générales (%)	5	3.1	3.6	3.5	-	-
Paiements directs de santé, par habitant (USD)	43.5	44.4	43.8	45.3	-	-

DÉCÈS CAUSÉS PAR LA COVID-19 AU MYANMAR



Alors que le GFF soutient le suivi de routine des perturbations des services de santé essentiels dans 18 pays partenaires, des données mensuelles sur les décès liés à la COVID-19 sont fournies pour l'ensemble des 36 pays partenaires du GFF jusqu'en juillet 2021 afin de montrer l'impact continu de la pandémie. Le GFF continue de soutenir les pays partenaires dans le suivi des résultats essentiels de SRMNEA-N et des priorités du dossier d'investissement tout au long de la pandémie.

NOUVEAUX DÉCÈS CAUSÉS PAR LA COVID-19

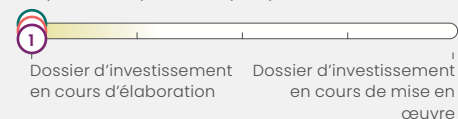


CARTOGRAPHIE DES RESSOURCES

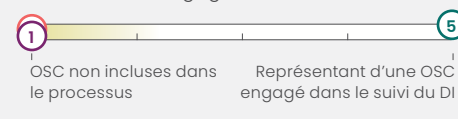
En raison de la crise politique et humanitaire en cours au Myanmar, le GFF a recentré son engagement sur l'assistance technique et le travail analytique, en collaboration avec les partenaires de développement pour évaluer les moyens de poursuivre les investissements dans la prestation de services tout en élaborant un système de santé résilient pour l'avenir.

LE SUIVI DU PROCESSUS PILOTÉ PAR LE PAYS

Dossier d'investissement pour la SRMNEA-N ou équivalent (par exemple, plan national de santé)



Un processus de plateforme nationale inclusif avec l'engagement des OSC



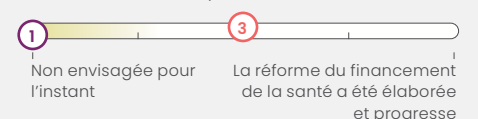
Stratégie et cadre de suivi des résultats en appui au DI (inclus dans le document du DI ou dans un document séparé)



Analyse sur le genre/Stratégie sur le genre



Un plan de mise en œuvre comprenant des initiatives visant à améliorer la MRN, l'efficacité et/ou la protection financière



2019 2020 2021

LE RÔLE CATALYTIQUE DU GFF

- Élaborer un dossier d'investissement qui est chiffré et qui donne la priorité :** Le dossier d'investissement (DI) en cours d'élaboration pour le Niger s'appuie sur la plateforme nationale de santé existante et donne la priorité, entre autres, aux interventions en matière de droits et santé sexuels et reproductifs (DSSR), ainsi qu'aux retards de croissance.
- Donner la priorité aux réformes du financement et des systèmes de santé et les mettre en œuvre :** Le Niger fait partie des «pays accélérateurs» pour le financement durable de la santé dans le cadre du Plan d'action mondial. À ce titre, le DI donne la priorité aux réformes du financement de la santé, telles que les achats stratégiques et les réformes d'efficacité. Dans le cadre de la stratégie nationale de couverture santé universelle, le GFF soutient un nouveau système de financement basé sur les résultats afin de renforcer la politique de gratuité des services de santé pour les femmes et les enfants de moins de cinq ans et améliorer l'accès des adolescents à des services de qualité. Pour éclairer les réformes, le GFF soutient des évaluations portant sur la marge de manœuvre budgétaire, l'équité et la protection financière, ainsi que l'efficacité de la gestion des finances publiques. Le GFF soutient le dialogue politique par le biais des instruments de la Banque mondiale sur l'égalité de genre et l'amélioration de l'accès des adolescents aux services de santé sexuelle et reproductive et autres services.

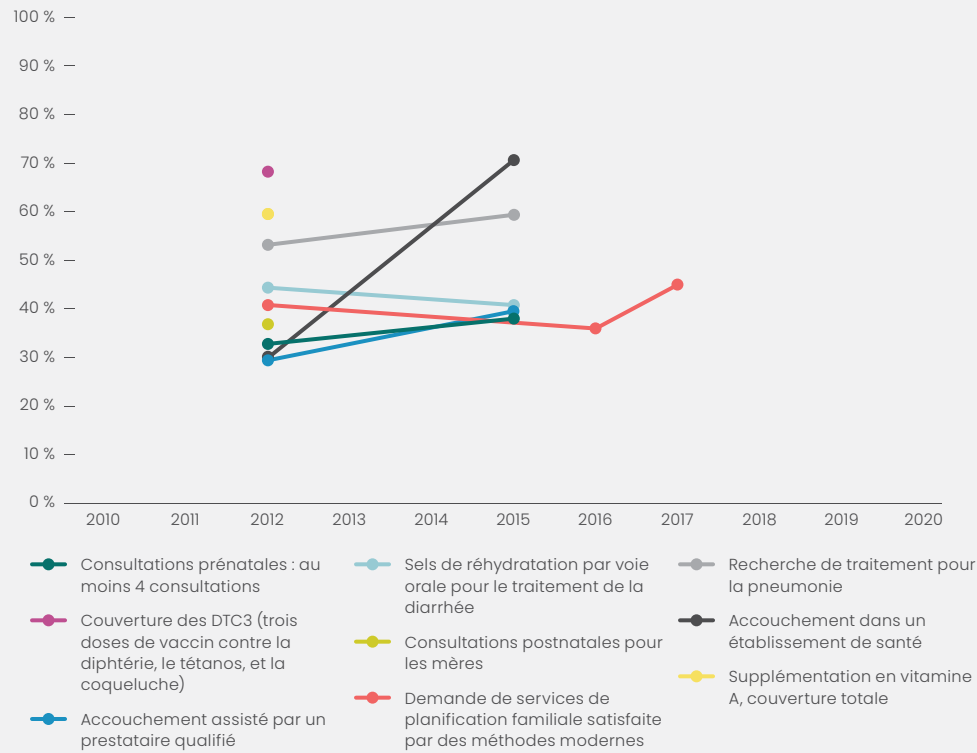
- Renforcer la plateforme nationale et rassembler les partenaires financiers et techniques au niveau national :** Le GFF s'efforce d'aligner les multiples bailleurs de fonds autour de priorités clés, et un groupe de travail technique représentant toutes les parties prenantes se réunit deux fois par mois pour finaliser le DI qui sera mis en œuvre à travers la plateforme nationale de santé existante. L'exercice de cartographie des ressources et de suivi des dépenses a permis d'établir une collaboration avec l'Organisation mondiale de la Santé pour suivre conjointement les ressources liées à la COVID-19. Le GFF collabore également étroitement avec la Banque mondiale, le Fonds mondial et l'Unicef pour soutenir l'opérationnalisation de la stratégie relative aux agents de santé communautaires.

- Améliorer les données nécessaires à la prise de décision :** Le GFF encourage une plus grande coordination entre les partenaires afin de favoriser l'amélioration des données et du suivi grâce à la cartographie géospatiale, au renforcement du système de gestion des données sanitaires en ligne et à d'autres outils. Dans le cadre du processus du DI, des évaluations de la qualité des données et l'élaboration du cadre de résultats du DI, en collaboration avec le groupe de travail technique et les partenaires, sont en cours. L'initiative *Countdown to 2030* a contribué à renforcer la collaboration du GFF sur la SRMNEA-N avec l'Institut national des statistiques.

NIGER

INDICATEURS DE COUVERTURE DE SRMNEA-N

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



INDICATEURS D'IMPACT DE LA SRMNEA-N

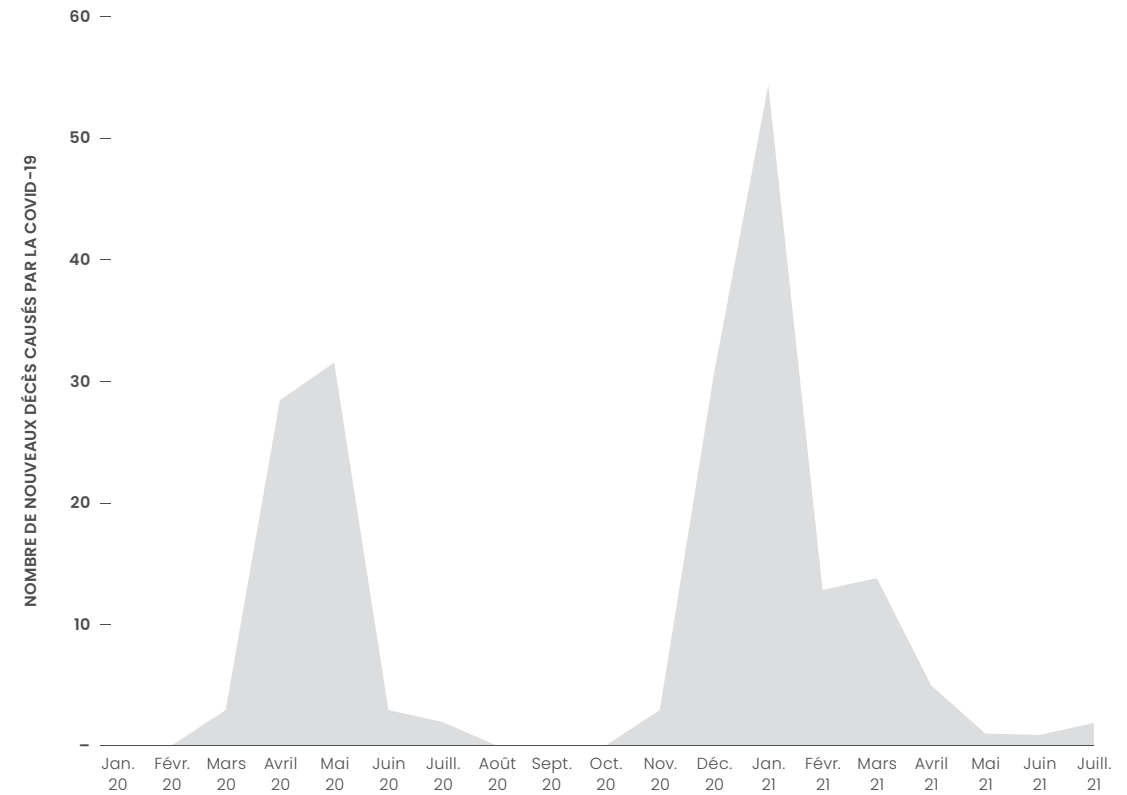
	Précédents	Récents
Taux de mortalité maternelle (pour 100 000 naissances vivantes)	535 (2012)	520 (2015)
Taux de mortalité des moins de 5 ans (pour 1 000 naissances vivantes)	127 (2012)	126 (2015)
Taux de mortalité néonatale (pour 1 000 naissances vivantes)	24 (2012)	24 (2015)
Taux de natalité parmi les adolescentes, 15-19 ans (pour 1 000 femmes)	206 (2012)	146 (2015)
Naissances < 24 mois après l'accouchement précédent (%)	23 (2012)	-
Retard de croissance parmi les enfants de moins de 5 ans (%)	45.7 (2019)	45.1 (2020)
Émaciation modérée à sévère parmi les enfants de moins de 5 ans (%)	10.2 (2019)	10.7 (2020)
Mortinaissances (pour 1 000 grossesses)*	16.6 (2012)	-

* Le taux de mortalité infantile au Niger est de 21 pour l'année 2012 (pour un total de 1 000 naissances). Voir <https://childmortality.org/data> pour plus d'informations.

FINANCEMENT DE LA SANTÉ

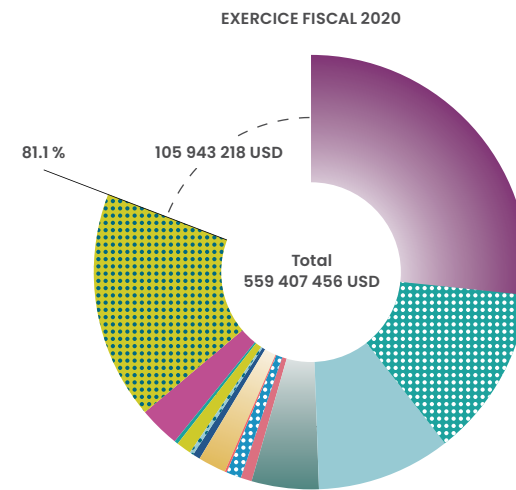
	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Part du budget public consacré à la santé (%)	6.6	4.9	5.6	5.7	6.3	6.3
Taux d'exécution du budget de la santé (%)	-	72	72	91	79	76
Part des dépenses de santé allant aux prestataires de première ligne (%)	-	7.1	27.9	19.5	21.8	18.3
Dépenses publiques générales de santé (DGGHE), par habitant (USD)	5.4	4.7	9.7	10.3	12.4	14.5
Les DGGHE en tant que part des dépenses publiques générales (%)	4.6	4.7	5.3	10.0	5.3	5.9
Paiements directs de santé, par habitant (USD)	16.8	17.3	15.4	15.6	16.4	17.0

DÉCÈS CAUSÉS PAR LA COVID-19 AU NIGER



Alors que le GFF soutient le suivi de routine des perturbations des services de santé essentiels dans 18 pays partenaires, des données mensuelles sur les décès liés à la COVID-19 sont fournies pour l'ensemble des 36 pays partenaires du GFF jusqu'en juillet 2021 afin de montrer l'impact continu de la pandémie. Le GFF continue de soutenir les pays partenaires dans le suivi des résultats essentiels de SRMNEA-N et des priorités du dossier d'investissement tout au long de la pandémie.

EXERCICE FISCAL 2020



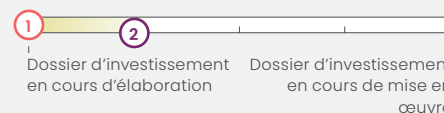
CARTOGRAPHIE DES RESSOURCES

L'exercice de cartographie des ressources et de suivi des dépenses (CRSD) au Niger s'est concentré sur le Plan de développement sanitaire (PDS) et a montré l'importance des ressources externes dans le plan de réponse à la COVID-19 (67 % des ressources engagées pour le financement du PDS en 2020 proviennent de financements externes, avec 91 % pour le plan de réponse à la COVID-19). L'exercice a également montré une part relativement importante des ressources qui sont acheminées à travers le budget de l'État (64 %), et un déficit de financement important pour le programme des services de santé alors qu'il représente à lui seul plus de 45 % du financement total alloué au PDS. Le manque d'efficacité dans l'allocation des ressources, avec un surfinancement de certains sous-programmes (renforcement des capacités, disponibilité des produits de santé, nutrition) et certains programmes largement sous-financés (mécanismes de protection du risque financier, maladies transmissibles). Des inégalités dans l'allocation des ressources au niveau régional ont également été constatées (par exemple, le faible niveau d'allocation des ressources par habitant dans la région de Maradi, qui a l'un des taux de mortalité infantile et juvénile les plus élevés). Le prochain exercice de CRSD doit intégrer les besoins en information dans les outils de budgétisation du gouvernement et permettre une plus grande prévisibilité des engagements financiers des partenaires.

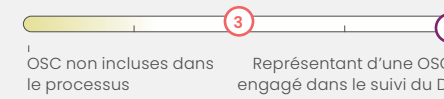


LE SUIVI DU PROCESSUS PILOTÉ PAR LE PAYS

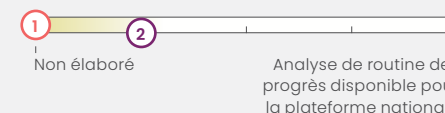
Dossier d'investissement pour la SRMNEA-N ou équivalent (par exemple, plan national de santé)



Un processus de plateforme nationale inclusif avec l'engagement des OSC



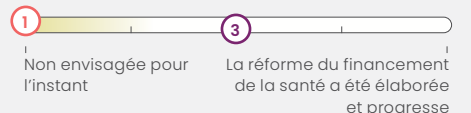
Stratégie et cadre de suivi des résultats en appui au DI (inclus dans le document du DI ou dans un document séparé)



Analyse sur le genre/Stratégie sur le genre



Un plan de mise en œuvre comprenant des initiatives visant à améliorer la MRN, l'efficacité et/ou la protection financière



2019 2020 2021

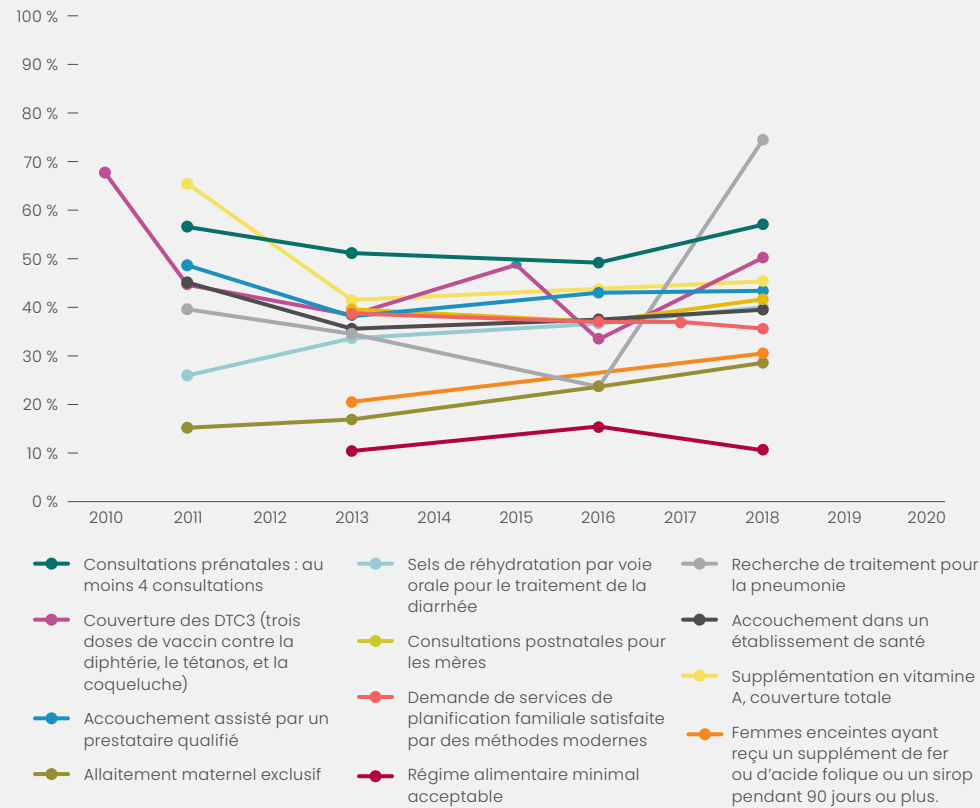
LE RÔLE CATALYTIQUE DU GFF

- Élaborer un dossier d'investissement qui est chiffré et qui donne la priorité :** Le dossier d'investissement (DI) pour le Nigeria s'aligne sur le Plan stratégique national de développement sanitaire II et donne la priorité : a) à une mobilisation accrue des ressources nationales pour le Fonds de prestation de soins de santé de base ; b) à l'équité, en mobilisant des ressources supplémentaires et en utilisant des financements additionnels dans le cadre du Projet d'investissement dans la santé de l'État du Nigeria pour fournir des soins maternels et infantiles à fort impact dans trois États fragiles du Nord-Est ; et c) à une efficacité accrue du Projet d'accélération des résultats en matière de nutrition pour la prestation de services de nutrition communautaires par des acteurs non étatiques.
- Donner la priorité aux réformes du financement et des systèmes de santé et les mettre en œuvre :** Le GFF a soutenu la mise en œuvre d'une loi visant à fournir un ensemble minimal de services de base et a fourni une subvention de 20 millions de dollars américains pour un projet pilote dans trois États afin de démontrer la validité du concept. Cela a permis de réunir les ressources des bailleurs de fonds et du gouvernement et d'étendre la mise en œuvre à 21 des 37 États du pays.
- Renforcer la plateforme nationale et rassembler les partenaires financiers et techniques au niveau national :** Le GFF participe à des réunions avec le Groupe des partenaires de développement pour la santé et soutient une coordination et un alignement accrus entre la Banque mondiale et d'autres partenaires. En outre, l'engagement du GFF a contribué à la relance d'une plateforme de coordination en matière de santé et de nutrition.
- Améliorer les données nécessaires à la prise de décision :** Pour évaluer l'impact de la pandémie de COVID-19 sur les services, le GFF a soutenu l'analyse des données du système national d'information sanitaire afin d'identifier les zones de perturbation des services et d'informer les interventions du système de santé en vue d'atténuer les effets sur la demande et la prestation de services essentiels. En outre, le GFF a fourni une assistance technique au gouvernement du Nigeria dans le cadre d'une subvention d'urgence pour faire face à la COVID-19, afin d'élaborer des directives de réponse incluant un protocole de triage et de service pour la prestation de services de santé de routine.

NIGERIA

INDICATEURS DE COUVERTURE DE SRMNEA-N

Les données sur tous les indicateurs de couverture de SRMNEA-N sont présentées à partir des enquêtes démographiques les plus récentes disponibles.



INDICATEURS D'IMPACT DE LA SRMNEA-N

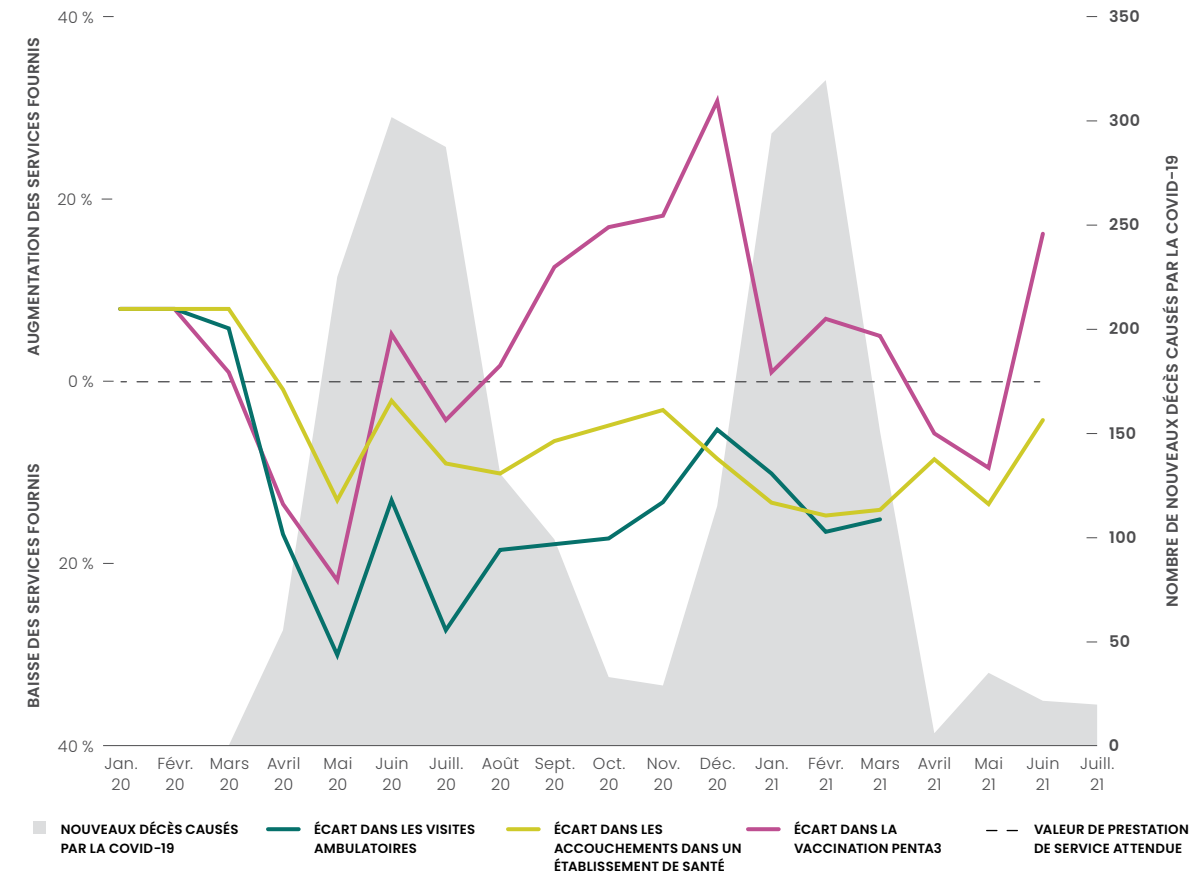
	Précédents	Récents
Taux de mortalité maternelle (pour 100 000 naissances vivantes)	576 (2013)	512 (2018)
Taux de mortalité des moins de 5 ans (pour 1 000 naissances vivantes)	128 (2013)	132 (2018)
Taux de mortalité néonatale (pour 1 000 naissances vivantes)	37 (2013)	39 (2018)
Taux de natalité parmi 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 (%)	36.8 (2013)	36.8 (2018)
Émaciation modérée à sévère parmi les enfants de moins de 5 ans (%)	18 (2013)	6.7 (2018)
Mortinaissances (pour 1 000 grossesses)*	12.3 (2013)	17.5 (2018)

*Le taux de mortinatalité estimé par le Groupe interagences des Nations Unies pour l'estimation de la mortalité infantile au Nigeria est de 22 pour l'année 2018 et de 23 pour l'année 2013 (pour un total de 1 000 naissances). Voir <https://childmortality.org/data> pour plus d'informations.

FINANCEMENT DE LA SANTÉ

	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Part du budget public consacré à la santé (%)	-	4.1	4.1	4.0	4.8	3.9
Taux d'exécution du budget de la santé (%)	-	-	-	72.7	86.2	-
Part des dépenses de santé allant aux prestataires de première ligne (%)	-	-	88	79.1	-	-
Dépenses publiques générales de santé (DGGHE), par habitant (USD)	16.1	10.3	10.5	12.5	-	-
Les DGGHE en tant que part des dépenses publiques générales (%)	5.3	5	4.4	4.4	-	-
Paiements directs de santé, par habitant (USD)	70.3	59.7	57.1	64.2	-	-

INSUFFISANCE DE LA PRESTATION DE SERVICES PAR RAPPORT AUX TENDANCES PRÉPANDÉMIQUES



Suivi des services de santé essentiels pendant la COVID-19

Le Nigeria a enregistré des déficits dans le volume des consultations ambulatoires et des accouchements dans un établissement de santé pendant la COVID-19, avec des déficits de 24 % dans les consultations ambulatoires, 19 % dans les vaccinations Penta3, et 13 % dans les accouchements dans un établissement de santé en mai 2020 par rapport aux valeurs attendues. Tandis que les vaccinations Penta3 ont augmenté en septembre 2020, atteignant jusqu'à 15 % de plus que prévu en décembre, les consultations ambulatoires et les accouchements dans un établissement de santé sont restés faibles en septembre, avec des déficits de 6 % pour les accouchements dans un établissement de santé et de 8 % pour les consultations ambulatoires. Le Nigeria a atteint des déficits cumulatifs de 8 % dans les accouchements dans un établissement de santé et de 15 % dans les consultations ambulatoires par rapport aux niveaux attendus.

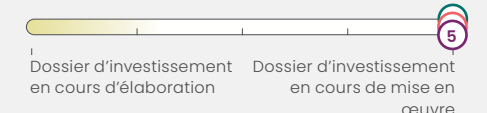


CARTOGRAPHIE DES RESSOURCES

La cartographie des ressources et le suivi des dépenses (CRSD) au Nigeria est actuellement dans la phase initiale de planification et de conception. L'exercice sera principalement axé sur la cartographie et le suivi du financement des bailleurs de fonds, qui représente les trois quarts des dépenses nationales. La documentation de toutes les sources de fonds est essentielle pour le ministère fédéral de la Santé (FMOH) au Nigeria, non seulement pour aligner et canaliser les ressources vers les priorités du secteur, mais aussi pour aborder 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 (BHCPF). Le BHCPF est l'un des trois projets soutenus par la Banque mondiale et cofinancés par le GFF. L'exercice de CRSD soutiendra le FMOH pour tirer parti d'une initiative dirigée par le département des comptes de consolidation du Bureau du comptable général fédéral pour collecter des informations sur le financement externe. Le processus de CRSD élaborera un processus systématique pour rassembler l'aide au développement pour les dépenses de santé utilisées dans la budgétisation, les décisions d'allocation des ressources et la préparation des états financiers consolidés pour le secteur de la santé.

LE SUIVI DU PROCESSUS PILOTÉ PAR LE PAYS

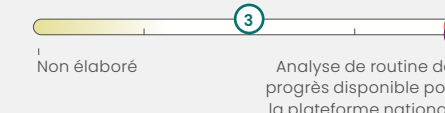
Dossier d'investissement pour la SRMNEA-N ou équivalent (par exemple, plan national de santé)



Un processus de plateforme nationale inclusif avec l'engagement des OSC



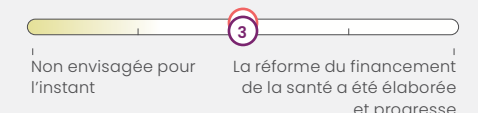
Stratégie et cadre de suivi des résultats en appui au DI (inclus dans le document du DI ou dans un document séparé)



Analyse sur le genre/Stratégie sur le genre



Un plan de mise en œuvre comprenant des initiatives visant à améliorer la MRN, l'efficacité et/ou la protection financière



○ 2019 ○ 2020 ○ 2021

LE RÔLE CATALYTIQUE DU GFF

Élaborer un dossier d'investissement qui est chiffré et qui donne la priorité :

Le dossier d'investissement (DI) pour le Pakistan est piloté par le ministère fédéral de la Santé et a été élaboré en collaboration avec l'Unicef et ICHES, un entrepreneur axé sur le soutien aux soins de santé universels. Si le DI national est sur le point d'être finalisé, les plans de mise en œuvre provinciaux du DI n'ont pas encore été élaborés.

Donner la priorité aux réformes du financement et des systèmes de santé et les mettre en œuvre :

Le coût actuel du DI est incompatible avec les ressources disponibles. Le gouvernement cherche à améliorer l'efficacité du financement par le biais du service de paquet de santé essentiel chiffré, issu du projet Priorités en matière de lutte contre les maladies, ou DCP3, fondé sur des données probantes. L'achat groupé de produits de base essentiels et l'achat stratégique de services, y compris le contrôle de la qualité, sont à l'étude.

Renforcer la plateforme nationale et rassembler les partenaires financiers et techniques au niveau national :

Jusqu'à présent, l'élaboration du DI s'est faite par le biais d'un comité central, la plateforme nationale étant toujours en cours d'évolution. Une plateforme nationale de coordination du secteur de la santé devrait réunir les parties prenantes et coordonner les efforts en matière de soins de santé universels, y compris les services de santé et de nutrition pour les femmes, les enfants et les adolescents. Le GFF et ses partenaires mettront l'accent sur le renforcement des capacités de gestion du gouvernement.

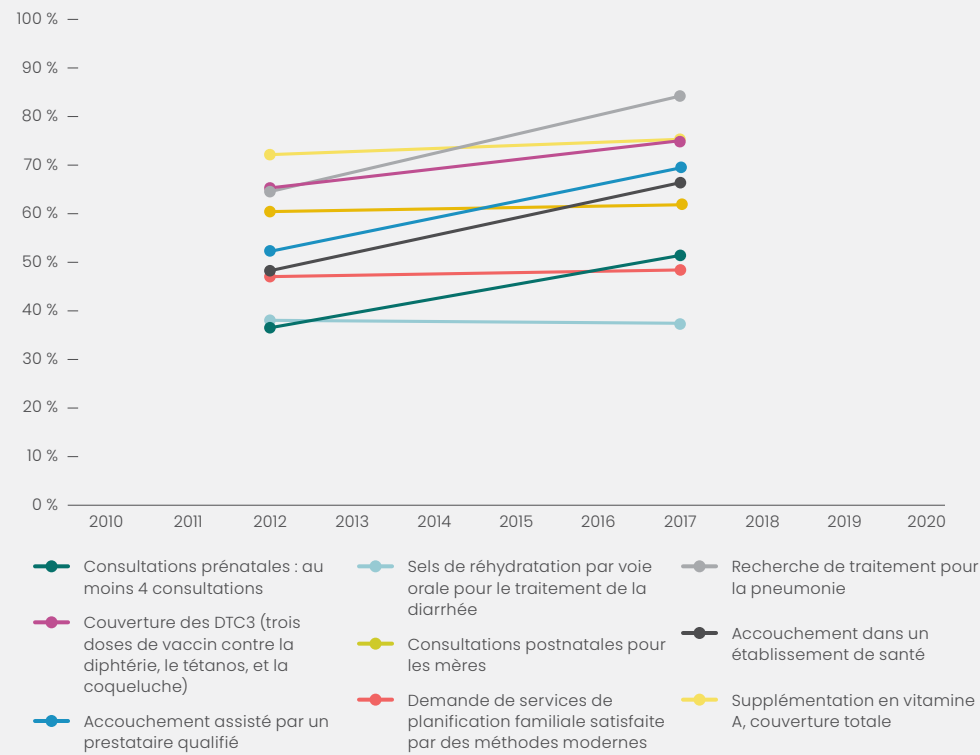
Améliorer les données nécessaires à la prise de décision :

Le GFF a apporté son soutien à travers l'initiative *Countdown to 2030* pour aligner le cadre national de résultats sur les sources de données sanitaires disponibles. Il collaborera également avec les services d'assistance technique de la Fondation Bill & Melinda Gates en renforçant la capacité des plateformes nationales et provinciales à entreprendre des examens réguliers des données et des prises de mesures correctives. Au cours des deux dernières années, le GFF a fourni une assistance technique au gouvernement pour défragmenter et renforcer les systèmes d'enregistrement et statistiques de l'état civil.

PAKISTAN

INDICATEURS DE COUVERTURE DE SRMNEA-N

Les données sur tous les indicateurs de couverture de SRMNEA-N sont présentées à partir des enquêtes démographiques les plus récentes disponibles.



INDICATEURS D'IMPACT DE LA SRMNEA-N

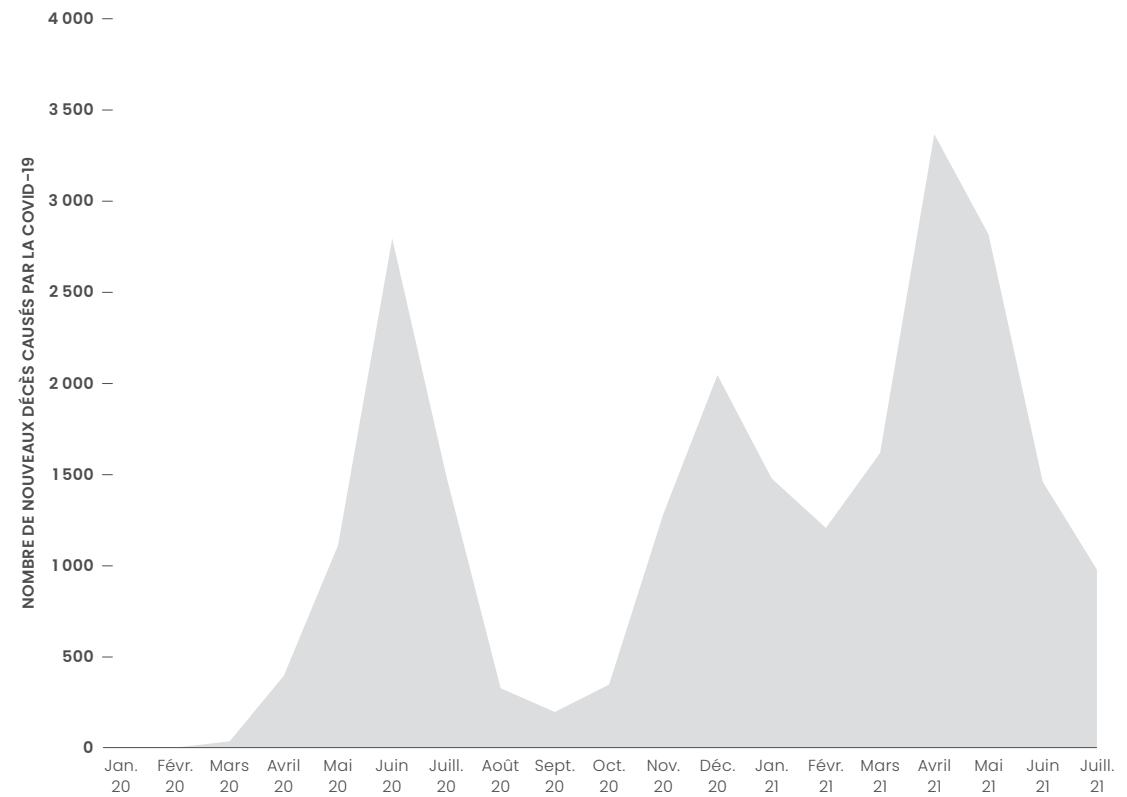
	Précédents		Récents	
Taux de mortalité maternelle (pour 100 000 naissances vivantes)	178	2014	140	2019
Taux de mortalité des moins de 5 ans (pour 1 000 naissances vivantes)	89	2012	74	2017
Taux de mortalité néonatale (pour 1 000 naissances vivantes)	55	2012	42	2017
Taux de natalité parmi les adolescentes, 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
Mortinaissances (pour 1 000 grossesses)*	33.3	2012	23.4	2017

* Le taux de mortinatalité estimé par le Groupe interagences des Nations Unies pour l'estimation de la mortalité infantile au Pakistan est de 32 pour l'année 2017 et de 35 pour l'année 2012 (pour un total de 1 000 naissances). Voir <https://childmortality.org/data> pour plus d'informations.

FINANCEMENT DE LA SANTÉ

	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Part du budget public consacré à la santé (%)	-	3.6	4	4.6	-	-
Taux d'exécution du budget de la santé (%)	-	98	105	90	-	-
Part des dépenses de santé allant aux prestataires de première ligne (%)	-	-	7	9	13	14
Dépenses publiques générales de santé (DGGHE), par habitant (USD)	9.1	11.2	13.4	15.2	-	-
Les DGGHE en tant que part des dépenses publiques générales (%)	3.7	4.1	4.3	5.3	-	-
Paiements directs de santé, par habitant (USD)	23.8	24.6	25.5	24.1	-	-

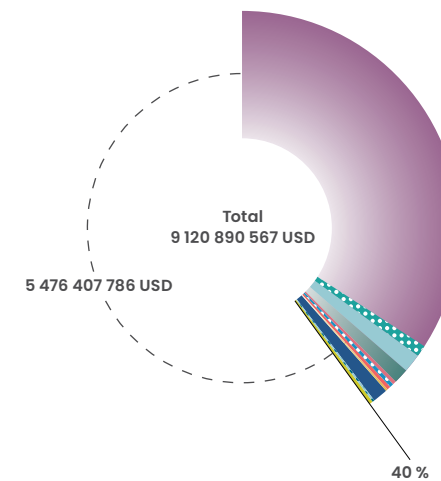
DÉCÈS CAUSÉS PAR LA COVID-19 AU PAKISTAN



NOUVEAUX DÉCÈS CAUSÉS PAR LA COVID-19

Alors que le GFF soutient le suivi de routine des perturbations des services de santé essentiels dans 18 pays partenaires, des données mensuelles sur les décès liés à la COVID-19 sont fournies pour l'ensemble des 36 pays partenaires du GFF jusqu'en juillet 2021 afin de montrer l'impact continu de la pandémie. Le GFF continue de soutenir les pays partenaires dans le suivi des résultats essentiels de SRMNEA-N et des priorités du dossier d'investissement tout au long de la pandémie.

EXERCICE FISCAL 2020

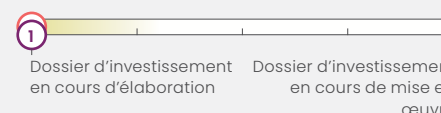


CARTOGRAPHIE DES RESSOURCES

La toute première cartographie des ressources et de suivi des dépenses (CRSD) du Pakistan a été achevée au début de cette année par Ernst and Young. Le rapport de cartographie des ressources montre un écart important entre le projet de dossier d'investissement (DI) chiffré et l'enveloppe totale des ressources disponibles. La Banque mondiale et le GFF espèrent réaliser un autre cycle de cartographie des ressources et effectuer le premier suivi des dépenses avec le budget et les dépenses cartographiés par rapport aux priorités du DI. En outre, avec le soutien de la BMGF, la Banque mondiale et le GFF travailleront avec le gouvernement pour institutionnaliser la CRSD au cours des trois à quatre prochaines années et promouvoir l'interopérabilité de l'IFMIS, du DHIS2, et du NHA.

LE SUIVI DU PROCESSUS PILOTÉ PAR LE PAYS

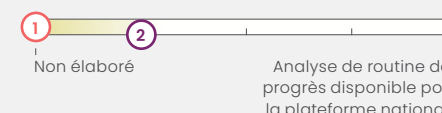
Dossier d'investissement pour la SRMNEA-N ou équivalent (par exemple, plan national de santé)



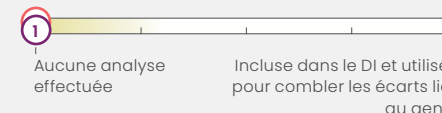
Un processus de plateforme nationale inclusif avec l'engagement des OSC



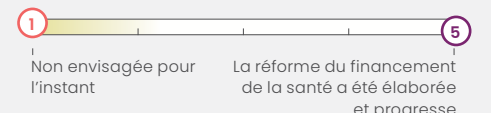
Stratégie et cadre de suivi des résultats en appui au DI (inclus dans le document du DI ou dans un document séparé)



Analyse sur le genre/Stratégie sur le genre



Un plan de mise en œuvre comprenant des initiatives visant à améliorer la MRN, l'efficacité et/ou la protection financière



2019 2020 2021

RWANDA

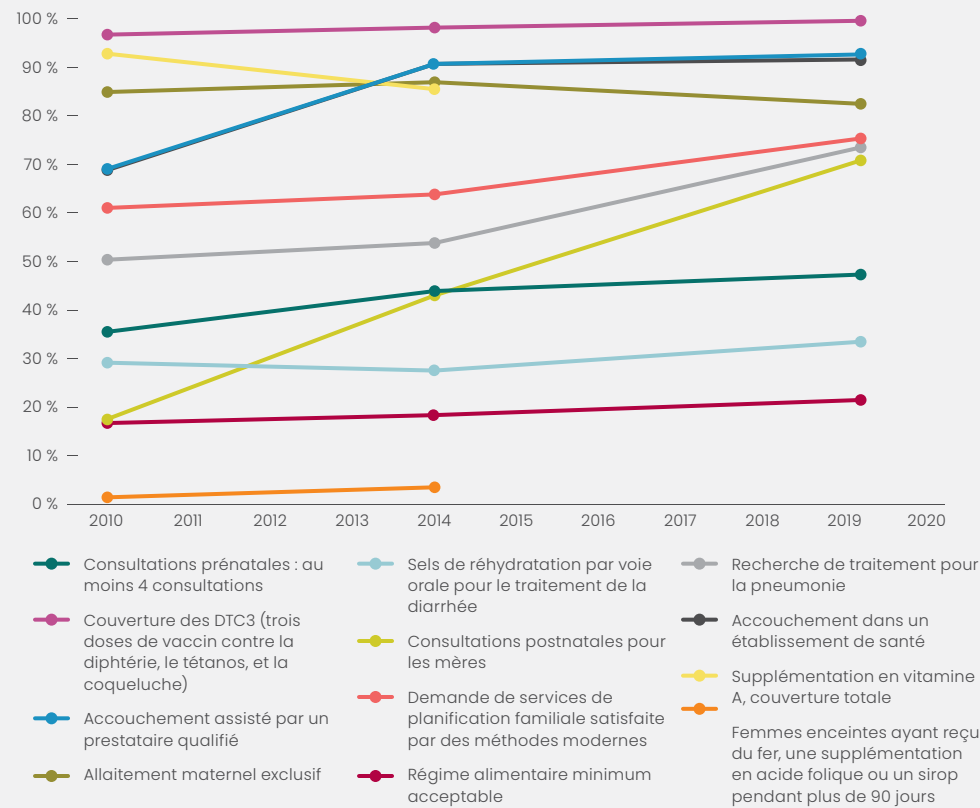
LE RÔLE CATALYTIQUE DU GFF

- Élaborer un dossier d'investissement qui est chiffré et qui donne la priorité :** Le GFF soutient l'élaboration du Plan stratégique chiffré du programme national de développement de la petite enfance (NECDP SP) 2018-24, qui sert de dossier d'investissement (DI) pour le Rwanda¹. Les priorités comprennent des programmes communautaires de changement de comportement, le déploiement d'approches innovantes pour le suivi de la croissance, la mise à l'échelle du développement de la petite enfance à domicile et la réforme du programme des agents de santé communautaires grâce à l'amélioration de la gestion des performances et du système d'incitations.
- Donner la priorité aux réformes du financement et des systèmes de santé et les mettre en œuvre :** Le GFF soutient le renforcement de la gestion des finances publiques grâce à un système multisectoriel complet de suivi et d'évaluation du budget de la nutrition, afin de garantir que les ressources sont utilisées efficacement et orientées vers les groupes les plus vulnérables. Le GFF soutient également les réformes visant à améliorer la durabilité financière et la gestion opérationnelle de l'assurance santé communautaire qui contribue à améliorer la protection financière des plus pauvres. Le GFF a appuyé l'expansion du programme de transfert monétaire pour le soutien direct sensible à la nutrition et soutient l'interopérabilité des systèmes d'information pour administrer efficacement le programme, en se concentrant sur un meilleur ciblage et des systèmes de paiement numériques.
- Améliorer les données nécessaires à la prise de décision :** Le GFF soutient la mise en place d'un tableau de bord de suivi des performances du programme de convergence, le renforcement de l'interopérabilité des systèmes de données sectoriels (système de gestion de l'information sanitaire, protection sociale, identification nationale) et l'amélioration des capacités d'analyse des données. Le GFF soutient le gouvernement dans la mise à l'échelle de divers outils de redevabilité (notamment des fiches de résultats pour la santé, le développement et la nutrition des enfants) pour améliorer la mise en œuvre des programmes prioritaires au niveau des districts. En outre, le GFF encourage l'utilisation des données pour la prise de décision au sein de la plateforme nationale et des gouvernements infranationaux. D'autre part, 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 le système national d'enregistrement et de statistiques de l'état civil aux programmes de protection sociale, et ce afin d'améliorer l'inscription et le suivi de la conformité.

¹ Le NECDP est devenu la NCDA (Agence nationale de développement de l'enfant) en décembre 2020.

INDICATEURS DE COUVERTURE DE SRMNEA-N

Les données sur tous les indicateurs de couverture de SRMNEA-N sont présentées à partir des enquêtes démographiques les plus récentes disponibles.



INDICATEURS D'IMPACT DE LA SRMNEA-N

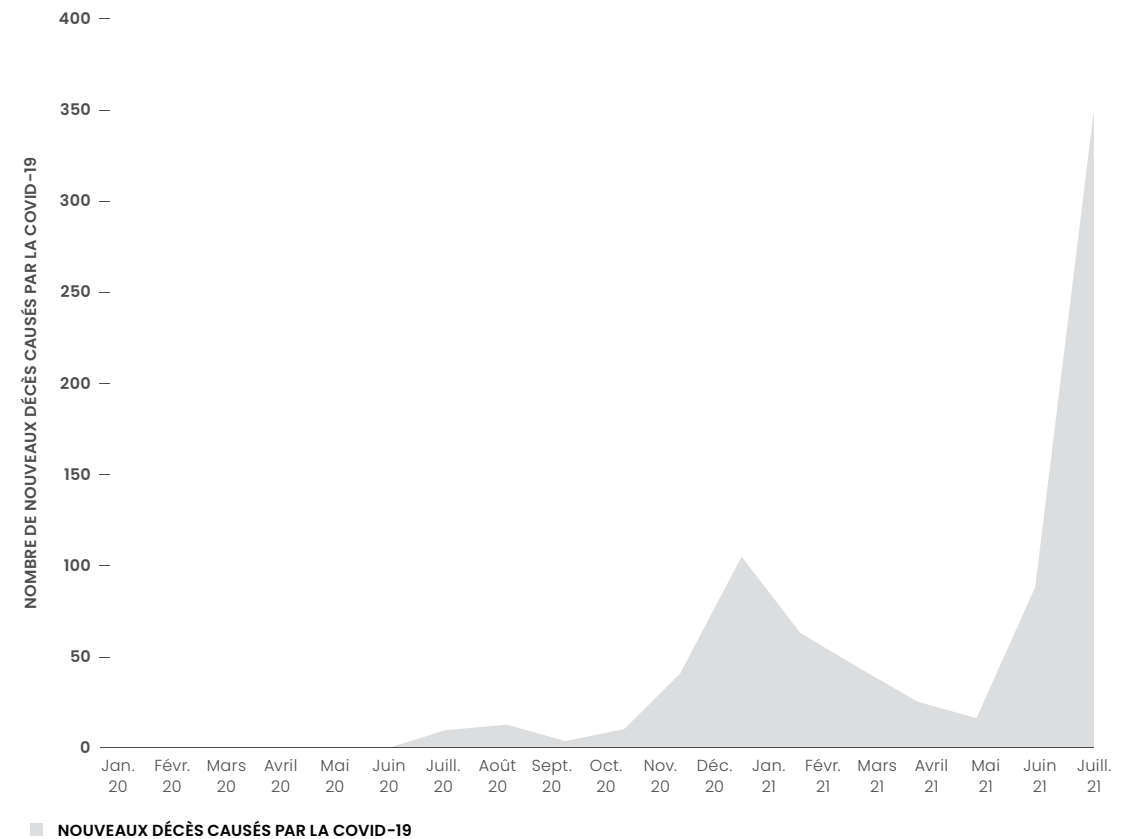
	Précédents		Récents	
Taux de mortalité maternelle (pour 100 000 naissances vivantes)	210	2014	203	2019
Taux de mortalité des moins de 5 ans (pour 1 000 naissances vivantes)	50	2014	45	2019
Taux de mortalité néonatale (pour 1 000 naissances vivantes)	20	2014	19	2019
Taux de natalité parmi les adolescentes, 15-19 ans (pour 1 000 femmes)	45	2014	32	2019
Naissances < 24 mois après l'accouchement précédent (%)	14	2014	-	-
Retard de croissance parmi les enfants de moins de 5 ans (%)	37.9	2014	33.1	2019
Émaciation modérée à sévère parmi les enfants de moins de 5 ans (%)	2.2	2014	1.1	2019
Mortinaissances (pour 1 000 grossesses)*	15.4	2014	-	-

* Le taux de mortinatalité estimé par le Groupe interagences des Nations Unies pour l'estimation de la mortalité infantile au Rwanda est de 17 pour l'année 2019 et de 19 pour l'année 2014 (pour un total de 1 000 naissances). Voir <https://childmortality.org/data> pour plus d'informations.

FINANCEMENT DE LA SANTÉ

	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Part du budget public consacré à la santé (%)	-	11.3	9.7	9.3	7.4	8.8
Taux d'exécution du budget de la santé (%)	-	81	94	92	87	101
Part des dépenses de santé allant aux prestataires de première ligne (%)	-	-	-	-	-	-
Dépenses publiques générales de santé (DGGHE), par habitant (USD)	15.8	16.6	17.2	18.4	-	-
Les DGGHE en tant que part des dépenses publiques générales (%)	7.9	8.9	8.9	8.9	-	-
Paiements directs de santé, par habitant (USD)	6.1	5.9	5.9	6.1	-	-

DÉCÈS CAUSÉS PAR LA COVID-19 AU RWANDA



Alors que le GFF soutient le suivi de routine des perturbations des services de santé essentiels dans 18 pays partenaires, des données mensuelles sur les décès liés à la COVID-19 sont fournies pour l'ensemble des 36 pays partenaires du GFF jusqu'en juillet 2021 afin de montrer l'impact continu de la pandémie. Le GFF continue de soutenir les pays partenaires dans le suivi des résultats essentiels de SRMNEA-N et des priorités du dossier d'investissement tout au long de la pandémie.



CARTOGRAPHIE DES RESSOURCES

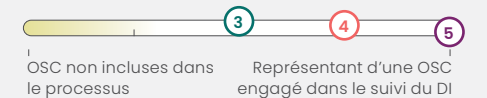
Le ministère de la Santé dispose d'informations détaillées sur les ressources externes grâce à l'outil de suivi des ressources sanitaires du gouvernement. Cependant, étant donné que le dossier d'investissement du Rwanda se concentre principalement sur la nutrition, une cartographie multisectorielle des ressources est nécessaire. Le GFF soutient la Revue des dépenses et des institutions de la nutrition (NEIR) qui fournit une analyse détaillée du niveau et de la composition des dépenses du gouvernement et des bailleurs de fonds pour le programme multisectoriel de nutrition en utilisant le Plan stratégique du Programme national de développement de la petite enfance (qui sert de dossier d'investissement du GFF pour le Rwanda) comme référence. En outre, la revue identifie les dispositions institutionnelles et de gestion des finances publiques essentielles pour renforcer le contrôle du budget et la redevabilité en matière de résultats. La NEIR jette les bases d'un dialogue politique avec le gouvernement sur l'institutionnalisation d'un système multisectoriel de suivi des dépenses par le biais du système intégré de gestion financière et d'une revue budgétaire complète liant dépenses et performances. Cela a été convenu comme l'une des réformes clés du prochain projet d'élaboration du capital humain pour une croissance inclusive. Le GFF soutient l'assistance technique en cours durant l'exercice fiscal 2021 pour aider le gouvernement dans la réalisation de ces objectifs.

LE SUIVI DU PROCESSUS PILOTÉ PAR LE PAYS

Dossier d'investissement pour la SRMNEA-N ou équivalent (par exemple, plan national de santé)



Un processus de plateforme nationale inclusif avec l'engagement des OSC



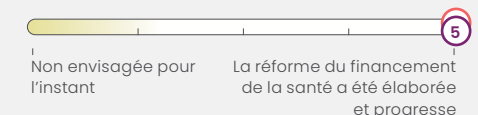
Stratégie et cadre de suivi des résultats en appui au DI (inclus dans le document du DI ou dans un document séparé)



Analyse sur le genre/Stratégie sur le genre



Un plan de mise en œuvre comprenant des initiatives visant à améliorer la MRN, l'efficacité et/ou la protection financière



○ 2019 ○ 2020 ○ 2021

SÉNÉGAL

LE RÔLE CATALYTIQUE DU GFF

• **Élaborer un dossier d'investissement qui est chiffré et qui donne la priorité :** Le dossier d'investissement (DI) pour le Sénégal donne la priorité à la fourniture d'un ensemble de services de santé et de nutrition à fort impact, à l'amélioration de la santé des adolescents à travers des approches multisectorielles, à l'augmentation de l'offre de services de santé par le renforcement des ressources humaines, et au renforcement de la gouvernance du système de santé. Le DI aborde également la question de l'équité en se concentrant sur les régions dont les résultats sanitaires et les indicateurs socioéconomiques accusent un retard.

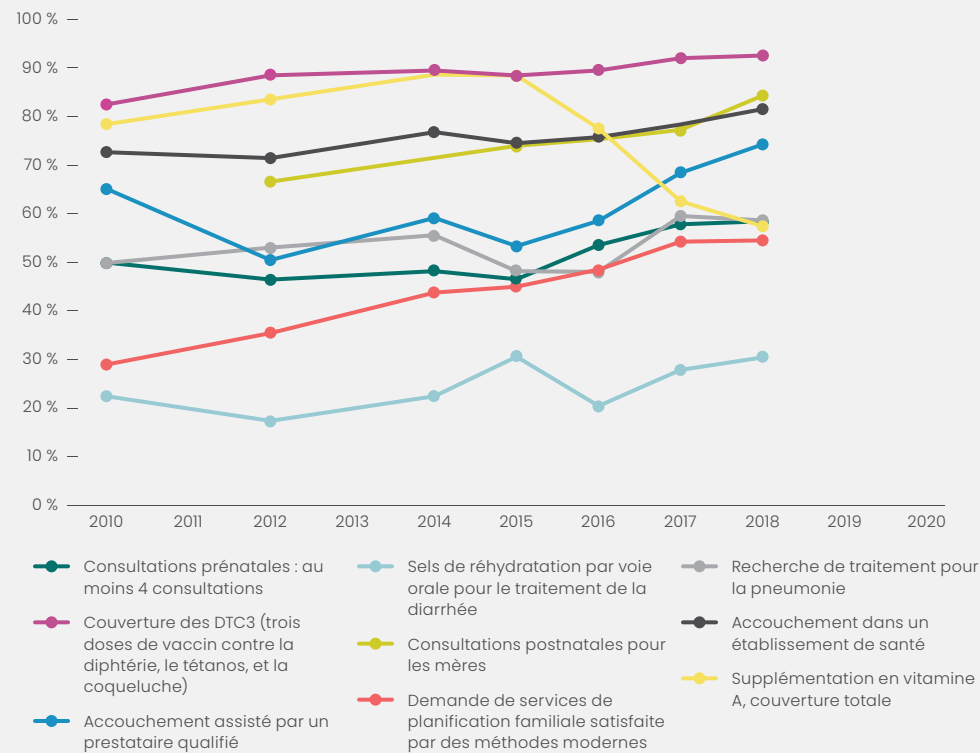
• **Donner la priorité aux réformes du financement et des systèmes de santé et les mettre en œuvre :** Le GFF soutient l'élaboration de procédures fiduciaires harmonisées pour aider le gouvernement à gérer le financement et à renforcer les audits internes, ainsi que la formation des comptables pour mettre en œuvre la budgétisation par programme. Le DI vise à augmenter le budget national de la santé et intègre la gratuité des soins dans un système d'assurance. En développant les mécanismes de financement du côté de la demande dans les régions prioritaires, le DI cherche à améliorer l'accès financier aux services et à soutenir les soins de santé universels. Le GFF soutient également le renforcement des ressources humaines dans les zones reculées, l'introduction de transferts monétaires pour autonomiser les femmes et les filles, et le renforcement de la chaîne d'approvisionnement en passant des contrats avec des opérateurs privés pour la fourniture de médicaments et d'équipements jusqu'au dernier kilomètre.

• **Renforcer la plateforme nationale et rassembler les partenaires financiers et techniques au niveau national :** La plateforme du GFF est le premier mécanisme de coordination sanitaire au Sénégal, elle attire l'attention sur les priorités, soutient l'alignement des partenaires et facilite la participation de la société civile dans la mise en œuvre et le suivi du DI. Un coordinateur du financement *Providing for Health* (financé par le GFF) soutient le gouvernement dans la supervision des réformes du financement de la santé, en alignant les partenaires sur le financement de la santé pour des soins de santé universels, et en facilitant le partage des informations. Le GFF soutient également l'élaboration d'un plan de travail unique afin de garantir une utilisation plus efficace des ressources pour le paquet santé.

• **Améliorer les données nécessaires à la prise de décision :** Le GFF soutient le renforcement du suivi des données relatives à la mise en œuvre du DI. Pendant la pandémie de COVID-19, l'analyse des données et les enquêtes téléphoniques ont permis de suivre la prestation et l'utilisation des services de santé essentiels.

INDICATEURS DE COUVERTURE DE SRMNEA-N

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



INDICATEURS D'IMPACT DE LA SRMNEA-N

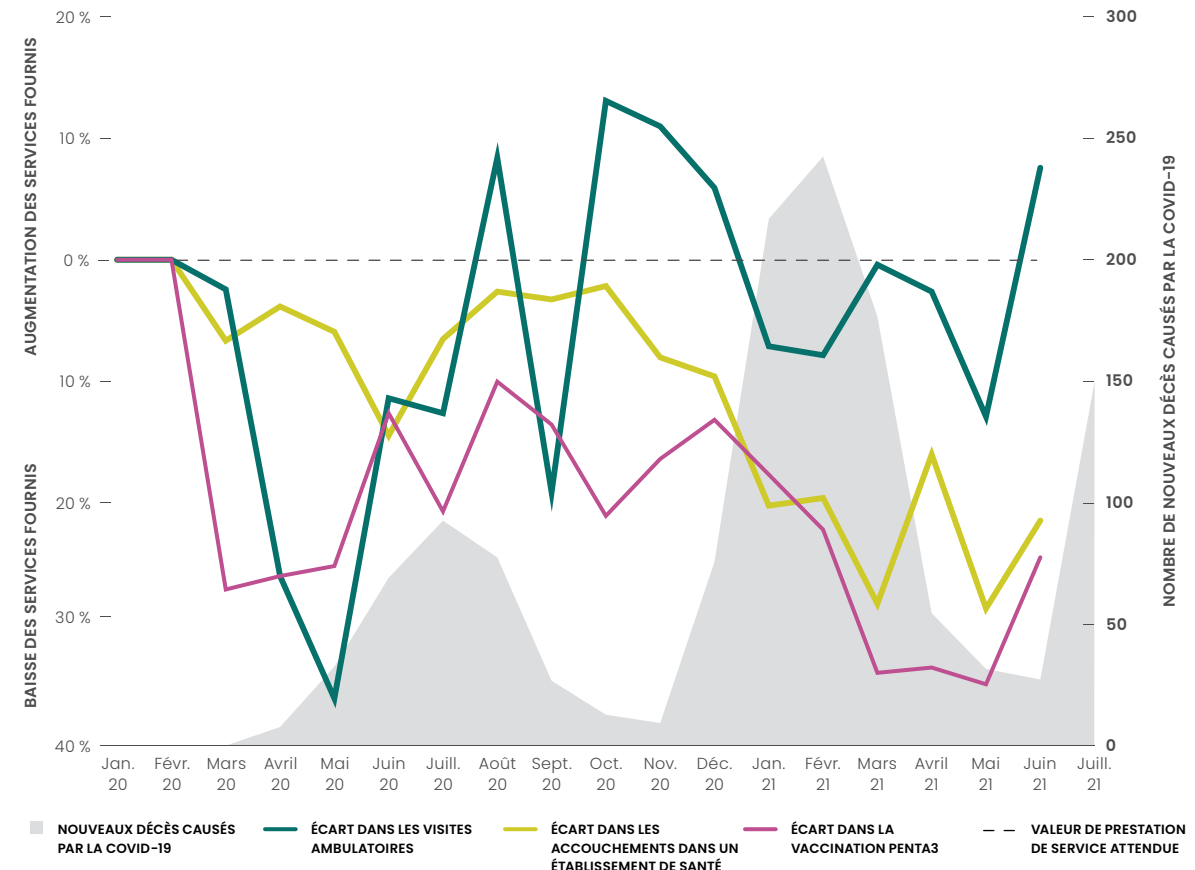
	Précédents	Récents
Taux de mortalité maternelle (pour 100 000 naissances vivantes)	236	2017 - 2019
Taux de mortalité des moins de 5 ans (pour 1 000 naissances vivantes)	51	37
Taux de mortalité néonatale (pour 1 000 naissances vivantes)	23	21
Taux de natalité parmi les adolescentes, 15-19 ans (pour 1 000 femmes)	68	71
Naissances < 24 mois après l'accouchement précédent (%)	15.8	14.2
Retard de croissance parmi les enfants de moins de 5 ans (%)	18.8	17.9
Émaciation modérée à sévère parmi les enfants de moins de 5 ans (%)	7.8	8.1
Mortinaissances (pour 1 000 grossesses)*	18.5	19.8

* Le taux de mortinatalité estimé par le Groupe interagences des Nations Unies pour l'estimation de la mortalité infantile au Sénégal est de 19,7 pour l'année 2019 et de 19,8 pour l'année 2018 (pour un total de 1 000 naissances). Voir <https://childmortality.org/data> pour plus d'informations.

FINANCEMENT DE LA SANTÉ

	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Part du budget public consacré à la santé (%)	-	5.2	4.7	4.2	5	5.7
Taux d'exécution du budget de la santé (%)	-	92	81	89	91	95
Dépenses publiques générales de santé (DGGHE), par habitant (USD)	13.1	13.6	12.7	14	-	-
Les DGGHE en tant que part des dépenses publiques générales (%)	4.7	4.5	4.3	4.3	-	-
Paiements directs de santé, par habitant (USD)	27.2	27.7	29.6	32.9	-	-

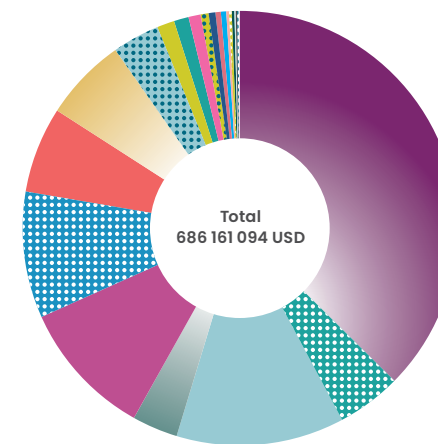
INSUFFISANCE DE LA PRESTATION DE SERVICES PAR RAPPORT AUX TENDANCES PRÉPANDÉMIQUES



Suivi des services de santé essentiels pendant la COVID-19

Le volume des vaccinations Penta3, des consultations ambulatoires et des accouchements dans un établissement de santé a diminué au Sénégal par rapport aux valeurs attendues au printemps 2020. Le nombre de vaccinations Penta3 a enregistré un déficit de 27 % en mars 2020 et les consultations ambulatoires un déficit de 36 % en mai par rapport aux niveaux attendus, avec de nouvelles baisses des accouchements dans un établissement de santé et des vaccinations Penta3 de mars à mai 2021. Il en résulte des déficits cumulatifs de 13 % pour le Penta3 et de 9 % pour les accouchements dans un établissement de santé, respectivement, jusqu'en juin 2021.

EXERCICE FISCAL 2021



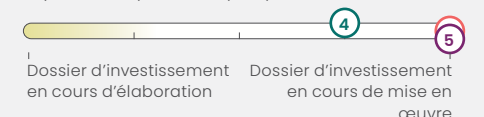
CARTOGRAPHIE DES RESSOURCES

Le Sénégal a achevé sa cartographie des ressources et le suivi des dépenses (CRSD) en juin 2021. L'analyse montre que les ressources allouées aux priorités du dossier d'investissement (DI) s'élèvent à 814 millions de dollars américains pour la période 2019 à 2022. Les partenaires techniques et financiers sont fortement alignés sur le DI, contribuant à près de la moitié (49 %) des ressources totales, tandis que la contribution du gouvernement reste modeste (30 %). La Banque mondiale (27,5 %), USAID (19,3 %), Gavi (13,0 %), AFD (12,3 %) et le Fonds mondial (10,4 %) constituent les cinq principaux bailleurs de fonds pour la période 2019-2022, sans déficit de financement. Ensemble, ils représentent environ 82,5 % du financement total des bailleurs de fonds. Le suivi des dépenses indique que le taux d'exécution global des ressources de l'année 2020 est supérieur à 80 %.

■ GOUVERNEMENT DU SÉNÉGAL	■ BID	■ GAVI	■ AUTRES BAILLEURS	■ UNICEF
■ COLLECTIVITÉS TERRITORIALES	■ BANQUE MONDIALE	■ UNFPA	■ UNITAID	■ SAVE THE CHILDREN
■ DÉPENSES DU MÉNAGE	■ USAID	■ CDC	■ OMS	■ OIM
■ SECTEUR PRIVÉ	■ FONDS MONDIAL	■ BMGF	■ CANADA	■ PORTUGAL
	■ AFD	■ ENABEL	■ COOPÉRATION ESPAGNOLE	■ UNDP
	■ LUXDEV	■ JICA		

LE SUIVI DU PROCESSUS PILOTÉ PAR LE PAYS

Dossier d'investissement pour la SRMNEA-N ou équivalent (par exemple, plan national de santé)



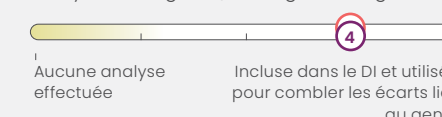
Un processus de plateforme nationale inclusif avec l'engagement des OSC



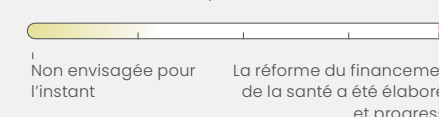
Stratégie et cadre de suivi des résultats en appui au DI (inclus dans le document du DI ou dans un document séparé)



Analyse sur le genre/Stratégie sur le genre



Un plan de mise en œuvre comprenant des initiatives visant à améliorer la MRN, l'efficacité et/ou la protection financière



○ 2019 ○ 2020 ○ 2021

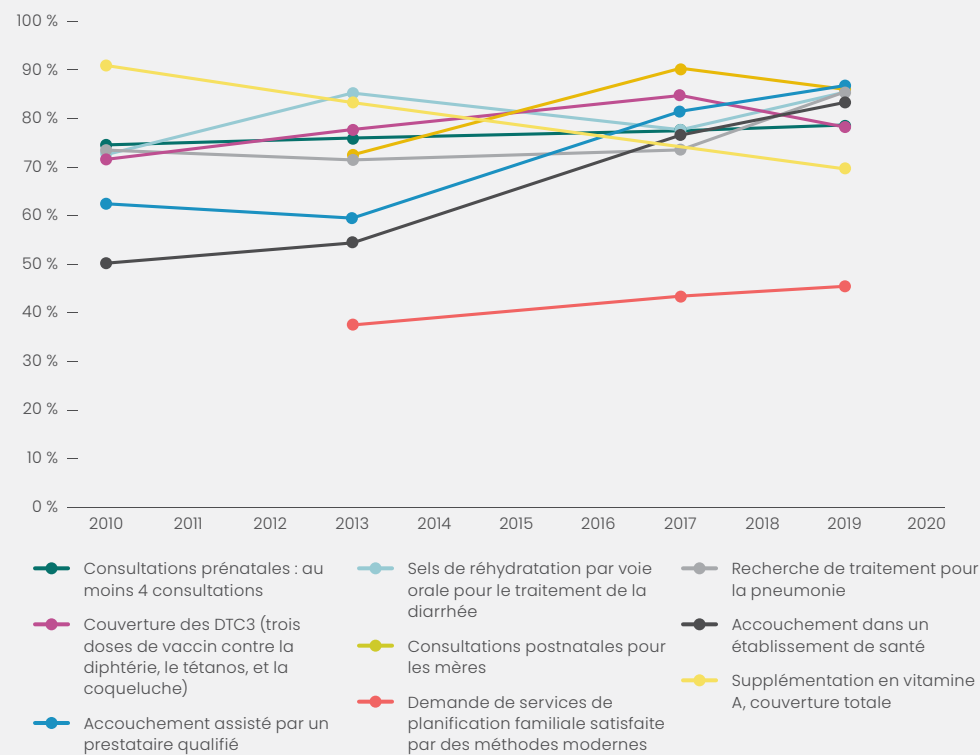
LE RÔLE CATALYTIQUE DU GFF

- Élaborer un dossier d'investissement qui est chiffré et qui donne la priorité :** Le GFF a soutenu l'élaboration d'un dossier d'investissement (DI) chiffré pour la Sierra Leone et, bien que la hiérarchisation des priorités ait été limitée, un cadre de résultats a été mis en place pour suivre la mise en œuvre. Bien que retardés, les préparatifs du projet de la Banque mondiale et du GFF sont en cours.
- Donner la priorité aux réformes du financement et des systèmes de santé et les mettre en œuvre :** Le DI favorisera les gains d'efficacité liés à la préparation du côté de l'offre. En augmentant la part du financement des soins de santé primaires, le DI contribuera à améliorer l'efficacité de l'allocation des ressources. Le GFF soutient le renforcement des systèmes de financement de la santé, notamment en améliorant les systèmes de gestion de l'information sanitaire, la cartographie des ressources et le suivi des dépenses, le suivi et l'évaluation, ainsi que le renforcement des capacités.
- Renforcer la plateforme nationale et rassembler les partenaires financiers et techniques au niveau national :** La plateforme nationale fournit au GFF un canal pour promouvoir l'alignement des bailleurs de fonds autour du DI.

SIERRA LEONE

INDICATEURS DE COUVERTURE DE SRMNEA-N

Les données sur tous les indicateurs de couverture de SRMNEA-N sont présentées à partir des enquêtes démographiques les plus récentes disponibles.



INDICATEURS D'IMPACT DE LA SRMNEA-N

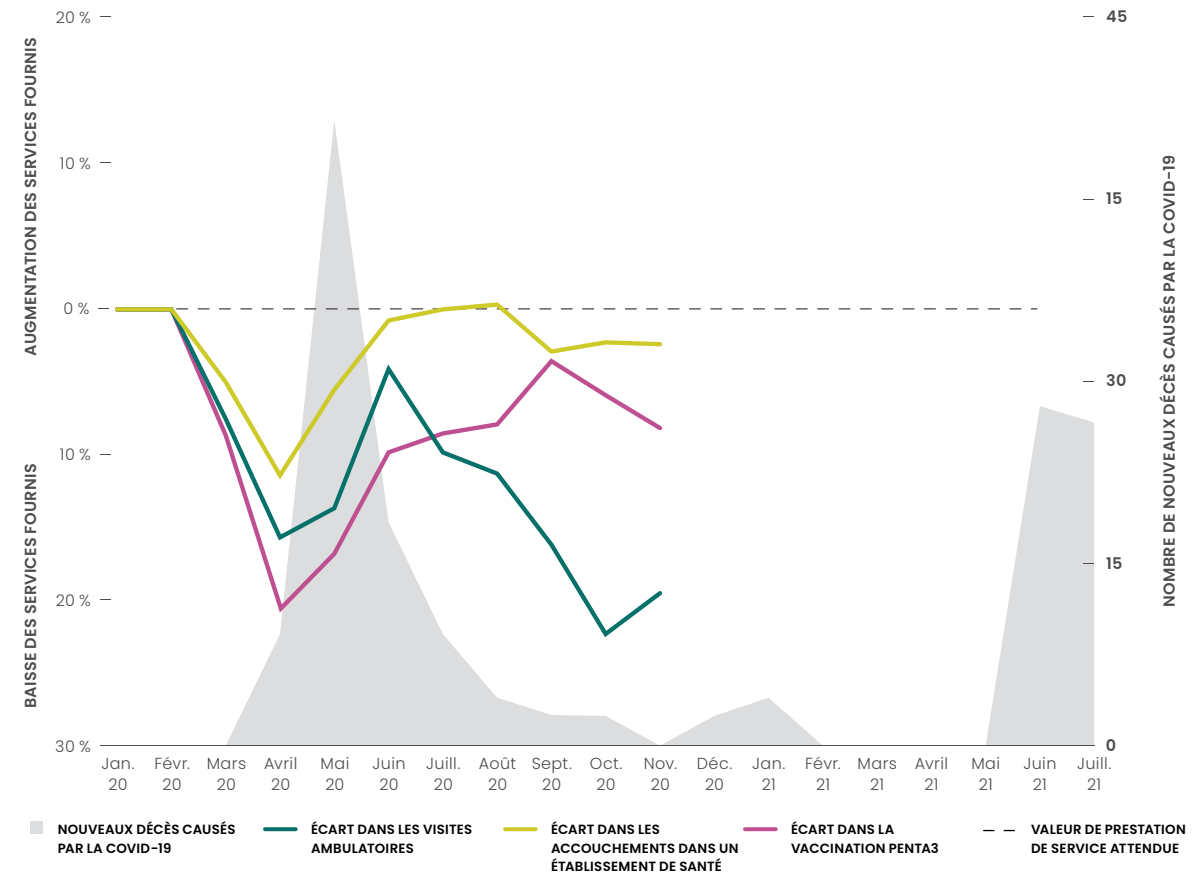
	Précédents		Récents	
Taux de mortalité maternelle (pour 100 000 naissances vivantes)	1165	2013	717	2019
Taux de mortalité des moins de 5 ans (pour 1 000 naissances vivantes)	156	2013	122	2019
Taux de mortalité néonatale (pour 1 000 naissances vivantes)	39	2013	31	2019
Taux de natalité parmi les adolescentes, 15-19 ans (pour 1 000 femmes)	125	2013	102	2019
Naissances < 24 mois après l'accouchement précédent (%)	16.1	2013	15	2019
Retard de croissance parmi les enfants de moins de 5 ans (%)	37.9	2013	29.5	2019
Émaciation modérée à sévère parmi les enfants de moins de 5 ans (%)	9.3	2013	5.4	2019
Mortinaissances (pour 1 000 grossesses)*	8.1	2013	9.9	2019

*Le taux de mortinatalité estimé par le Groupe interagences des Nations Unies pour l'estimation de la mortalité infantile en Sierra Leone est de 24 pour l'année 2019 et de 26 pour l'année 2013 (pour un total de 1 000 naissances). Voir <https://childmortality.org/data> pour plus d'informations.

FINANCEMENT DE LA SANTÉ

	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Part du budget public consacré à la santé (%)	-	-	-	-	11	11
Taux d'exécution du budget de la santé (%)	-	100	91	78	79	102
Part des dépenses de santé allant aux prestataires de première ligne (%)	-	-	-	-	-	-
Dépenses publiques générales de santé (DGGHE), par habitant (USD)	9.7	9.7	9.2	8.3	-	-
Les DGGHE en tant que part des dépenses publiques générales (%)	7.9	7.9	7.9	7.2	-	-
Paiements directs de santé, par habitant (USD)	44.4	36.2	33.8	38.4	-	-

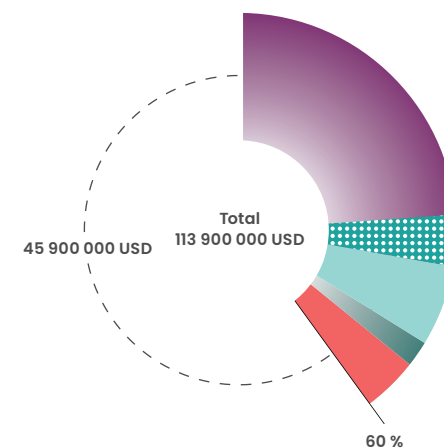
INSUFFISANCE DE LA PRESTATION DE SERVICES PAR RAPPORT AUX TENDANCES PRÉPANDÉMIQUES



Suivi des services de santé essentiels pendant la COVID-19

La Sierra Leone a enregistré une baisse du volume des services fournis, avec des déficits de 12 % pour les accouchements dans un établissement de santé, de 16 % pour les consultations ambulatoires et de 21 % pour les vaccinations Penta3 en avril 2020 par rapport aux valeurs attendues. Alors que les accouchements dans un établissement de santé ont atteint les niveaux attendus en août 2020, les consultations ambulatoires et les vaccinations Penta3 sont restées faibles jusqu'en novembre 2020. Les déficits cumulés ont atteint 13 % pour les consultations ambulatoires et 10 % pour la vaccination Penta3.

EXERCICE FISCAL 2020

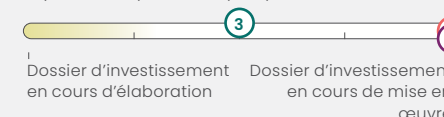


CARTOGRAPHIE DES RESSOURCES

Le ministère de la Santé de la Sierra Leone a préalablement réalisé une cartographie des ressources pour le dossier d'investissement (DI), qui a identifié plus de 15 partenaires alignés sur la stratégie de SRMNEA (2017-21) et qui la financent. Le ministère de la Santé, avec le soutien du GFF, mène actuellement son premier exercice de cartographie des ressources et de suivi des dépenses (CRSD) dans le secteur de la santé. Plus précisément, l'analyse portera sur les niveaux et la composition des dépenses de santé nationales, et évaluera l'exécution du budget, tant pour les bailleurs de fonds que pour le gouvernement. L'objectif principal de l'exercice est de générer des preuves qui informent la planification et l'exécution du budget, et de s'assurer que les priorités du gouvernement sont financées et mises en œuvre de manière adéquate. La cartographie des ressources présentée ici met en évidence le budget prévu et les déficits de financement pour le DI en 2019 et 2020. Cette cartographie des ressources fait partie de la CRSD de la SRMNEA, achevée et partagée avec les partenaires en juillet 2021, tandis que la CRSD de l'ensemble du secteur devrait être achevée avant la fin de 2021.

LE SUIVI DU PROCESSUS PILOTÉ PAR LE PAYS

Dossier d'investissement pour la SRMNEA-N ou équivalent (par exemple, plan national de santé)



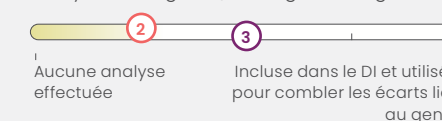
Un processus de plateforme nationale inclusif avec l'engagement des OSC



Stratégie et cadre de suivi des résultats en appui au DI (inclus dans le document du DI ou dans un document séparé)



Analyse sur le genre/Stratégie sur le genre



Un plan de mise en œuvre comprenant des initiatives visant à améliorer la MRN, l'efficacité et/ou la protection financière



2019 2020 2021

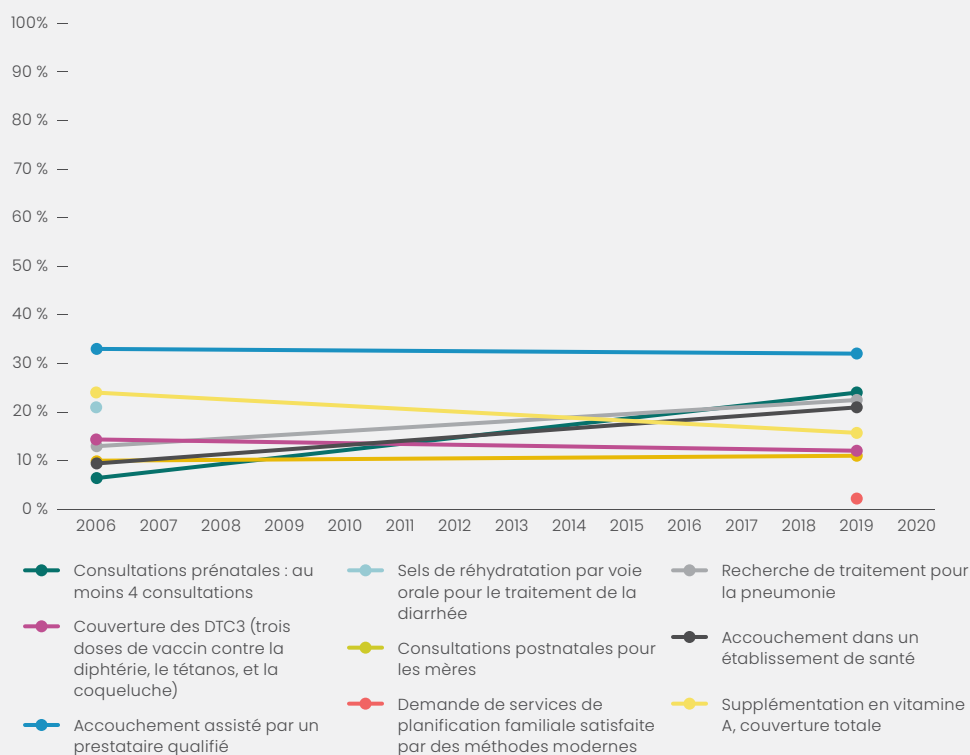
LE RÔLE CATALYTIQUE DU GFF

- Élaborer un dossier d'investissement qui est chiffré et qui donne la priorité :** Le dossier d'investissement (DI) pour la Somalie donne la priorité à la mise en œuvre du paquet essentiel de services de santé (EPHS) pour réduire la fragmentation de la prestation de services de santé. Le GFF fournit un soutien technique pour aider le gouvernement à améliorer l'alignement des bailleurs de fonds, la coordination, et la transparence dans la prestation de services. L'EPHS donne la priorité aux interventions sanitaires rentables connues pour avoir le plus grand impact sur la charge de morbidité du pays.
- Donner la priorité aux réformes du financement et des systèmes de santé et les mettre en œuvre :** En mettant l'accent sur la gestion des administrations publiques, le GFF et la Banque mondiale soutiennent les activités visant à renforcer la capacité du ministère de la Santé à assumer les principales fonctions de gestion du secteur public, notamment les rôles de réglementation et une meilleure mesure des résultats. Ils soutiennent également le renforcement des capacités d'utilisation des informations sanitaires, notamment l'institutionnalisation de la cartographie des ressources et du suivi des dépenses en harmonie avec le processus de collecte des données des comptes nationaux de la santé.
- Renforcer la plateforme nationale et rassembler les partenaires financiers et techniques au niveau national :** Le GFF soutient la plateforme nationale (Comité somalien de coordination du secteur de la santé), qui sert de mécanisme de coordination entre les parties prenantes, y compris le secteur privé et les organisations de la société civile. Le GFF et la Banque mondiale soutiennent le ministère de la Santé et les ministères d'État afin d'étendre les partenariats avec les acteurs non étatiques tels que les organisations non gouvernementales et le secteur privé pour améliorer les résultats en matière de santé. À l'avenir, le GFF et la Banque mondiale s'attacheront également à renforcer la capacité du secteur public à obtenir et à gérer ces contrats.

SOMALIE

INDICATEURS DE COUVERTURE DE SRMNEA-N

Les données sur tous les indicateurs de couverture de SRMNEA-N sont présentées à partir des enquêtes démographiques les plus récentes disponibles.



INDICATEURS D'IMPACT DE LA SRMNEA-N

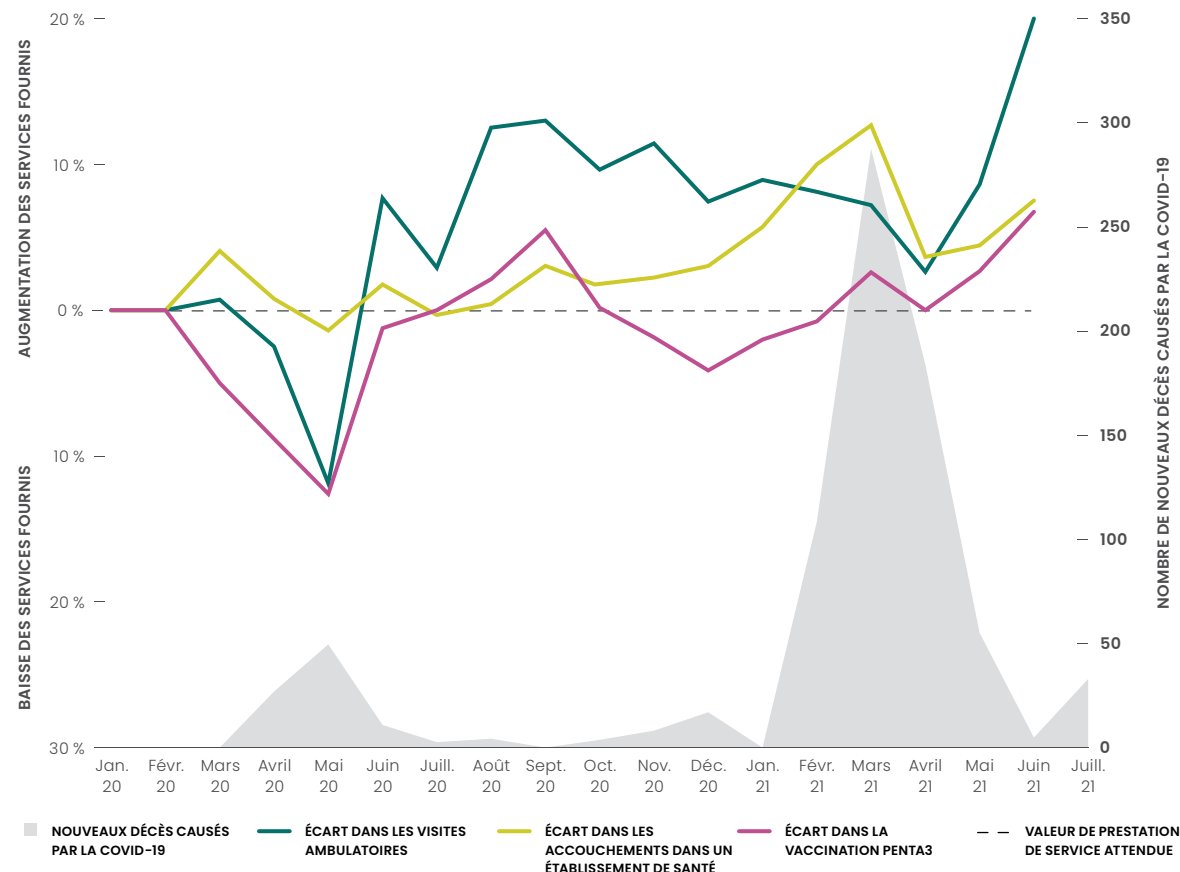
Indicateur	Précédents		Récents	
	Année	Valeur	Année	Valeur
Taux de mortalité maternelle (pour 100 000 naissances vivantes)	2006	1 044	2020	692
Taux de mortalité des moins de 5 ans (pour 1 000 naissances vivantes)	2006	135	-	-
Taux de mortalité néonatale (pour 1 000 naissances vivantes)	2006	41	-	-
Taux de natalité parmi les adolescentes, 15-19 ans (pour 1 000 femmes)	2006	123	2020	118
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
Mortinaissances (pour 1 000 grossesses)*	-	-	-	-

*Le taux de mortinatalité estimé par le Groupe interagences des Nations Unies pour l'estimation de la mortalité infantile en Somalie est de 27 pour l'année 2019 (pour un total de 1 000 naissances). Voir <https://childmortality.org/> data pour plus d'informations.

FINANCEMENT DE LA SANTÉ

Indicateur	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Part du budget public consacré à la santé (%)	-	-	-	0.4	1.6	2.0
Taux d'exécution du budget de la santé (%)	-	-	-	-	-	-
Part des dépenses de santé allant aux prestataires de première ligne (%)	-	-	-	-	-	-
Dépenses publiques générales de santé (DGGHE), par habitant (USD)	-	-	-	-	-	-
Les DGGHE en tant que part des dépenses publiques générales (%)	-	-	-	-	-	-
Paiements directs de santé, par habitant (USD)	-	-	-	-	-	-

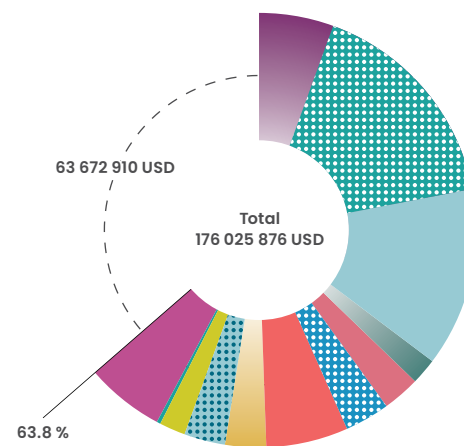
INSUFFISANCE DE LA PRESTATION DE SERVICES PAR RAPPORT AUX TENDANCES PRÉPANDÉMIQUES



Suivi des services de santé essentiels pendant la COVID-19

Le volume des services de santé essentiels fournis en Somalie a baissé en mai 2020, les vaccinations Penta3 et les consultations ambulatoires ayant chacune enregistré un déficit de 12 % par rapport aux valeurs attendues. Les services ont atteint les valeurs attendues en juin 2020, le volume des consultations ambulatoires et des accouchements dans un établissement de santé restant égal ou supérieur aux niveaux attendus jusqu'en juin 2021.

EXERCICE FISCAL 2020



CARTOGRAPHIE DES RESSOURCES

La Somalie a réalisé une cartographie des ressources et un suivi des dépenses dans le cadre de l'élaboration de son premier dossier d'investissement (DI). Avant cet exercice, peu d'informations étaient disponibles sur les financements du secteur de la santé en Somalie – y compris les sources (qui), les projets et les activités (quoi), et la distribution géographique (où) – ce qui a créé une fragmentation. Ce problème était d'autant plus aigu que le financement externe de la santé représente une part importante du financement total du secteur de la santé, et que la plupart de ces fonds sont hors budget. La cartographie des ressources a aidé le gouvernement à acquérir une compréhension complète du 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 – humanitaires et de développement – avec le deuxième plan stratégique du secteur de la santé de la Somalie (HSSP II) 2017-21, et l'ensemble des services de santé essentiels au niveau infranational.

- GOVERNEMENT DE LA SOMALIE
- USAID
- FINLANDE
- AUTRES BAILLEURS DE FONDS
- FCDO
- GAVI
- SIDA
- GAP POUR LE HSSP II
- GFATM
- KfW
- NORVÈGE
- ITALIE
- UNICEF

LE SUIVI DU PROCESSUS PILOTÉ PAR LE PAYS

Dossier d'investissement pour la SRMNEA-N ou équivalent (par exemple, plan national de santé)



Un processus de plateforme nationale inclusif avec l'engagement des OSC



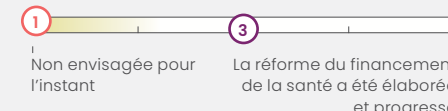
Stratégie et cadre de suivi des résultats en appui au DI (inclus dans le document du DI ou dans un document séparé)



Analyse sur le genre/Stratégie sur le genre



Un plan de mise en œuvre comprenant des initiatives visant à améliorer la MRN, l'efficacité et/ou la protection financière



2019 2020 2021

LE RÔLE CATALYTIQUE DU GFF

Élaborer un dossier d'investissement qui est chiffré et qui donne la priorité :

Sur la base de la stratégie nationale de santé (SNS) pour la période allant de 2021 à 2030, le GFF soutiendra l'identification des actions prioritaires clés à mettre en œuvre au cours des prochaines années, en mettant l'accent sur le financement durable du secteur de la santé.

Donner la priorité aux réformes du financement et des systèmes de santé et les mettre en œuvre :

En collaboration avec la Banque mondiale, l'OMS, et cinq autres partenaires de développement clés (BAD, UE, Gavi, GFATM, BIsD), une déclaration commune a été élaborée pour soutenir la transition du financement de la santé au Tadjikistan. En outre, le Fonds fiduciaire du GFF cofinance un projet de l'IDA qui soutient l'introduction de la budgétisation par programme – une réforme essentielle de la gestion des finances publiques – dans les soins de santé primaires au Tadjikistan. La cartographie des ressources et le suivi des dépenses (CRSD) ont permis de recueillir des informations sur les fonds disponibles auprès des bailleurs de fonds internationaux et du gouvernement, afin d'aider à comparer les financements disponibles au coût total de la SNS ; à calculer les déficits de financement ; et à identifier les sources de financement pour combler ces déficits et réorienter les priorités pour la mise en œuvre de la SNS. Le GFF travaille à l'institutionnalisation de la CRSD au sein du ministère de la Santé et de la Protection sociale.

Renforcer la plateforme nationale et rassembler les partenaires financiers et techniques au niveau national :

Outre son rôle de rassembleur dans le domaine du financement de la santé, le GFF contribue à la mise en œuvre des mesures de réponse à la pandémie de COVID-19, ce qui inclut le soutien au programme de vaccination contre la COVID-19 en facilitant la coopération interagences et en assurant un flux de communication efficace entre les principales parties prenantes nationales et internationales.

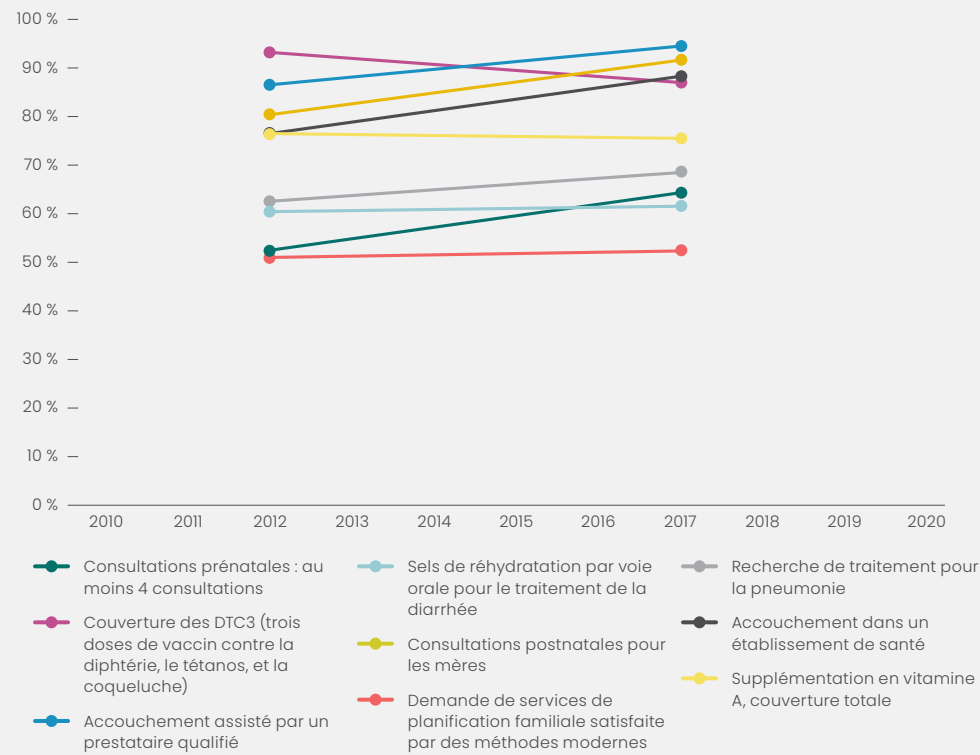
Améliorer les données nécessaires à la prise de décision :

Le GFF soutient l'utilisation des données et la capacité d'analyse en collaborant avec *Countdown to 2030* pour identifier les principaux moteurs de changement positif et les principaux défis à relever pour améliorer la santé maternelle et infantile. Ce travail analytique éclairera également l'élaboration du dossier d'investissement.

TADJIKISTAN

INDICATEURS DE COUVERTURE DE SRMNEA-N

Les données sur tous les indicateurs de couverture de SRMNEA-N sont présentées à partir des enquêtes démographiques les plus récentes disponibles.



INDICATEURS D'IMPACT DE LA SRMNEA-N

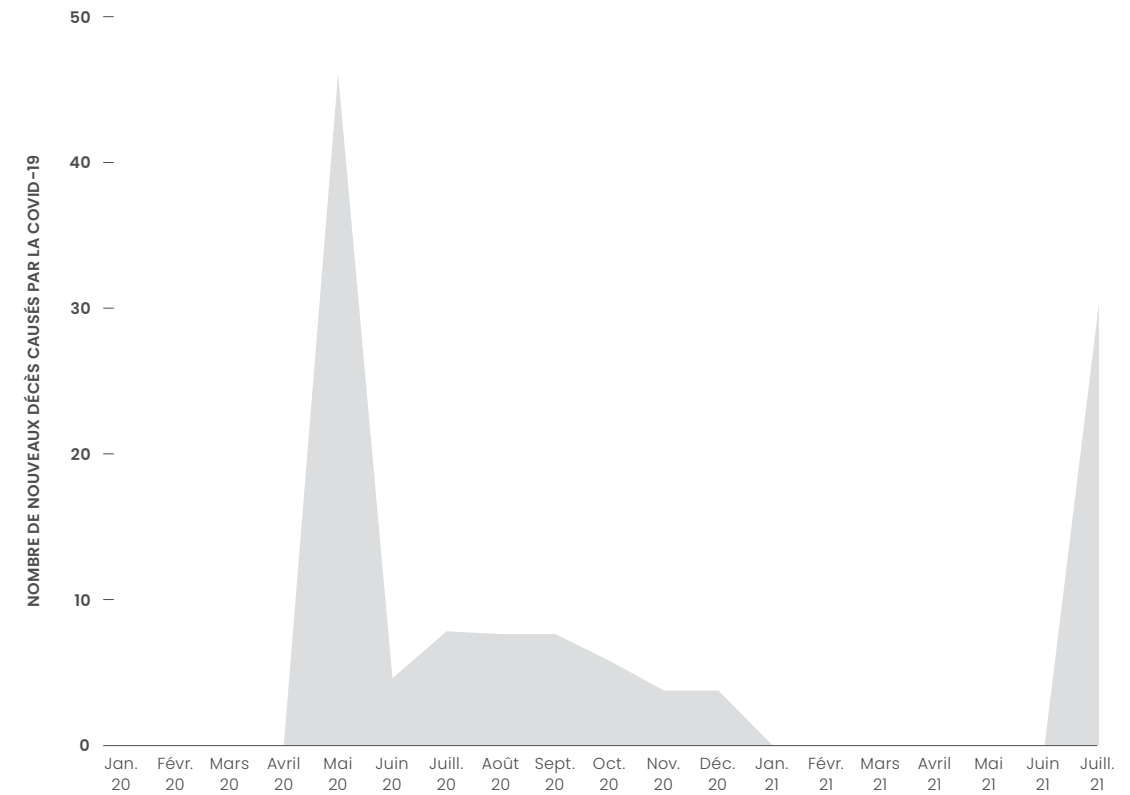
	Précédents	Récents
Taux de mortalité maternelle (pour 100 000 naissances vivantes)	35 (2010)	32 (2015)
Taux de mortalité des moins de 5 ans (pour 1 000 naissances vivantes)	43 (2012)	33 (2017)
Taux de mortalité néonatale (pour 1 000 naissances vivantes)	19 (2012)	13 (2017)
Taux de natalité parmi les 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)
Mortinaissances (pour 1 000 grossesses)*	8.5 (2012)	7.1 (2017)

*Le taux de mortinatalité estimé par le Groupe interagences des Nations Unies pour l'estimation de la mortalité infantile au Tadjikistan est de 9 pour l'année 2017 (pour un total de 1 000 naissances). Voir <https://childmortality.org/data> pour plus d'informations.

FINANCEMENT DE LA SANTÉ

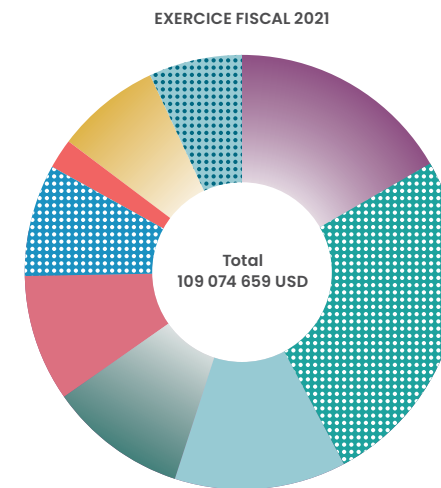
	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Part du budget public consacré à la santé (%)	-	6.3	6.2	6.4	7.6	10.4
Taux d'exécution du budget de la santé (%)	-	92.4	94.2	93.7	99.2	75.2
Part des dépenses de santé allant aux prestataires de première ligne (%)	-	27.3	26	27	29.3	17.8
Dépenses publiques générales de santé (DGGHE), par habitant (USD)	19.7	15.3	18.3	-	20.2	26.4
Les DGGHE en tant que part des dépenses publiques générales (%)	6.4	6.3	6.2	6.4	7.6	10.4
Paiements directs de santé, par habitant (USD)	40	37	37	40.9	-	-

DÉCÈS CAUSÉS PAR LA COVID-19 AU TADJIKISTAN



Alors que le GFF soutient le suivi de routine des perturbations des services de santé essentiels dans 18 pays partenaires, des données mensuelles sur les décès liés à la COVID-19 sont fournies pour l'ensemble des 36 pays partenaires du GFF jusqu'en juillet 2021 afin de montrer l'impact continu de la pandémie. Le GFF continue de soutenir les pays partenaires dans le suivi des résultats essentiels de SRMNEA-N et des priorités du dossier d'investissement tout au long de la pandémie.

EXERCICE FISCAL 2021

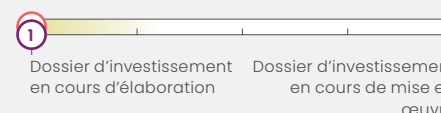


CARTOGRAPHIE DES RESSOURCES

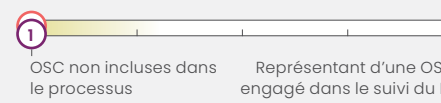
Le Tadjikistan en est aux premières étapes de l'élaboration du dossier d'investissement, qui sera constitué d'un plan de mise en œuvre prioritaire à court terme pour la nouvelle stratégie nationale de santé (SNS) pour 2021-30. Un exercice de cartographie des ressources a été élaboré en 2020 et a porté sur les données des bailleurs de fonds et des partenaires de développement, les ressources publiques programmées dans un cadre de dépenses à moyen terme, et une comparaison des ressources disponibles avec le coût préliminaire estimé de la mise en œuvre de la SNS. La cartographie montre que 921 millions de dollars américains sont disponibles pour la santé, dont 68 % proviennent du budget de l'État et 32 % d'investissements extérieurs. Les données de 24 bailleurs de fonds et partenaires de développement montrent un total de 298 millions de dollars américains d'investissements pour la santé prévus entre 2021 et 2025. La cartographie des ressources gouvernementales montre que le financement total du gouvernement de 2020 à 2022 s'élève à 623 millions de dollars américains. Le GFF travaille avec le ministère de la Santé et de la Protection sociale pour institutionnaliser la cartographie des ressources et élaborer un système et un processus de collecte de données de routine sur les projets de santé soutenus par les bailleurs de fonds et les partenaires de développement. Les données recueillies seront utilisées pour la planification et la gestion des projets de santé par le ministère, ainsi que pour l'analyse des données et l'établissement de rapports à l'intention d'autres institutions gouvernementales.

LE SUIVI DU PROCESSUS PILOTÉ PAR LE PAYS

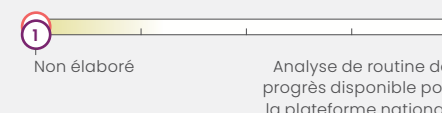
Dossier d'investissement pour la SRMNEA-N ou équivalent (par exemple, plan national de santé)



Un processus de plateforme nationale inclusif avec l'engagement des OSC



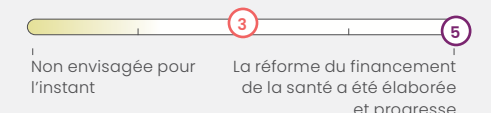
Stratégie et cadre de suivi des résultats en appui au DI (inclus dans le document du DI ou dans un document séparé)



Analyse sur le genre/Stratégie sur le genre



Un plan de mise en œuvre comprenant des initiatives visant à améliorer la MRN, l'efficacité et/ou la protection financière



2019 2020 2021

LE RÔLE CATALYTIQUE DU GFF

Élaborer un dossier d'investissement qui est chiffré et qui donne la priorité :

Le GFF cofinance un projet de la Banque mondiale (One Plan II) qui soutient le dossier d'investissement (DI) pour la Tanzanie. Le GFF a canalisé des fonds vers un panier commun de soins de santé existant utilisé comme mécanisme de mise en commun, avec des bailleurs de fonds alignés sur le financement des priorités de santé basé sur les résultats (FBR), liées aux indicateurs du *One Plan II*. En outre, le GFF et ses partenaires ont soutenu la cartographie des ressources et le suivi des dépenses (CRSD) et l'institutionnalisation de la CRSD, ainsi que de multiples services de conseil et d'analyse.

Donner la priorité aux réformes du financement et des systèmes de santé et les mettre en œuvre :

Le DI vise à réaliser des gains d'efficacité en mettant en œuvre un programme de FBR dans huit régions, en favorisant la décentralisation fiscale et l'autonomie des établissements de santé. Les enseignements tirés du FBR ont conduit le gouvernement à déployer le financement direct des établissements de santé du GFF dans 5 807 établissements afin d'accroître l'efficacité des dépenses. Le GFF soutient le renforcement des capacités en matière de gouvernance sanitaire, en mettant l'accent sur la gestion des finances publiques. Désormais mis en œuvre dans 8 des 31 régions du pays, le programme de Renforcement des soins de santé primaires axé sur les résultats, qui lie les paiements aux résultats, a augmenté l'accès aux services de nutrition et amélioré la prestation et la qualité des services dans 1 734 établissements. Le FBR encourage les services aux clients du Fonds d'action sociale de Tanzanie à un taux plus élevé. Une part de 30 pour cent des dépenses publiques de santé va aux soins de santé primaires et 5 807 établissements de santé ont reçu un financement direct.

Renforcer la plateforme nationale et rassembler les partenaires financiers et techniques au niveau national :

Le GFF a contribué au développement du financement du « panier de biens et services de santé » et à l'institutionnalisation de la cartographie des ressources. Le soutien du GFF a permis de garantir l'alignement des bailleurs de fonds et le financement d'indicateurs liés à des mesures incitatives.

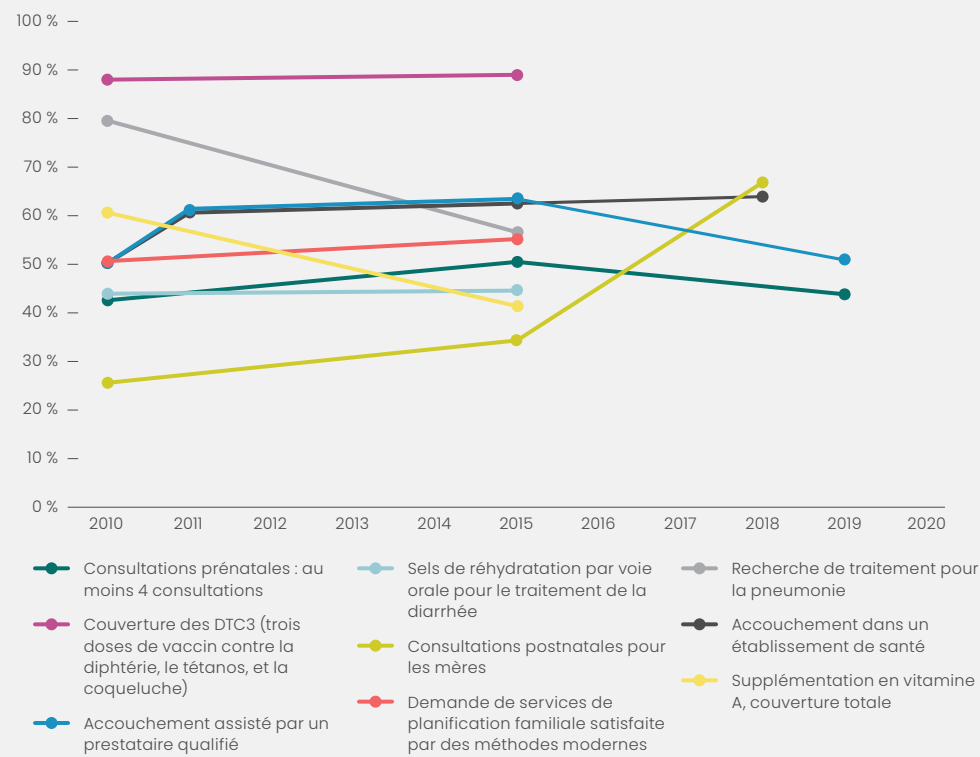
Améliorer les données nécessaires à la prise de décision :

Le GFF soutient le renforcement de la qualité des données et le développement des capacités nationales en matière d'analyse grâce à sa collaboration avec le *Countdown to 2030*.

TANZANIE

INDICATEURS DE COUVERTURE DE SRMNEA-N

Les données sur tous les indicateurs de couverture de SRMNEA-N sont présentées à partir des enquêtes démographiques les plus récentes disponibles.



INDICATEURS D'IMPACT DE LA SRMNEA-N

	Précédents		Récents	
Taux de mortalité maternelle (pour 100 000 naissances vivantes)	454	2010	556	2015
Taux de mortalité des moins de 5 ans (pour 1 000 naissances vivantes)	81	2010	67	2015
Taux de mortalité néonatale (pour 1 000 naissances vivantes)	26	2010	25	2015
Taux de natalité parmi les adolescentes, 15-19 ans (pour 1 000 femmes)	116	2010	132	2015
Naissances < 24 mois après l'accouchement précédent (%)	15.6	2010	18.8	2015
Retard de croissance parmi les enfants de moins de 5 ans (%)	42	2010	34	2015
Émaciation modérée à sévère parmi les enfants de moins de 5 ans (%)	4.8	2010	4.4	2015
Mortinaissances (pour 1 000 grossesses)*	17.2	2010	18.4	2015

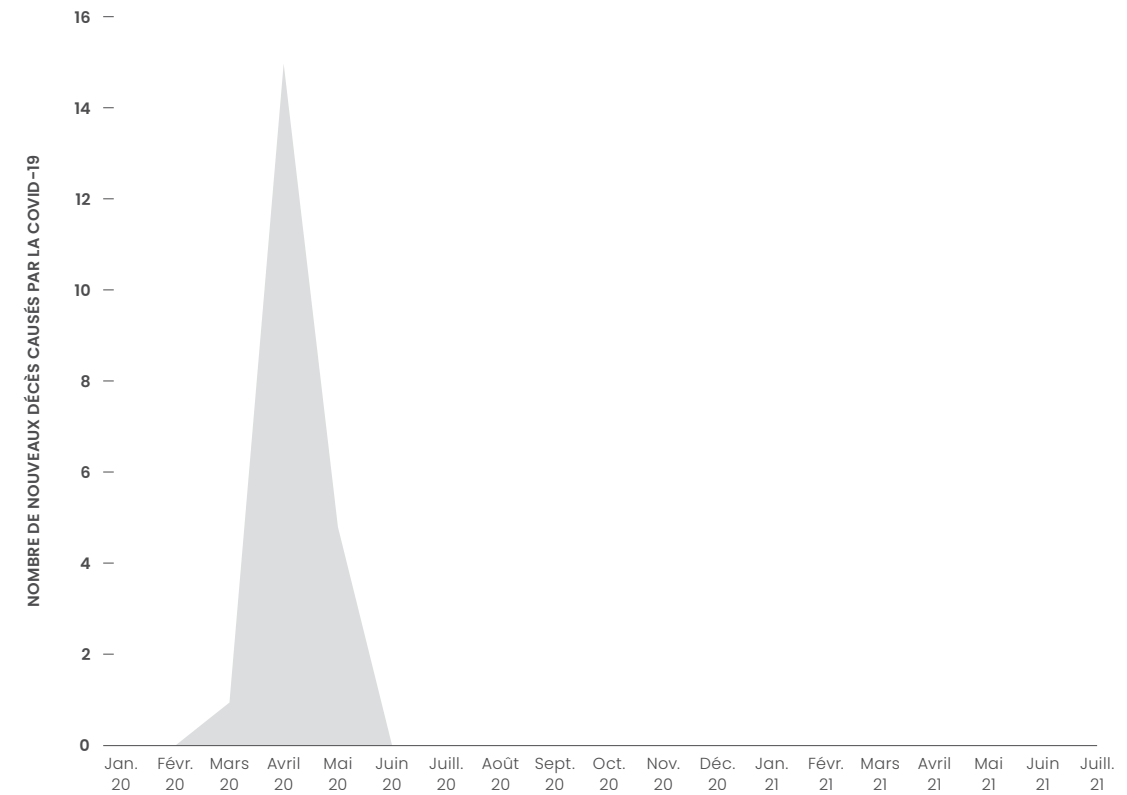
*Le taux de mortinatalité estimé par le Groupe interagences des Nations Unies pour l'estimation de la mortalité infantile en Tanzanie est de 20 pour l'année 2015 et de 22 pour l'année 2010 (pour un total de 1 000 naissances). Voir <https://childmortality.org/data> pour plus d'informations.

FINANCEMENT DE LA SANTÉ

	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Part du budget public consacré à la santé (%)	-	8.1	9	10	8	7
Taux d'exécution du budget de la santé (%)	-	61	77	72	55	53
Dépenses publiques générales de santé (DGGHE), par habitant (USD)	-	18	-	18	12	14
Les DGGHE en tant que part des dépenses publiques générales (%)	-	8	-	8	6	5
Paiements directs de santé, par habitant (USD)	-	9	-	13	13	13

Source : Compte national de la santé (CNS) et Revue des dépenses publiques (RDP) pour les données du FS en Tanzanie.

DÉCÈS CAUSÉS PAR LA COVID-19 EN TANZANIE

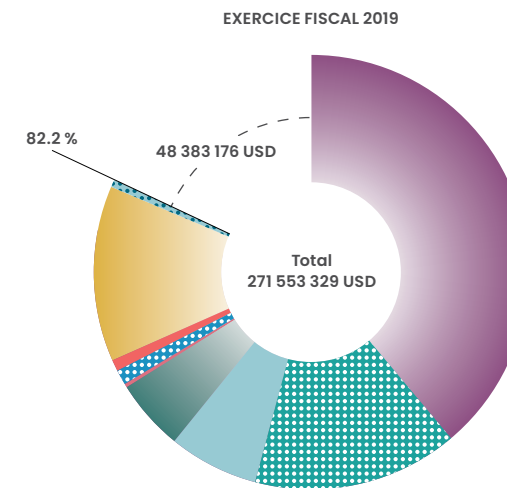


NOUVEAUX DÉCÈS CAUSÉS PAR LA COVID-19

CARTOGRAPHIE DES RESSOURCES

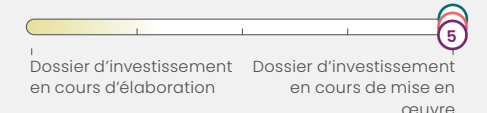
En Tanzanie, l'approche de CRSD a été appliquée en 2018 et 2019 pour évaluer le paysage fiscal et éclairer l'élaboration de la stratégie nationale de santé. Le rapport a souligné l'engagement du gouvernement de la Tanzanie à améliorer les résultats en matière de santé et a indiqué que le financement national pour le dossier d'investissement (DI) est passé de 20 % en 2018 à 39 % en 2019. En plus des augmentations des dépenses du gouvernement, le rapport a également indiqué une diminution des contributions des bailleurs de fonds en termes relatifs et absolus, et a illustré l'équité et l'efficacité de l'allocation des ressources autour des priorités de SRMNEA-N et des provinces.

Alors que le pays s'apprête à réviser la stratégie précédente et à élaborer la stratégie One Plan III, le gouvernement entend mener une CRSD actualisée afin d'informer les priorités et d'améliorer l'alignement des bailleurs de fonds sur les objectifs de santé nationaux. Malgré les retards causés par la pandémie de COVID-19 dans la réalisation de l'exercice de CRSD, la Tanzanie prévoit d'achever l'exercice en 2022, ce qui permettra d'informer la mise en œuvre de la stratégie de SRMNEA-N et d'aider à identifier les déficits de financement potentiels dans les domaines programmatiques dans les années à venir.

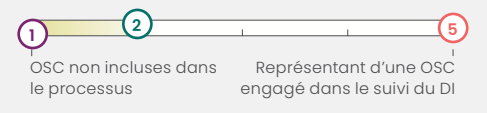


LE SUIVI DU PROCESSUS PILOTÉ PAR LE PAYS

Dossier d'investissement pour la SRMNEA-N ou équivalent (par exemple, plan national de santé)



Un processus de plateforme nationale inclusif avec l'engagement des OSC



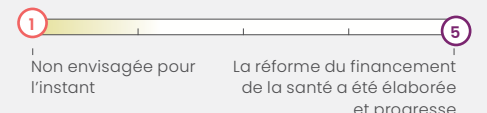
Stratégie et cadre de suivi des résultats en appui au DI (inclus dans le document du DI ou dans un document séparé)



Analyse sur le genre/Stratégie sur le genre



Un plan de mise en œuvre comprenant des initiatives visant à améliorer la MRN, l'efficacité et/ou la protection financière



2019 2020 2021

LE RÔLE CATALYTIQUE DU GFF

- **Élaborer un dossier d'investissement qui est chiffré et qui donne la priorité :** Le GFF soutient le gouvernement de l'Ouganda et ses partenaires dans l'élaboration d'un nouveau dossier d'investissement (DI) ou plan affiné (exercices fiscaux 2020-21/2024-25). Le nouveau plan décrit les priorités du système de santé et du financement de la santé nécessaires pour accélérer les progrès en matière de santé des femmes, des enfants et des adolescents face à la pandémie de COVID-19.

- **Donner la priorité aux réformes du financement et des systèmes de santé et les mettre en œuvre :** Les réformes du financement de la santé visent à améliorer l'efficacité allocative et technique des ressources et à accroître la mobilisation des ressources nationales. Avec le soutien du GFF et de la Banque mondiale, le gouvernement a exploré les possibilités de générer des recettes, notamment en augmentant les taxes sur l'alcool et le tabac pour accroître les investissements publics nationaux dans la santé. Le GFF soutient également la mise en œuvre des réformes de la santé qui apparaissent comme des priorités pour les années à venir, telles que l'amélioration de la qualité et de l'efficacité de la prestation des services de santé grâce à la généralisation du financement basé sur les résultats (FBR). Suite à la mise en œuvre du cadre national du FBR pour le secteur de la santé, l'approche FBR est en train d'être institutionnalisée par les ministères de la Santé et des Finances pour assumer une fonction d'achat stratégique. La prochaine phase se concentrera sur le renforcement des liens entre les réformes des achats stratégiques et les réformes destinées à renforcer la plateforme de santé communautaire et les interventions visant à améliorer la santé des adolescents ainsi qu'à renforcer le capital humain.

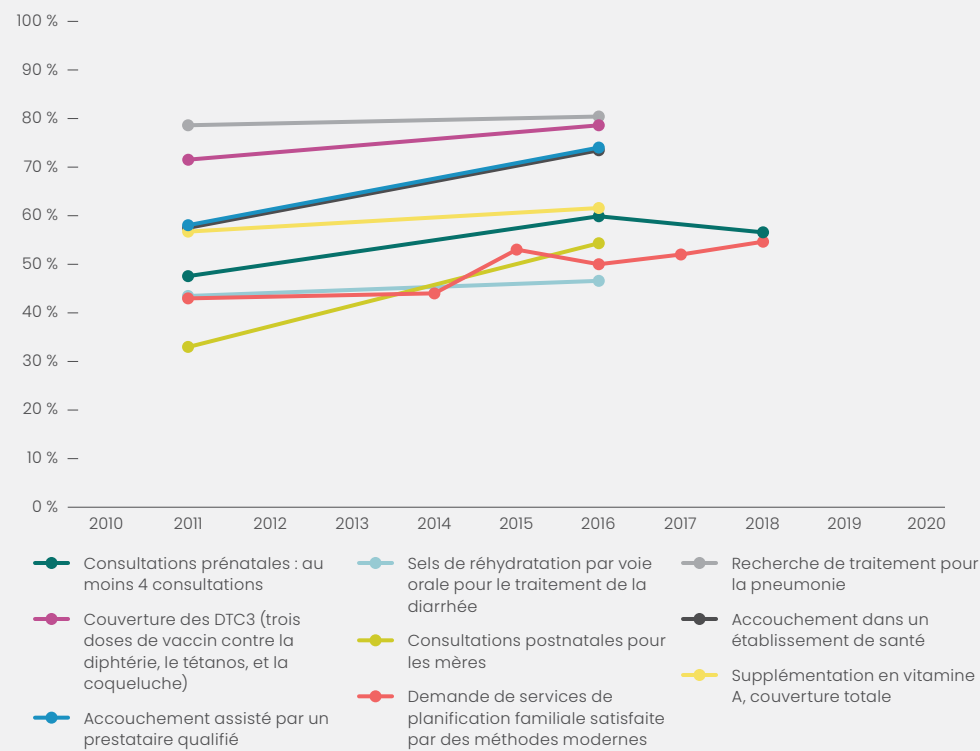
- **Renforcer la plateforme nationale et rassembler les partenaires financiers et techniques au niveau national :** La plateforme nationale soutenue par le GFF prend de l'ampleur en tant que plateforme clé pour le dialogue politique sur la santé et le bien-être des femmes, des enfants et des adolescents.

- **Améliorer les données nécessaires à la prise de décision :** Le GFF s'est concentré sur le renforcement des systèmes d'enregistrement et de statistiques de l'état civil pour améliorer l'enregistrement des naissances et des décès. Il soutient également les efforts visant à améliorer la production et l'utilisation des données, notamment par le biais de recherches sur la mise en œuvre, afin de garantir le succès des réformes des achats stratégiques, de comprendre l'impact de la COVID-19 sur les services de santé essentiels et d'améliorer la qualité et l'équité des services. Avec le soutien de l'Agence suédoise de coopération internationale pour le développement et de la Banque mondiale, le gouvernement de l'Ouganda mène une recherche sur la mise en œuvre des opérations, avec le soutien technique du GFF et de ses partenaires. Les premières conclusions serviront également à la mise à jour du plan affiné.

OUGANDA

INDICATEURS DE COUVERTURE DE SRMNEA-N

Les données sur tous les indicateurs de couverture de SRMNEA-N sont présentées à partir des enquêtes démographiques les plus récentes disponibles.



INDICATEURS D'IMPACT DE LA SRMNEA-N

	Précédents	Récents
Taux de mortalité maternelle (pour 100 000 naissances vivantes)	438	336
Taux de mortalité des moins de 5 ans (pour 1 000 naissances vivantes)	90	64
Taux de mortalité néonatale (pour 1 000 naissances vivantes)	27	27
Taux de natalité parmi les adolescentes, 15-19 ans (pour 1 000 femmes)	134	132
Naissances < 24 mois après l'accouchement précédent (%)	25.3	24.3
Retard de croissance parmi les enfants de moins de 5 ans (%)	33.4	28.9
Émaciation modérée à sévère parmi les enfants de moins de 5 ans (%)	4.7	3.4
Mortinaissances (pour 1 000 grossesses)*	20	16.3

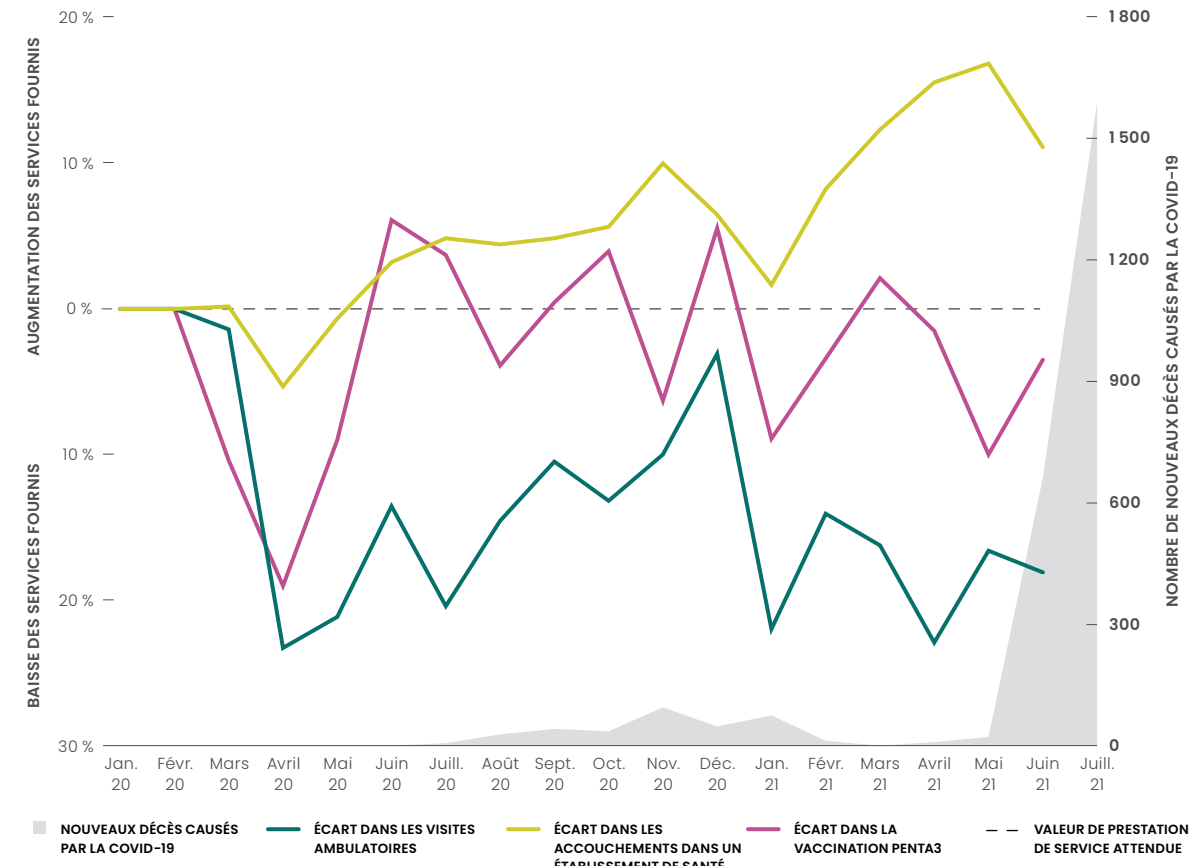
* Le taux de mortinatalité estimé par le Groupe interagences des Nations Unies pour l'estimation de la mortalité infantile en Ouganda est de 19 pour l'année 2016 et de 20 pour l'année 2011 (pour un total de 1 000 naissances). Voir <https://childmortality.org/data> pour plus d'informations.

FINANCEMENT DE LA SANTÉ

	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Part du budget public consacré à la santé (%)	-	6.9	8.9	6.7	7.3	7.2
Taux d'exécution du budget de la santé (%)	-	91	76	61	76	85
Part des dépenses de santé allant aux prestataires de première ligne (%)*	-	25.2	20.3	23.7	25.2	21.7
Dépenses publiques générales de santé (DGGHE), par habitant (USD)	6.6	6.5	6.3	6.8	-	-
Les DGGHE en tant que part des dépenses publiques générales (%)	5.1	5.1	5.1	5.1	-	-
Paiements directs de santé, par habitant (USD)	17	16.3	16.3	16.6	-	-

*Part du budget allouée aux soins de santé primaires.

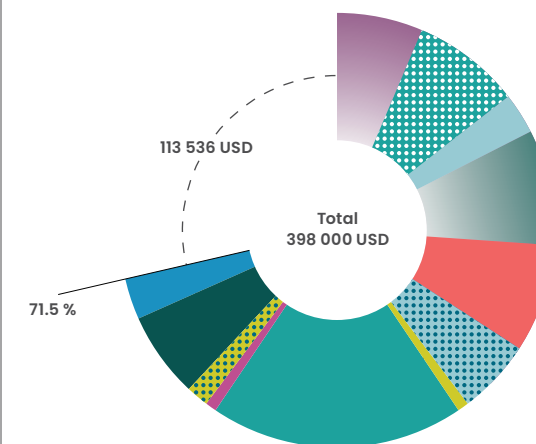
INSUFFISANCE DE LA PRESTATION DE SERVICES PAR RAPPORT AUX TENDANCES PRÉPANDÉMIQUES



Suivi des services de santé essentiels pendant la COVID-19

L'Ouganda a connu des déficits dans le volume des services de santé essentiels fournis pendant la COVID-19, avec des déficits de 19 % pour les vaccinations Penta3 et de 28 % pour les consultations ambulatoires enregistrés en avril 2020 par rapport aux valeurs attendues. Alors que le volume des vaccinations Penta3 a atteint les niveaux attendus en juin, les consultations ambulatoires sont restées faibles. L'Ouganda a connu un déficit cumulé de 13 % des consultations ambulatoires jusqu'en juin 2021 par rapport aux niveaux attendus, tandis que certains services essentiels, notamment les accouchements dans un établissement de santé, ont dépassé les volumes attendus malgré les perturbations initiales.

EXERCICE FISCAL 2019-20



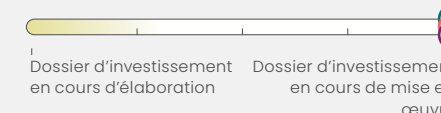
CARTOGRAPHIE DES RESSOURCES

Le dossier d'investissement de l'Ouganda pour le plan affiné de SRMNEA s'étend sur la période allant de l'exercice fiscal 2016-17 à 2019-20. En 2018-19, le ministère de la Santé a réalisé une cartographie des ressources du DI en examinant la source 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 2017-18 et 2019-20, grâce à l'augmentation de la contribution des bailleurs de fonds : les bailleurs de fonds ont financé 48 % du coût du DI en 2017-2018, passant à 65 % en 2019-20. Cette hausse est principalement due à l'augmentation des contributions de Gavi, du GFTAM, et de la Banque mondiale/GFF. Le coût de la mise en œuvre du DI ayant augmenté entre 2017-18 et 2019-20, la contribution du gouvernement est restée la même au fil du temps en termes relatifs, mais a augmenté en termes absolus entre 2017-18 et 2019-20. Le gouvernement de l'Ouganda est en train de préparer son nouveau DI et le résultat de la cartographie des ressources préalablement établie aidera le ministère de la Santé à donner la priorité aux interventions visant à améliorer le programme de MRN dans le cadre du dialogue politique avec le ministère des Finances.

- GOUVERNEMENT DE L'OUGANDA
- BANQUE MONDIALE/ FONDS FIDUCIAIRE GFF
- FCDO
- GAVI
- SIDA
- UNICEF
- OMS
- GFTAM
- CONSORTIUM POUR LE PALUDISME
- BTC/ENABEL
- USG/USAID
- AUTRES BAILLEURS DE FONDS
- GAP

LE SUIVI DU PROCESSUS PILOTÉ PAR LE PAYS

Dossier d'investissement pour la SRMNEA-N ou équivalent (par exemple, plan national de santé)



Un processus de plateforme nationale inclusif avec l'engagement des OSC



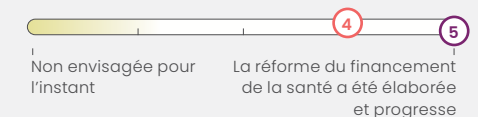
Stratégie et cadre de suivi des résultats en appui au DI (inclus dans le document du DI ou dans un document séparé)



Analyse sur le genre/Stratégie sur le genre



Un plan de mise en œuvre comprenant des initiatives visant à améliorer la MRN, l'efficacité et/ou la protection financière



○ 2019 ○ 2020 ○ 2021

VIETNAM

LE RÔLE CATALYTIQUE DU GFF

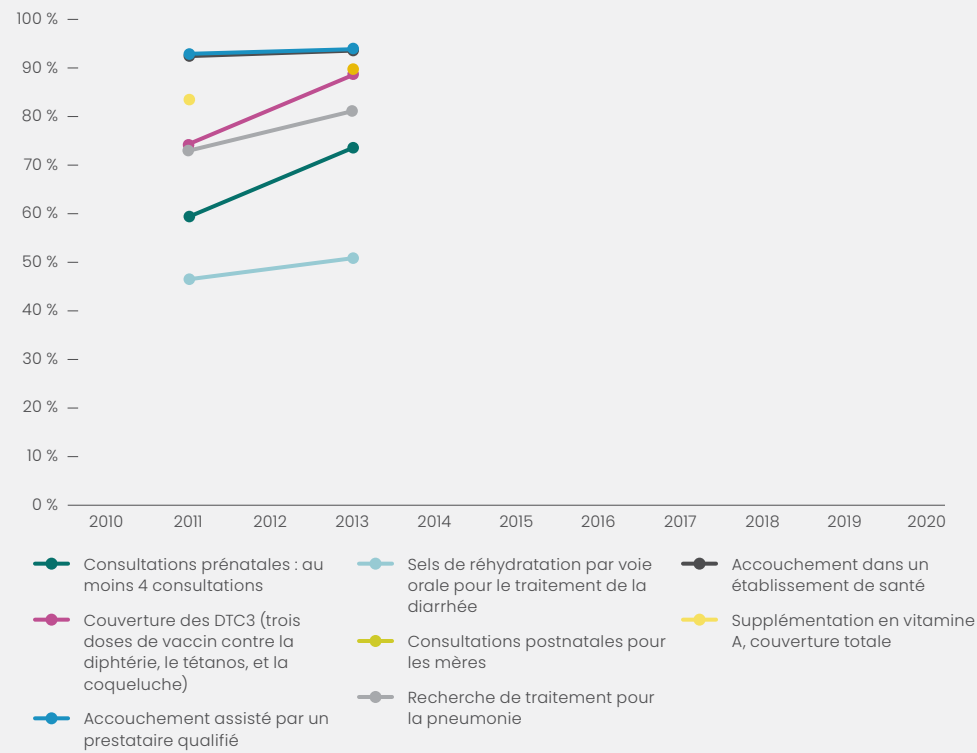
- **Soutenir les efforts du gouvernement du Vietnam pour renforcer le système de soins de santé primaires :** Conformément à l'accent mis par le gouvernement sur le renforcement du système de soins de santé primaires, le GFF cofinance le projet de la Banque mondiale, « Investir et innover pour la réforme de la prestation de services de base ». Le projet vise à améliorer les SSP et à répondre aux besoins de soins non satisfaits en améliorant l'efficacité, la qualité et l'utilisation des services de santé au niveau communal. Le projet couvre toutes les régions du Vietnam et donne la priorité aux communautés rurales et éloignées. Neuf des 13 provinces du projet sont parmi les plus pauvres du pays. En conséquence, les objectifs du projet comprennent l'amélioration de la continuité des soins et de la collaboration entre les niveaux du système de santé, l'amélioration de la technologie des dossiers médicaux électroniques, la mise à niveau de l'infrastructure et l'amélioration de l'organisation autour des conditions médicales clés au niveau local.

- **Donner la priorité aux réformes du financement et des systèmes de santé et les mettre en œuvre :** Le GFF soutient les réformes du financement de la santé, notamment l'assurance santé sociale, en aidant à aligner le financement des bailleurs de fonds et en fournissant une assistance technique pour la révision de la législation et des politiques associées. Avec le soutien du GFF, la Banque mondiale a mené une étude pour évaluer les progrès et les obstacles aux partenariats public-privé dans le domaine de la santé. Le GFF soutient la transition vers des paiements groupés liés au diagnostic pour aider à réduire les coûts hospitaliers et à accroître l'efficacité.

- **Améliorer les données nécessaires à la prise de décision :** Le GFF contribue à combler les lacunes des systèmes de gestion de l'information sanitaire et à améliorer la disponibilité, la qualité et l'utilisation des données sanitaires, en particulier au niveau local, notamment en renforçant l'interopérabilité entre les systèmes de données centraux et infranationaux. Le GFF a contribué à aligner les initiatives indépendantes en matière d'enregistrement et de statistiques de l'état civil (CRVS) vers un objectif commun et a soutenu l'élaboration d'un plan d'action des CRVS détaillé. Les ressources du GFF ont déjà permis d'améliorer la déclaration des causes de décès, l'un des aspects les plus médiocres en matière de CRVS dans le pays.

INDICATEURS DE COUVERTURE DE SRMNEA-N

Les données sur tous les indicateurs de couverture de SRMNEA-N sont présentées à partir des enquêtes démographiques les plus récentes disponibles.



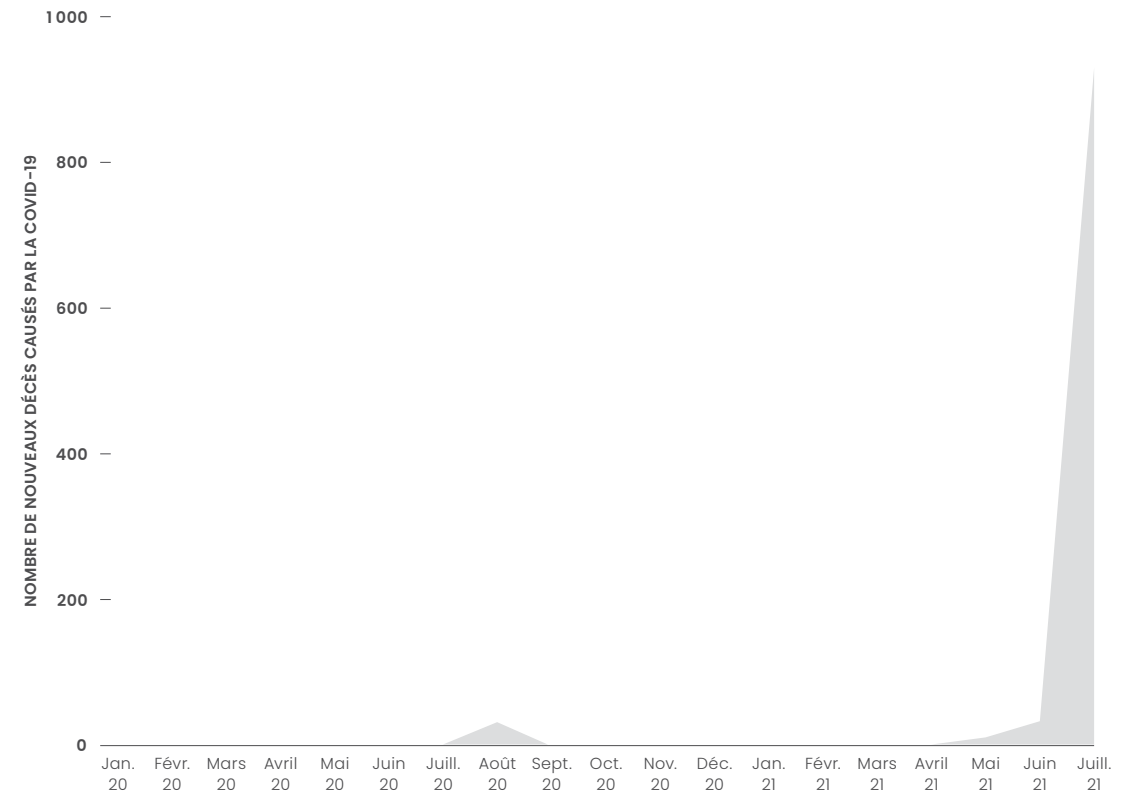
INDICATEURS D'IMPACT DE LA SRMNEA-N

	Précédents	Récents
Taux de mortalité maternelle (pour 100 000 naissances vivantes)	69 (2009)	46 (2019)
Taux de mortalité des moins de 5 ans (pour 1 000 naissances vivantes)	56.9 (1999)	21 (2019)
Taux de mortalité néonatale (pour 1 000 naissances vivantes)	- (2011)	- (2019)
Taux de natalité parmi les adolescentes, 15-19 ans (pour 1 000 femmes)	46 (2011)	45 (2013)
Naissances < 24 mois après l'accouchement précédent (%)	-	-
Retard de croissance parmi les enfants de moins de 5 ans (%)	23.8 (2017)	23.3 (2018)
Émaciation modérée à sévère parmi les enfants de moins de 5 ans (%)	6.4 (2015)	5.8 (2017)
Mortinaissances (pour 1 000 grossesses)	-	-

FINANCEMENT DE LA SANTÉ

	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Part du budget public consacré à la santé (%)	-	-	-	-	-	-
Taux d'exécution du budget de la santé (%)	-	-	-	-	-	-
Part des dépenses de santé allant aux prestataires de première ligne (%)	-	-	-	-	-	-
Dépenses publiques générales de santé (DGGHE), par habitant (USD)	49.3	58.8	64.6	69.1	-	-
Les DGGHE en tant que part des dépenses publiques générales (%)	7.8	9.6	9.3	9.3	-	-
Paiements directs de santé, par habitant (USD)	51.3	55.3	63.2	68.1	-	-

DÉCÈS CAUSÉS PAR LA COVID-19 AU VIETNAM



Alors que le GFF soutient le suivi de routine des perturbations des services de santé essentiels dans 18 pays partenaires, des données mensuelles sur les décès liés à la COVID-19 sont fournies pour l'ensemble des 36 pays partenaires du GFF jusqu'en juillet 2021 afin de montrer l'impact continu de la pandémie. Le GFF continue de soutenir les pays partenaires dans le suivi des résultats essentiels de SRMNEA-N et des priorités du dossier d'investissement tout au long de la pandémie.

■ NOUVEAUX DÉCÈS CAUSÉS PAR LA COVID-19



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 % en 2014. Mais certains grands partenaires de développement (par exemple, l'Union européenne, Gavi et le Fonds mondial) ont achevé ou sont en train de réduire l'ampleur de leur aide, ce qui nécessite un transfert vers le budget de l'État ou vers l'assurance santé. Le projet de prestation de services de santé de base récemment approuvé, dont la mise en œuvre a débuté en mai 2020, comble un important déficit de financement pour le Vietnam. Le projet est soutenu par un crédit IDA-Soutien transitoire (IDA-ST) de 80 millions de dollars américains, une subvention de cofinancement de 5 millions de dollars américains du Fonds fiduciaire multibailleurs (MDTF) pour l'intégration des programmes de santé financés par les bailleurs de fonds, financé avec le soutien de l'Australie, une subvention de cofinancement de 3 millions de dollars américains du MDTF (Fonds pour la gouvernance pharmaceutique) pour la lutte contre les maladies non transmissibles dans les pays à revenu faible et intermédiaire, et 21,25 millions de dollars américains du gouvernement du Vietnam, en plus du financement de 17 millions de dollars américains du GFF pour le rachat de crédit IDA-ST.

LE SUIVI DU PROCESSUS PILOTÉ PAR LE PAYS

Dossier d'investissement pour la SRMNEA-N ou équivalent (par exemple, plan national de santé)



Un processus de plateforme nationale inclusif avec l'engagement des OSC



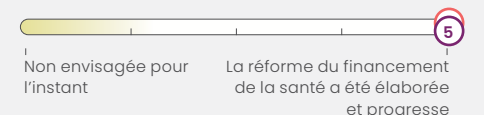
Stratégie et cadre de suivi des résultats en appui au DI (inclus dans le document du DI ou dans un document séparé)



Analyse sur le genre/Stratégie sur le genre



Un plan de mise en œuvre comprenant des initiatives visant à améliorer la MRN, l'efficacité et/ou la protection financière



○ 2019 ○ 2020 ○ 2021

LE RÔLE CATALYTIQUE DU GFF

- **Élaborer un dossier d'investissement qui est chiffré et qui donne la priorité :** Grâce à un leadership fort du gouvernement et au soutien du GFF, la Zambie élabore un dossier d'investissement (DI) depuis décembre 2019. Le DI sera un sous-ensemble d'une feuille de route nationale, alignée sur le prochain Plan quinquennal de stratégie nationale de santé (2022-26). La pandémie de COVID-19 a retardé la finalisation du DI, désormais attendu fin 2021.
- **Donner la priorité aux réformes du financement et des systèmes de santé et les mettre en œuvre :** Au cours de l'élaboration du DI, l'accent a été mis sur l'objectif plus large de renforcement des systèmes. En raison de contraintes budgétaires importantes, les réformes du financement de la santé – en particulier les améliorations de l'efficacité – en sont encore au stade initial.

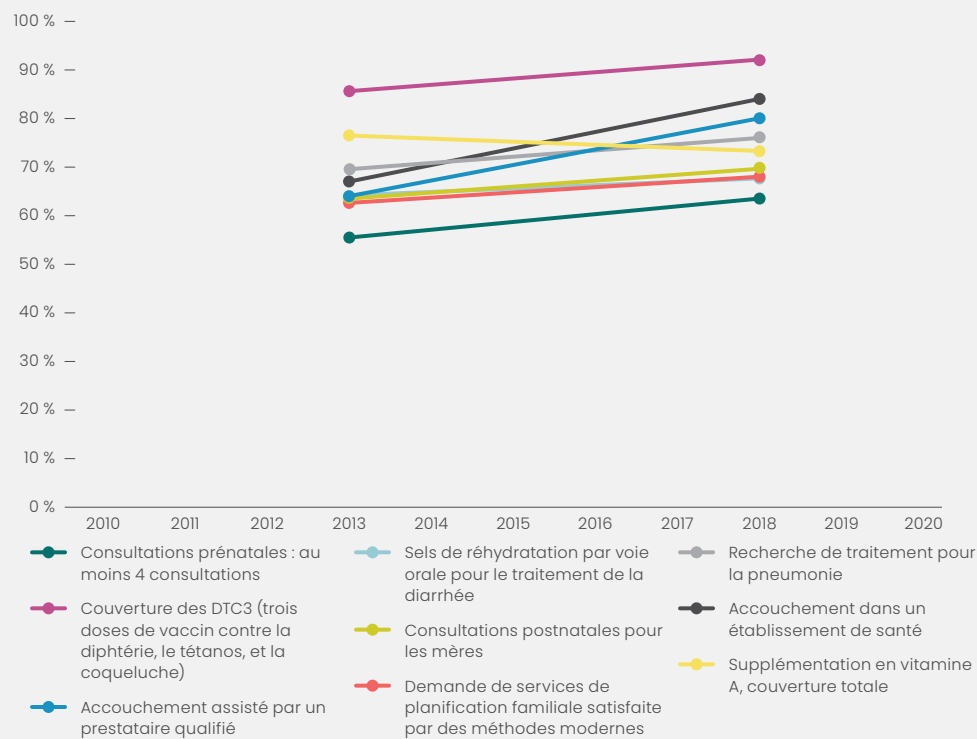
- **Renforcer la plateforme nationale et rassembler les partenaires financiers et techniques au niveau national :** Le DI est élaboré par un comité de pilotage national existant, récemment élargi pour inclure toutes les parties prenantes. Le GFF a fourni une assistance technique au ministère de la Santé (MS) pour soutenir cette évolution en cours, y compris la révision des termes de référence et l'engagement avec les partenaires du secteur privé. Outre le ministère de la Santé et le GFF, plusieurs partenaires de coopération, dont l'Agence suédoise de coopération internationale pour le développement, l'Organisation mondiale de la Santé et l'UNFPA, ont appuyé le processus en comblant les lacunes afin de soutenir les retards liés à la COVID-19. L'Unicef a apporté son soutien technique en utilisant l'outil de données Equist pour aider à identifier les principaux goulots d'étranglement et les priorités.

- **Améliorer les données nécessaires à la prise de décision :** L'amélioration de l'utilisation des données, en particulier au niveau infranational, sera l'un des principaux objectifs du DI en cours de développement. Les priorités et les domaines d'investissement spécifiques n'ont pas encore été déterminés.

ZAMBIE

INDICATEURS DE COUVERTURE DE SRMNEA-N

Les données sur tous les indicateurs de couverture de SRMNEA-N sont présentées à partir des enquêtes démographiques les plus récentes disponibles.



INDICATEURS D'IMPACT DE LA SRMNEA-N

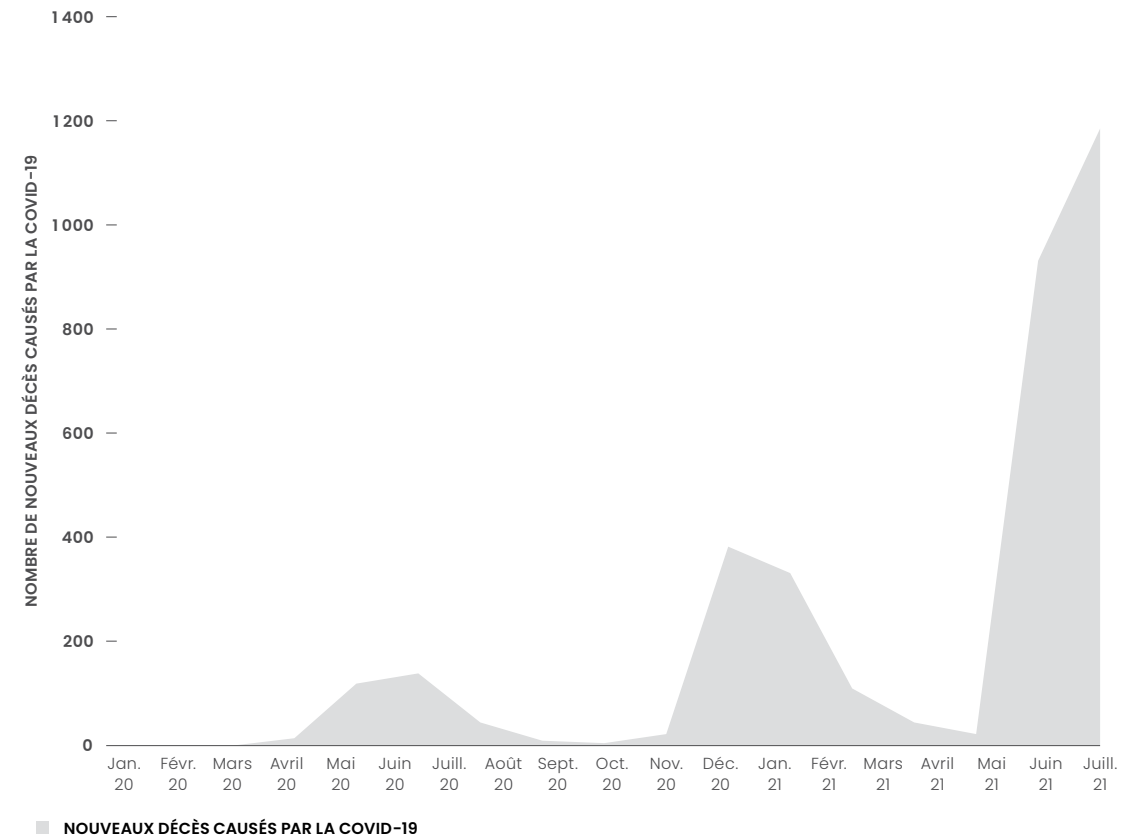
	Précédents	Récents
Taux de mortalité maternelle (pour 100 000 naissances vivantes)	398 (2013)	252 (2018)
Taux de mortalité des moins de 5 ans (pour 1 000 naissances vivantes)	75 (2013)	61 (2018)
Taux de mortalité néonatale (pour 1 000 naissances vivantes)	24 (2013)	27 (2018)
Taux de natalité parmi les adolescentes, 15-19 ans (pour 1 000 femmes)	141 (2013)	135 (2018)
Naissances < 24 mois après l'accouchement précédent (%)	15.5 (2013)	14 (2018)
Retard de croissance parmi les enfants de moins de 5 ans (%)	40.1 (2013)	34.6 (2018)
Émaciation modérée à sévère parmi les enfants de moins de 5 ans (%)	6 (2013)	4.2 (2018)
Mortinaissances (pour 1 000 grossesses)*	13.3 (2013)	12.1 (2018)

*Le taux de mortinatalité estimé par le Groupe interagences des Nations Unies pour l'estimation de la mortalité infantile en Zambie est de 15 pour l'année 2018 et de 16 pour l'année 2013 (pour un total de 1 000 naissances). Voir <https://childmortality.org/data> pour plus d'informations.

FINANCEMENT DE LA SANTÉ

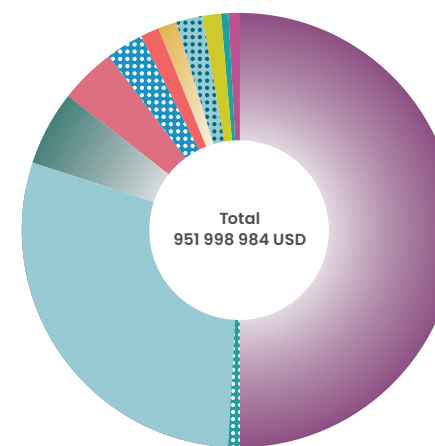
	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Part du budget public consacré à la santé (%)	9.6	8.3	8.9	9.5	9.3	8.8
Taux d'exécution du budget de la santé (%)	94	92.5	98	75	-	-
Part des dépenses de santé allant aux prestataires de première ligne (%)	58	62	61	69	84	-
Dépenses publiques générales de santé (DGGHE), par habitant (USD)	17	22	36	29	-	-
Les DGGHE en tant que part des dépenses publiques générales (%)	8.6	8.0	10.2	8.7	7.0	-
Paiements directs de santé, par habitant (USD)	7.3	7	8	7.6	8	-

DÉCÈS CAUSÉS PAR LA COVID-19 EN ZAMBIE



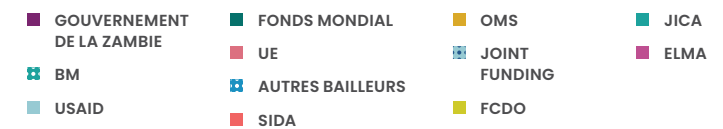
Alors que le GFF soutient le suivi de routine des perturbations des services de santé essentiels dans 18 pays partenaires, des données mensuelles sur les décès liés à la COVID-19 sont fournies pour l'ensemble des 36 pays partenaires du GFF jusqu'en juillet 2021 afin de montrer l'impact continu de la pandémie. Le GFF continue de soutenir les pays partenaires dans le suivi des résultats essentiels de SRMNEA-N et des priorités du dossier d'investissement tout au long de la pandémie.

EXERCICE FISCAL 2019



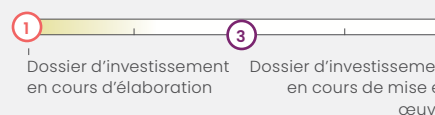
CARTOGRAPHIE DES RESSOURCES

Dans le cadre des mécanismes de coordination de l'aide, la Zambie a régulièrement cartographié les activités et le financement des bailleurs de fonds dans le secteur de la santé depuis les années 1990. Le graphique représenté montre les financements estimés dans le secteur de la santé en Zambie pour l'exercice fiscal 2019. L'étape suivante consiste à ventiler davantage les données afin d'évaluer la suffisance du financement pour les activités de SRMNEA. Cela se fera par le biais d'un exercice élargi de cartographie des ressources et de suivi des dépenses qui devrait être lancé d'ici la fin de l'année 2021.



LE SUIVI DU PROCESSUS PILOTÉ PAR LE PAYS

Dossier d'investissement pour la SRMNEA-N ou équivalent (par exemple, plan national de santé)



Un processus de plateforme nationale inclusif avec l'engagement des OSC



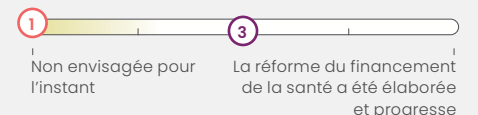
Stratégie et cadre de suivi des résultats en appui au DI (inclus dans le document du DI ou dans un document séparé)



Analyse sur le genre/Stratégie sur le genre



Un plan de mise en œuvre comprenant des initiatives visant à améliorer la MRN, l'efficacité et/ou la protection financière



2019 2020 2021

LE RÔLE CATALYTIQUE DU GFF

Élaborer un dossier d'investissement et qui est chiffré qui donne la priorité :

Le dossier d'investissement (DI) en cours d'élaboration pour le Zimbabwe se concentre sur le secteur de la santé au sens large, y compris la santé et la nutrition des femmes, des enfants et des adolescents. Les priorités du DI seront incluses dans la Stratégie nationale de la santé (2021-25) et financées par une subvention de 25 millions de dollars américains du GFF. L'outil One Health et l'outil de hiérarchisation des priorités des interventions de santé (HIPTool) développé par la Banque mondiale, ont été utilisés pour identifier les priorités clés, en mettant davantage l'accent sur les résultats, l'efficacité, et l'alignement des partenaires.

Donner la priorité aux réformes du financement et des systèmes de santé et les mettre en œuvre :

Un financement supplémentaire de la Banque mondiale pour le projet de soutien au développement du secteur de la santé a été approuvé en décembre 2020. Ce financement comprend 20 millions de dollars américains pour soutenir le DI, spécifiquement pour la mise en œuvre du financement basé sur les résultats (FBR) dans 18 districts, l'expansion du programme de bons urbains pour les pauvres, l'expansion de la qualité dans les hôpitaux, et le renforcement de la gouvernance et des réformes du financement de la santé. Il comprend également un financement dédié à la réponse à la COVID-19, permettant au gouvernement de financer une partie de son plan de réponse national.

Renforcer la plateforme nationale et rassembler les partenaires financiers et techniques au niveau national :

À la suite de l'évaluation de la plateforme nationale soutenue par le GFF, le gouvernement a choisi le Cadre de coordination du secteur de la santé comme nouvelle plateforme nationale. La nouvelle plateforme devra être renforcée pour devenir un outil clé de la coordination et de l'alignement des bailleurs de fonds, en utilisant les données pour la prise de décision stratégique et des mesures correctives.

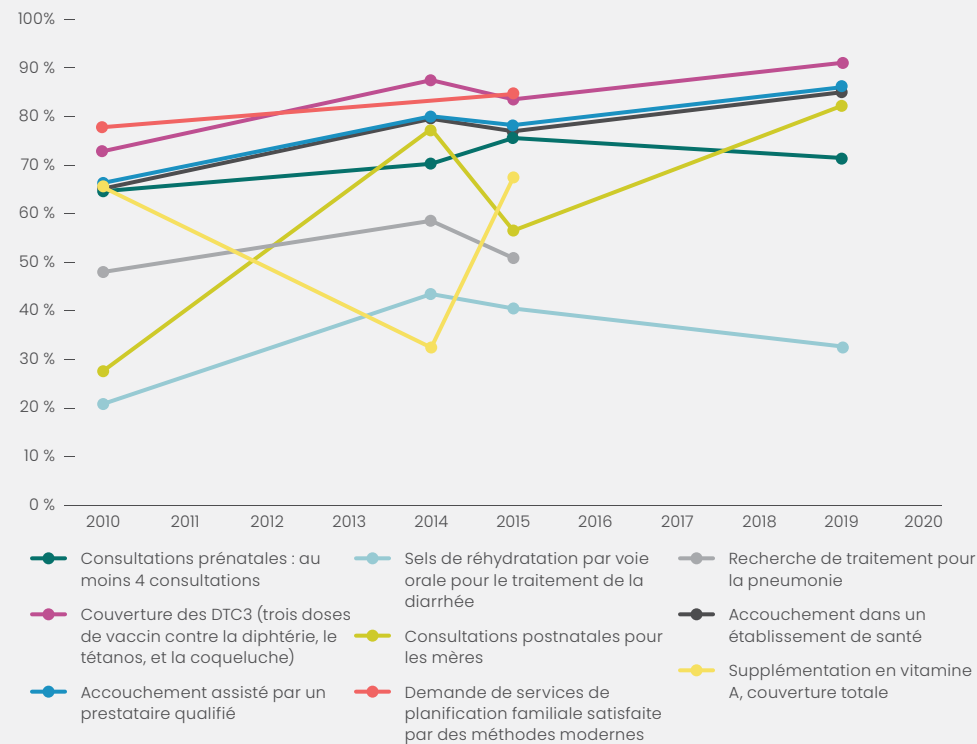
Améliorer les données nécessaires à la prise de décision :

Le Zimbabwe dispose d'un système de gestion de l'information sanitaire solide et fonctionnel, avec une vérification basée sur les risques bien conçue pour le FBR et une riche culture de la collecte de données. Le soutien du GFF s'est concentré sur l'évaluation de la perturbation des services essentiels de base causée par la COVID-19, le soutien d'une évaluation de faisabilité de l'utilisation de la technologie de la chaîne de blocs pour le suivi des produits de base et la vérification du FBR, et l'étude de l'utilisation de l'apprentissage automatique pour l'alerte précoce de la perturbation des services et l'institutionnalisation du FBR.

ZIMBABWE

INDICATEURS DE COUVERTURE DE SRMNEA-N

Les données sur tous les indicateurs de couverture de SRMNEA-N sont présentées à partir des enquêtes démographiques les plus récentes disponibles.



INDICATEURS D'IMPACT DE LA SRMNEA-N

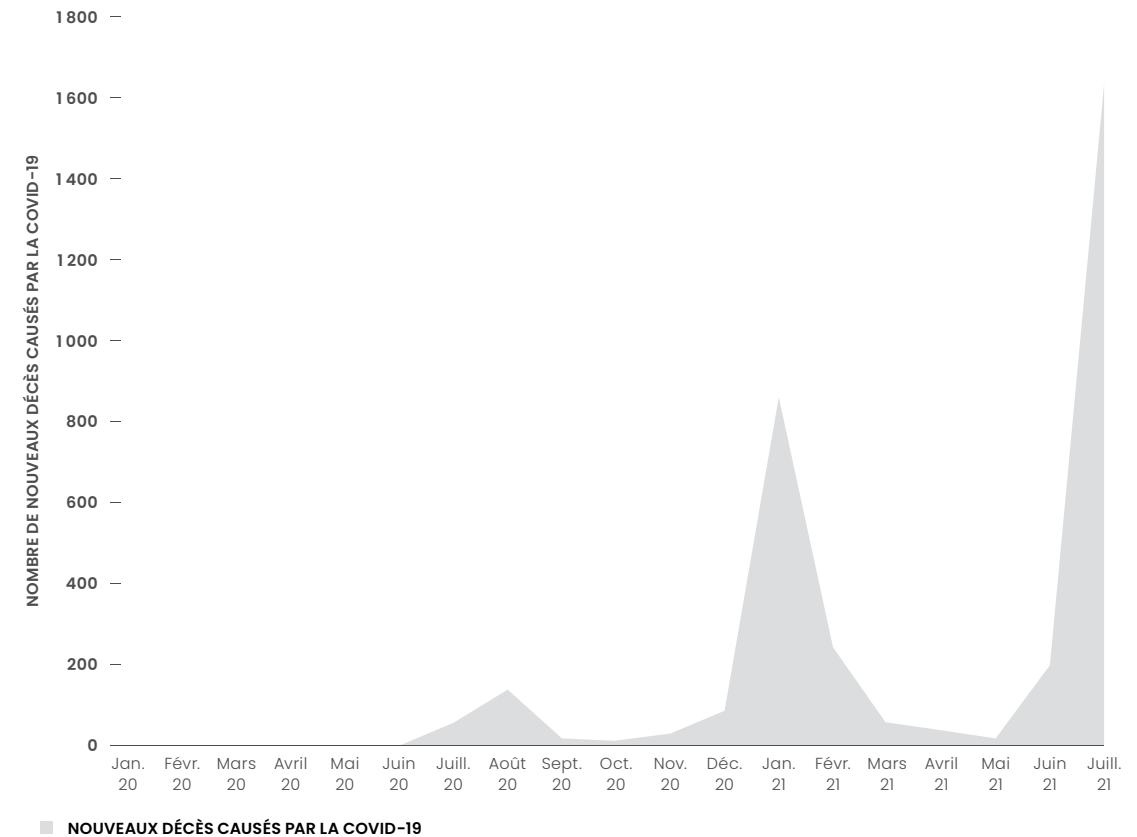
	Précédents		Récents	
Taux de mortalité maternelle (pour 100 000 naissances vivantes)	614	2014	462	2019
Taux de mortalité des moins de 5 ans (pour 1 000 naissances vivantes)	75	2014	65	2019
Taux de mortalité néonatale (pour 1 000 naissances vivantes)	29	2014	32	2019
Taux de natalité parmi les adolescentes, 15-19 ans (pour 1 000 femmes)	120	2014	108	2019
Naissances < 24 mois après l'accouchement précédent (%)	-	-	-	-
Retard de croissance parmi les enfants de moins de 5 ans (%)	27.6	2014	23.5	2019
Émaciation modérée à sévère parmi les enfants de moins de 5 ans (%)	3.3	2014	2.9	2019
Mortinaissances (pour 1 000 grossesses)*	15	2010	12	2015

*Le taux de mortinatalité estimé par le Groupe interagences des Nations Unies pour l'estimation de la mortalité infantile au Zimbabwe est de 18 pour l'année 2015 et de 24 pour l'année 2010 (pour un total de 1 000 naissances). Voir <https://childmortality.org/data> pour plus d'informations.

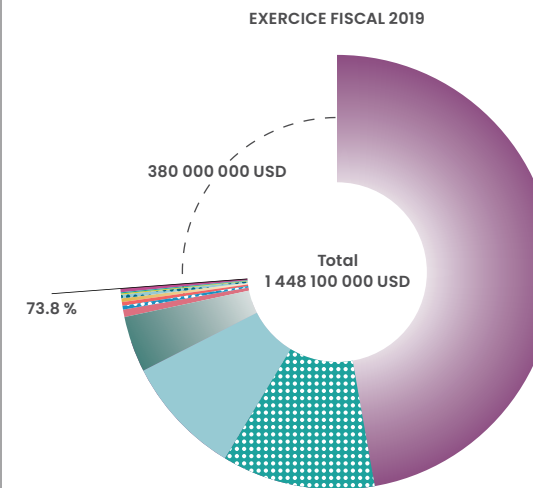
FINANCEMENT DE LA SANTÉ

	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Part du budget public consacré à la santé (%)	-	7.5	6.9	8.6	12.9	18.9
Taux d'exécution du budget de la santé (%)	-	98	99	87	91	80
Part des dépenses de santé allant aux prestataires de première ligne (%)	-	-	-	11.7	8.3	11.6
Dépenses publiques générales de santé (DGGHE), par habitant (USD)	22.4	26.2	32.8	39.3	-	-
Les DGGHE en tant que part des dépenses publiques générales (%)	7.6	7.6	7.6	7.6	-	-
Paiements directs de santé, par habitant (USD)	27.8	26.2	26.4	34.2	-	-

DÉCÈS CAUSÉS PAR LA COVID-19 AU ZIMBABWE



Alors que le GFF soutient le suivi de routine des perturbations des services de santé essentiels dans 18 pays partenaires, des données mensuelles sur les décès liés à la COVID-19 sont fournies pour l'ensemble des 36 pays partenaires du GFF jusqu'en juillet 2021 afin de montrer l'impact continu de la pandémie. Le GFF continue de soutenir les pays partenaires dans le suivi des résultats essentiels de SRMNEA-N et des priorités du dossier d'investissement tout au long de la pandémie.



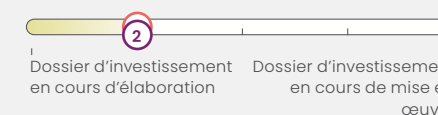
CARTOGRAPHIE DES RESSOURCES

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 collecter des données sur le budget et les dépenses pour les sources de financement nationales et externes au sein du secteur de la santé. Les données ont été utilisées pour informer la planification et la coordination des ressources dans le secteur de la santé (par exemple, les demandes de subventions du Fonds mondial), pour identifier et corriger les inefficacités dans le secteur de la santé, et pour informer le calcul des coûts et l'analyse des déficits des plans stratégiques nationaux, en particulier la Stratégie nationale de santé (2016-20). Le Zimbabwe est en train d'élaborer un dossier d'investissement dans le secteur de la santé jusqu'en 2025, qui sera finalisé une fois que la stratégie nationale de santé (2021-25) sera en place, afin de garantir l'alignement entre les deux documents.

■ GOUVERNEMENT DU ZIMBABWE	■ HEALTH DONOR FUND	■ UE	■ AUTRES BAILLEURS
■ FONDS MONDIAL	■ FCDO	■ GAVI	--- GAP
■ USG	■ SIDA	■ UNFPA	
	■ BMGF	■ UNICEF	

LE SUIVI DU PROCESSUS PILOTÉ PAR LE PAYS

Dossier d'investissement pour la SRMNEA-N ou équivalent (par exemple, plan national de santé)



Un processus de plateforme nationale inclusif avec l'engagement des OSC



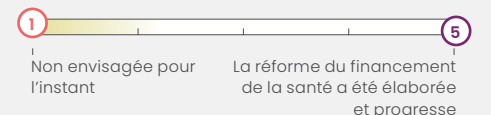
Stratégie et cadre de suivi des résultats en appui au DI (inclus dans le document du DI ou dans un document séparé)



Analyse sur le genre/Stratégie sur le genre



Un plan de mise en œuvre comprenant des initiatives visant à améliorer la MRN, l'efficacité et/ou la protection financière



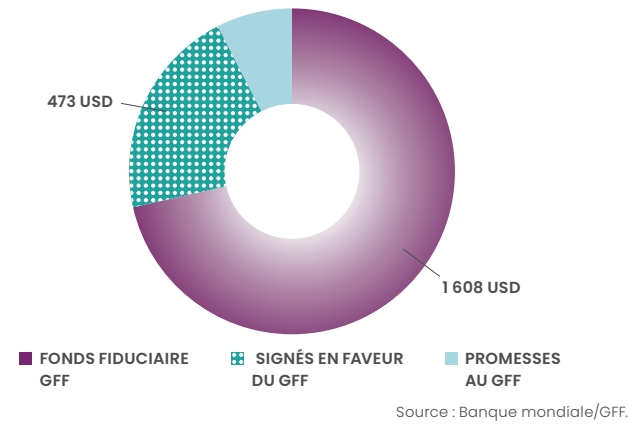
○ 2019 ○ 2020 ○ 2021

Contributions, engagements et décaissements

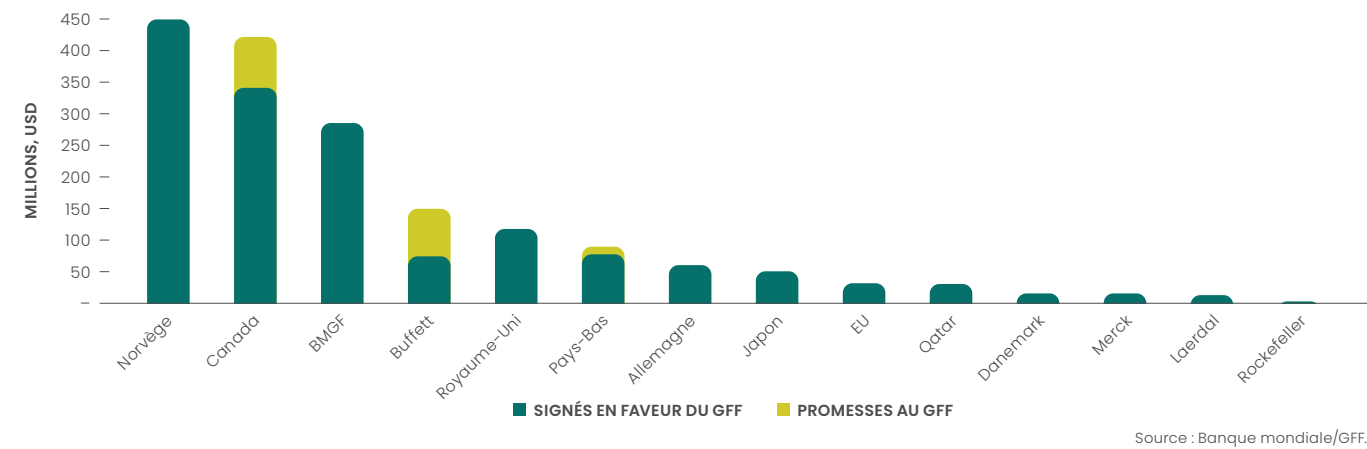
Contributions

Le GFF a été lancé en juillet 2015, en s'appuyant sur l'expérience et la structure du Fonds fiduciaire pour l'innovation en matière de résultats de santé (HRITF). Au 30 juin 2021, la valeur totale des contributions et des nouvelles promesses au Fonds fiduciaire du GFF s'élevait à 2,25 milliards de dollars américains provenant de 14 bailleurs de fonds, dont 473 millions de dollars américains pour le HRITF et 1,775 milliard de dollars américains pour le GFF (graphique 1). Le graphique 2 présente la répartition des contributions signées et promises au GFF par les bailleurs de fonds.

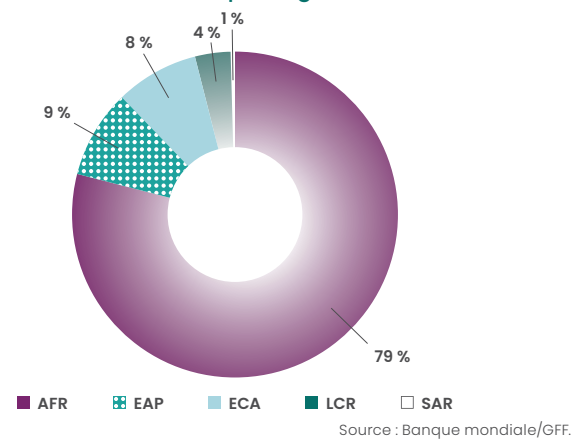
Graphique 1. Valeur totale des financements en millions de dollars américains



Graphique 2. Contributions au GFF par les bailleurs de fonds en millions de dollars américains



Graphique 3. Projets approuvés par le conseil d'administration du GFF, par région, en % du total



Engagements du GFF

Les ressources du Fonds fiduciaire du GFF sont utilisées de manière catalytique pour aider à aligner les priorités dans les dossiers d'investissement menés par les pays avec diverses sources de financement dans chaque pays partenaire du GFF. En 2020-21, la Banque mondiale et le Fonds fiduciaire du GFF ont investi 667 millions de dollars américains sur un total mondial de 12 milliards de dollars américains promis à des dossiers d'investissement dans 22 pays pour soutenir la mobilisation des ressources et mettre en œuvre les priorités.

Les contributions gouvernementales aux dossiers d'investissement s'élèvent à 7,5 milliards de dollars américains, soit une augmentation du financement gouvernemental absolu par rapport aux 5,9 milliards de

dollars américains alloués par les gouvernements de 21 pays l'année précédente, tandis que les engagements des partenaires totalisent 4,9 milliards de dollars américains. Un déficit de 8,8 milliards de dollars américains subsiste. Alors que ces pays continuent à stabiliser et à renforcer leurs systèmes de santé dans le contexte de la COVID-19, le GFF continuera à travailler avec chaque pays pour renforcer la mobilisation nationale et améliorer l'efficacité des dépenses de santé conformément aux priorités nationales.

Au 30 juin 2021, le Fonds fiduciaire du GFF a engagé un total de 815,5 millions de dollars américains pour 46 projets du GFF dans 36 pays. Sur ce montant, 686,6 millions de dollars américains, combinés aux 5,0 milliards de dollars américains supplémentaires de l'IDA/BIRD, ont été approuvés par le conseil des administrateurs de la Banque mondiale (tableau 1). Les 129 millions de dollars américains restants sont à un stade de préparation avancé.

Soixante-dix-neuf pour cent du montant du GFF approuvé par le conseil d'administration soutiennent les pays de la région Afrique, suivis par 9 pour cent en Asie du Sud, 8 pour cent en Asie de l'Est, 4 pour cent en Amérique latine et dans les Caraïbes, et moins de 1 pour cent dans la région Europe et Asie centrale (graphique 3). La liste complète des projets approuvés par le conseil d'administration est fournie dans le tableau 1.

En outre, le Fonds fiduciaire du GFF a engagé 87 millions de dollars américains en subventions pour renforcer les services de santé essentiels dans le cadre de la COVID-19 dans 6 pays. Parmi ces subventions, 30 millions de dollars américains pour le Rwanda et le Mozambique sont reliés à un financement de 130 millions de dollars américains de l'IDA déjà approuvé par le conseil d'administration au premier semestre de 2021.

Graphique 4. Projets du GFF : Projections des décaissements et décaissements réels, en date du 30 juin 2021

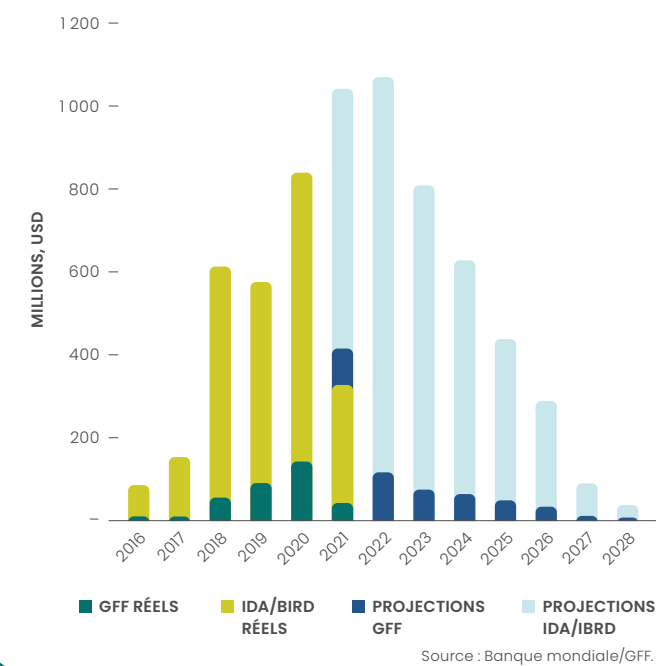


Tableau 1. Liste des projets du GFF approuvés par le conseil d'administration de la Banque mondiale, en millions de dollars américains

PROJET	DATE DU CONSEIL	MONTANT DU GFF	MONTANT IDA	BIRD
Tanzanie	28/5/2015	40 USD	200 USD	
RDC (AF-CRVS)	29/3/2016	10 USD	30 USD	
Cameroun	3/5/2016	27 USD	100 USD	
Nigeria (AF)	7/6/2016	20 USD	100 USD	
Kenya	15/6/2016	40 USD	150 USD	
Ouganda	4/8/2016	30 USD	110 USD	
Liberia (AF)	23/2/2017	16 USD	15 USD	
Guatemala	25/3/2017	9 USD		100 USD
RDC (AF)	31/3/2017	40 USD	340 USD	
Éthiopie	5/9/2017	60 USD	150 USD	
Bangladesh (éducation)	28/7/2017	15 USD	500 USD	
Bangladesh (éducation)	18/12/2017	10 USD	510 USD	
Mozambique	20/12/2017	25 USD	80 USD	
Rwanda (santé)	28/2/2018	10 USD	25 USD	
Afghanistan	12/4/2018	35 USD	140 USD	
Rwanda (SP-AF)	25/4/2018	8 USD	80 USD	
Guinée	25/4/2018	10 USD	45 USD	
Indonésie	21/6/2018	20 USD		400 USD
Nigeria (nutrition)	27/6/2018	7 USD	225 USD	
Burkina Faso	6/7/2018	20 USD	80 USD	
Nigeria (partie 2)	13/8/2018	20 USD	0 USD	
RCA	27/9/2018	10 USD	43 USD	
Malawi	19/12/2018	10 USD	50 USD	
Mali	19/3/2019	10 USD	50 USD	
Côte d'Ivoire	22/3/2019	20 USD	200 USD	
Cambodge	4/4/2019	10 USD	15 USD	
Haiti	16/5/2019	15 USD	55 USD	
RDC (nutrition)	28/5/2019	10 USD	492 USD	
Vietnam	19/6/2019	17 USD	80 USD	
Sénégal	26/9/2019	15 USD	140 USD	
Tadjikistan (premières années)	30/4/2020	3 USD	70 USD	
Myanmar	29/5/2020	10 USD	100 USD	
Zimbabwe	21/9/2020	25 USD	-	
Madagascar (CRVS)	29/9/2020	3 USD	140 USD	
Zambie (COVID-19)	20/10/2020	5 USD	20 USD	
Zambie	28/6/2021	10 USD	14 USD	
Somalie	28/6/2021	25 USD	75 USD	
Tchad	6/8/2021	USD 16.5	90 USD	
TOTAL APPROUVÉ PAR LE CONSEIL		686,5 USD	686,5 USD	500 USD

Source : Banque mondiale/GFF.

Décaissements du Fonds fiduciaire du GFF et de l'IDA/BIRD

Au 30 juin, un total de 350 millions de dollars américains du GFF et de 2,3 milliards de dollars américains de l'IDA/BIRD a été décaissé sur le montant approuvé par le conseil d'administration dans le tableau 1. Le graphique 4 illustre les décaissements réels et les projections pour les périodes futures sur la base d'une année civile. En réponse à la pandémie de COVID-19, les décaissements du GFF pour l'année civile 2020 (840 millions de dollars américains, GFF et IDA confondus) ont dépassé les décaissements du GFF en 2019. Sur la base de l'état d'avancement actuel de la mise en œuvre, environ 1 milliard de dollars américains du financement du FF du GFF et de l'IDA/BIRD devrait être décaissé en 2021.

À propos du GFF

Le Mécanisme de financement mondial (GFF) est un partenariat à multiples parties prenantes hébergé par la Banque mondiale, qui soutient les efforts déployés par les pays pour améliorer la santé des femmes, des enfants et des adolescents. Depuis 2015, le GFF collabore avec les pays, les bailleurs de fonds, les OSC, le secteur privé, les fondations et les partenaires dans le domaine de la santé mondiale pour débloquer des financements supplémentaires, des innovations et des politiques qui stimulent l'accès aux services de santé reproductive, maternelle, néonatale, infantile et adolescente, et de nutrition.

À ce jour, 815 millions de dollars américains de subventions ont été reliés à 5,5 milliards de dollars américains de financement de l'Association internationale de développement (IDA) et de la Banque internationale pour la reconstruction et le développement (BIRD), et à l'alignement de financements nationaux et externes. Grâce à ces investissements, le GFF a contribué à améliorer – et à sauver – des millions de vies, en construisant de manière durable pour l'avenir ainsi que pour faire face aux crises.

En aidant les pays à réunir les partenaires de développement mondiaux et locaux au sein de plateformes pilotées par les pays, le GFF permet à ces derniers de donner la priorité aux interventions les plus négligées et de les intensifier, de renforcer les systèmes de santé et de repenser la prestation de services afin d'obtenir des résultats meilleurs et plus durables en matière de santé, de parvenir à une couverture santé universelle et de développer le capital humain.

Avant l'arrivée de la COVID-19, des années d'améliorations significatives de la santé des femmes, des enfants et des adolescents avaient été constatées, et ce grâce à un effort concerté des gouvernements, de la Banque mondiale et des partenaires mondiaux de la santé, dont le GFF. Les progrès réalisés comprennent l'amélioration de l'accès à la planification familiale, la vaccination des enfants, les accouchements sans risque avec un personnel qualifié, l'accès à l'eau potable et une meilleure nutrition des enfants. Outre les chocs à court terme, la COVID-19 menace d'inverser ces progrès substantiels.

Dans le cadre de sa nouvelle stratégie quinquennale, le GFF redouble d'efforts pour protéger et promouvoir les services de santé essentiels pour les femmes, les enfants et les adolescents, mettre fin à la pandémie et soutenir les efforts en faveur d'une relance plus inclusive.

Membres du Groupe des investisseurs

ABT Associates (représentant le secteur privé)	Gouvernement de la République centrafricaine	Laerdal Global Health (représentant le secteur privé)	Fonds du Qatar pour le développement
Fondation Bill & Melinda Gates	Gouvernement de la Côte d'Ivoire	MSD for Mothers (représentant le secteur privé)	Fondation Susan Thompson Buffett
Mouvement d'action de la jeunesse du Burkina Faso (représentant les jeunes)	Gouvernement du Danemark	PAI (représentant la société civile)	UNFPA
Centre pour la santé reproductive et l'éducation en Zambie (représentant la société civile)	Gouvernement de l'Éthiopie	PATH Kenya (représentant la société civile)	Unicef
Commission européenne	Gouvernement d'Haïti	Pathfinder International (représentant les jeunes)	Groupe de la Banque mondiale
Gavi, l'Alliance du vaccin	Gouvernement du Japon	Partenariat pour la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant	Organisation mondiale de la Santé
Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme	Gouvernement du Royaume des Pays-Bas		
Gouvernement de l'Afghanistan	Gouvernement du Niger		
Gouvernement du Burkina Faso	Gouvernement de la Norvège		
Gouvernement du Cambodge	Gouvernement du Royaume-Uni		
Gouvernement du Canada	Gouvernement des États-Unis		
	Gouvernement du Zimbabwe		

Contributeurs au Fonds fiduciaire

Le Fonds fiduciaire du GFF est soutenu 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 sigles

AECID Agence espagnole pour la coopération internationale au développement	DHIS2 logiciel d'information sanitaire de district 2	IDH indice de développement humain	PSMNE Partenariat pour la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant
AFD Agence française de développement (France)	DI dossier d'investissement	IFC Société financière internationale	RDC République démocratique du Congo
AICS Agenzia Italiana per la Cooperazione allo Sviluppo (Agence italienne pour la coopération au développement)	DLI indicateurs de décaissement	IP2T traitement préventif intermittent du paludisme	RHS ressources humaines pour la santé
AMEF Programme pour l'accès aux équipements médicaux en Afrique	DPE développement de la petite enfance	JICA Agence japonaise de coopération internationale	S&E suivi et évaluation
AMS assurance maladie sociale	DSSR droits et santé sexuels et reproductifs	JLN Réseau d'apprentissage conjoint	SARA outil d'évaluation de la disponibilité et de l'état de préparation des services
APD aide publique au développement	EDS enquête démographique et de santé	KfW Établissement de crédit pour la reconstruction (appartenant au gouvernement)	SIDA Agence suédoise de coopération internationale pour le développement
BAD Banque africaine de développement	EPHS paquet essentiel de services de santé	KOICA Agence coréenne de coopération internationale	SIGFIP Système intégré de gestion des finances publiques
BHCPF Fonds pour la prestation des soins de santé de base	EPI équipement de protection individuelle	MDS ministère de la Santé	SIS système d'information sanitaire
BIRD Banque internationale pour la reconstruction et le développement	FBP financement basé sur la performance	MDSP ministère de la Santé publique	SNS stratégie nationale de santé
BMGF Fondation Bill & Melinda Gates	FBR financement basé sur les résultats	MDTF Fonds fiduciaire à multiples bailleurs	SONU soins obstétricaux et néonataux d'urgence
BMZ ministère fédéral de la Coopération économique et du Développement (Allemagne)	FCDO Bureau des Affaires étrangères, du Commonwealth et du Développement	MeHS suivi des services de santé essentiels	SONUC soins obstétricaux et néonataux d'urgence complets
CAP couple-année de protection	FMI Fonds monétaire international	MICS enquête par grappes à indicateurs multiples	SRMNEA-N santé reproductive, de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent, et nutrition
CBHI assurance santé à base communautaire	FMLSTP Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme	MMK méthode de la mère kangourou	
CCC communication pour le changement de comportement	FS financement de la santé	MNT maladies non transmissibles	SSE services de santé essentiels
CDC Centres pour le contrôle et la prévention des maladies	FY exercice fiscal	MRN mobilisation des ressources nationales	SWAp approche sectorielle
CERF Fonds central d'intervention d'urgence	GAP Plan d'action mondial	NCDA Agence nationale de développement de l'enfant	THP-UCP transformation des systèmes de santé pour une couverture universelle
CNS Comptes nationaux de la santé	Gavi Gavi, l'Alliance du vaccin	NEIR Revue des dépenses et des institutions en matière de nutrition	UE Union européenne
CPN consultation(s) prénatale(s)	GFF Mécanisme de financement mondial	ODD objectif(s) de développement durable	UNFPA Fonds des Nations Unies pour la population
CPN4 quatre consultations prénatales	GWSP Partenariat mondial pour la sécurité de l'eau et l'assainissement	OID obligation(s) à impact sur le développement	Unicef Fonds des Nations Unies pour l'enfance
CRS Catholic Relief Services	HDW agents de développement de la santé	OMS Organisation mondiale de la Santé	USAID Agence des États-Unis pour le développement international
CRSD cartographie des ressources et suivi des dépenses	HRITF Fonds fiduciaire pour l'innovation en matière de résultats de santé	ONG organisation(s) non gouvernementale(s)	VBG violence basée sur le genre/violence sexiste
CRVS enregistrement et statistiques de l'état civil	HSMTDP Plan de développement du secteur de la santé à moyen terme	OSC organisation(s) de la société civile	WASH eau, assainissement et hygiène
CSU couverture santé universelle	HSSP II Plan stratégique du secteur de la santé II	PFR pays à faible revenu	
DGGHE dépenses publiques générales de santé	HSSP Projet de soutien au secteur de la santé	PN plateforme nationale	
	IDA Association internationale de développement	PRITI pays à revenu intermédiaire de la tranche inférieure	

Annexe B

Sources de données

INDICATEUR	Afghanistan	Bangladesh	Burkina Faso	Cambodge	Cameroun	République centrafricaine	Tchad	République démocratique du Congo
INDICATEURS D'IMPACT DE BASE DU GFF								
Taux de mortalité maternelle (pour 100 000 naissances vivantes)	Rapport interagences des Nations Unies 2015 ; Rapport interagences des Nations Unies 2017	SVRS 2019 ; SVRS 2020	EDS 2010 ; EMDS 2015	EDS 2010 ; EDS 2014	EDS 2011 ; EDS 2018		EDS 2014	EDS 2014
Taux de mortalité des moins de 5 ans (pour 1 000 naissances vivantes)	AHS 2015 ; AHS 2018	BDHS 2017 ; SVRS 2020	EDS 2010 ; EMDS 2015	EDS 2010 ; EDS 2014	EDS 2011 ; EDS 2018	MICS 2010 ; MICS 2018	EDS 2014 ; MICS 2019	EDS 2014 ; MICS 2017
Taux de mortalité néonatale (pour 1 000 naissances vivantes)	AHS 2015 ; AHS 2018	BDHS 2017 ; SVRS 2020	EDS 2010 ; EMDS 2015	EDS 2010 ; EDS 2014	MICS 2014 ; EDS 2018	MICS 2018	EDS 2014 ; MICS 2019	EDS 2014 ; MICS 2017
Taux de natalité parmi les adolescentes, 15-19 ans (pour 1 000 femmes)	AHS 2015 ; AHS 2018	BDHS 2017 ; SVRS 2020	MIS 2014 ; MIS 2017-2018	EDS 2010 ; EDS 2014	MICS 2014 ; EDS 2018	MICS 2010 ; MICS 2018	EDS 2014 ; MICS 2019	EDS 2014 ; MICS 2017
Naissances <24 mois après l'accouchement précédent (%)	EDS 2015	BDHS 2014	MIS 2014 ; MIS 2017-2018	EDS 2010 ; EDS 2014	EDS 2011 ; EDS 2018		EDS 2014	EDS 2014
Retard de croissance parmi les enfants de moins de 5 ans (%)	ANNS 2013 ; AHS 2018	BDHS 2017 ; SVRS 2019	ENN 2017 ; ENN 2018	EDS 2010 ; EDS2014	MICS 2014 ; EDS 2018	MICS 2010 ; MICS 2018	SMART 2018 ; SMART 2019	EDS 2014 ; MICS 2017
Émaciation modérée à sévère parmi les enfants de moins de 5 ans (%)	ANNS 2013 ; AHS 2018	BDHS 2014 ; BDHS 2017	ENN 2017 ; ENN 2018	EDS 2010 ; EDS 2014	MICS 2014 ; EDS 2018	MICS 2010 ; MICS 2018	SMART 2018 ; SMART 2019	EDS 2014 ; MICS 2017
Mortinaissances (pour 1 000 grossesses)	EDS 2015	BDHS 2014 ; BDHS 2017		EDS 2014	EDS 2018			
INDICATEURS DE COUVERTURE DE SRMNEA-N								
Consultations prénatales : au moins 4 consultations	MICS 2010 ; EDS 2015 ; AHS 2018	EDS 2011 ; MICS 2012 ; EDS 2014 ; EDS 2017 ; MICS 2019	EDSBF-MICS IV 2010 ; MIS 2014	EDS 2010 ; EDS 2014	EDS-MICS 2011 ; MICS 2014 ; EDS 2018	MICS 2010 ; MICS 2018	MICS 2010 ; EDS-MICS 2014	MICS 2010 ; EDS 2013 ; MICS 2017
Recherche de traitement pour la pneumonie	MICS 2010 ; EDS 2015		EDSBF-MICS IV 2010	EDS 2010 ; EDS 2014	EDS-MICS 2011 ; MICS 2014 ; EDS 2018	MICS 2010 ; MICS 2018	MICS 2010 ; EDS-MICS 2014 ; MICS 2018	MICS 2010 ; EDS 2013 ; MICS 2017
Demande de services de planification familiale satisfaite par des méthodes modernes (toutes les femmes)			EDSN-MICS IV 2010 ; PMA2020 2015 ; PMA 2016 ; PMA2020 2017 ; PMA2020 2018 ; PMA2020 2019	EDS 2010 ; EDS 2014	EDS-MICS 2011 ; EDS 2018	MICS 2018	EDS-MICS 2014 ; MICS 2018	EDS 2013 ; MICS 2017
Demande de services de planification familiale satisfaite par des méthodes modernes (mariés/union)		EDS 2011 ; EDS 2014 ; EDS 2017 ; MICS 2019						
Demande de planification familiale satisfaite par toute méthode (mariés/union)						MICS 2010 ; MICS 2018		
DTC3	MICS 2010 ; AHS 2012 ; EDS 2015 ; AHS 2018	EDS 2011 ; EDS 2014 ; EDS 2017	EDSBF-MICS IV 2010	EDS 2010 ; EDS 2014	EDS-MICS 2011 ; MICS 2014 ; EDS 2018	MICS 2010 ; MICS 2018	MICS 2010 ; EDS-MICS 2014	MICS 2010 ; EDS 2013
Accouchements dans un établissement de santé	MICS 2010 ; EDS 2015 ; AHS 2018	EDS 2011 ; MICS 2012 ; EDS 2014 ; EDS 2017 ; MICS 2019	EDSBF-MICS IV 2010	EDS 2010 ; EDS 2014	EDS-MICS 2011 ; MICS 2014 ; EDS 2018	MICS 2010 ; MICS 2018	MICS 2010 ; EDS-MICS 2014 ; MICS 2018	MICS 2010 ; EDS 2013 ; MICS 2017
Consultations postnatales pour les mères	EDS 2015	EDS 2011 ; MICS 2012 ; EDS 2014 ; EDS 2017 ; MICS 2019	EDSBF-MICS IV 2010	EDS 2010 ; EDS 2014	EDS-MICS 2011 ; MICS 2014 ; EDS 2018	MICS 2018	MICS 2010 ; EDS-MICS 2014	EDS 2013 ; MICS 2017
Accouchement assisté par un prestataire qualifié	MICS 2010 ; AHS 2012 ; EDS 2015 ; AHS 2018	EDS 2011 ; MICS 2012 ; EDS 2014 ; EDS 2017 ; MICS 2019	EDSBF-MICS IV 2010	EDS 2010 ; EDS 2014	EDS-MICS 2011 ; MICS 2014 ; EDS 2018	MICS 2010 ; MICS 2018	MICS 2010 ; EDS-MICS 2014 ; MICS 2018	MICS 2010 ; EDS 2013 ; MICS 2017
Sels de réhydratation par voie orale pour le traitement de la diarrhée	MICS 2010 ; EDS 2015	EDS 2011 ; MICS 2012 ; EDS 2014 ; EDS 2017 ; MICS 2019	EDSBF-MICS IV 2010	EDS 2010 ; EDS 2014	EDS-MICS 2011 ; MICS 2014 ; EDS 2018	MICS 2010 ; MICS 2018	MICS 2010 ; EDS-MICS 2014 ; MICS 2018	MICS 2010 ; EDS 2013 ; MICS 2017
Supplémentation en vitamine A	MICS 2010 ; EDS 2015	EDS 2011 ; EDS 2014 ; EDS 2017	EDSBF-MICS IV 2010	EDS 2010 ; EDS 2014	EDS-MICS 2011 ; EDS 2018	MICS 2010 ; SMART 2014 ; SMART 2018	MICS 2010 ; EDS-MICS 2014	EDS 2013
INDICATEURS SPÉCIFIQUES À LA NUTRITION								
Femmes enceintes ayant reçu du fer, une supplémentation en acide folique ou un sirop pendant 90 jours ou plus			EDSBF-MICS IV 2010	EDS 2010 ; EDS 2014				EDS 2013
Allaitement maternel exclusif		EDS 2011 ; MICS 2012 ; EDS 2014 ; EDS 2017 ; MICS 2019	EDSBF-MICS IV 2010 ; NNS/SMART 2012 ; NNS/SMART 2013 ; NNS/SMART 2014 ; SMART 2017 ; SMART 2018	EDS 2010 ; EDS 2014				MICS 2010 ; EDS 2013
Régime alimentaire minimum acceptable		EDS 2011 ; EDS 2014 ; EDS 2017 ; MICS 2019	EDSBF-MICS IV 2010	EDS 2010 ; EDS 2014				EDS 2013 ; MICS 2017

Côte d'Ivoire	Éthiopie	Ghana	Guatemala	Guinée	Haïti	Indonésie	Kenya	Liberia	Madagascar
EDS 2011	EDS 2016	GSS 2014 ; DMHS 2017	EDS 2014	EDS 2012 ; MICS 2016	EDS 2016	EDS 2012 ; SUPAS 2015	EDS 2008 ; EDS 2014	EDS 2013 ; EDS 2019	ENSOMD 2012
EDS 2011 ; MICS 2016	EDS 2016 ; EDS 2019	EDS 2014 ; MICS 2017	INE 2018 ; INE 2019	EDS 2012 ; EDS 2018	EDS 2012 ; EDS 2016	EDS 2012 ; EDS 2017	EDS 2008 ; EDS 2014	EDS 2013 ; EDS 2019	ENSOMD 2012 ; MICS 2018
EDS 2011 ; MICS 2016	EDS 2016 ; EDS 2019	EDS 2014 ; MICS 2017	EDS 2014	EDS 2012 ; EDS 2018	EDS 2012 ; EDS 2016	EDS 2012 ; EDS 2017	EDS 2008 ; EDS 2014	EDS 2013 ; EDS 2019	ENSOMD 2012 ; MICS 2018
EDS 2011 ; MICS 2016	EDS 2016 ; EDS 2019	EDS 2014 ; MICS 2017	EDS 2014	EDS 2012 ; EDS 2018	EDS 2012 ; EDS 2016	EDS 2012 ; EDS 2017	EDS 2008 ; EDS 2014	EDS 2013 ; EDS 2019	ENSOMD 2012 ; MICS 2018
EDS 2011	EDS 2016	EDS 2014	EDS 2014	EDS 2012 ; EDS 2018	EDS 2012 ; EDS 2016	EDS 2012 ; EDS 2017	EDS 2008 ; EDS 2014	EDS 2013	EDS 2008
EDS 2011 ; MICS 2016	EDS 2016 ; EDS 2019	EDS 2014 ; MICS 2017	EDS 2014	EDS 2012 ; EDS 2018	EDS 2012 ; EDS 2016	RISKESDAS 2018 ; Susenas 2019	EDS 2008 ; EDS 2014	EDS 2013 ; EDS 2019	ENSOMD 2012 ; MICS 2018
EDS 2011 ; MICS 2016	EDS 2016 ; EDS 2019	EDS 2014 ; MICS 2017	EDS 2014	EDS 2012 ; EDS 2018	EDS 2012 ; EDS 2016	RISKESDAS 2018 ; Susenas 2019	EDS 2008 ; EDS 2014	EDS 2013 ; EDS 2019	ENSOMD 2012 ; MICS 2018
	EDS 2011 ; EDS 2016	EDS 2014 ; MICS 2017	EDS 2014	EDS 2018		EDS 2012 ; EDS 2017	EDS 2008 ; EDS 2014	EDS 2013 ; EDS 2019	
INDICATEURS SPÉCIFIQUES À LA NUTRITION									
EDS 2011 ; MICS 2016	EDS 2011 ; Mini EDS 2014 ; EDS 2016 ; EDS 2019	MICS 2011 ; EDS 2014 ; GMHS 2017 ; MICS 2018	EDS 2014	EDS-MICS 2012 ; MICS 2016 ; EDS 2018	EDS 2012 ; EDS 2016	EDS 2012 ; RISKESDAS 2013 ; EDS 2017	EDS 2008 ; EDS 2014 ; MIS 2015	EDS 2013 ; MIS 2016 ; EDS 2019	EDS 2008 ; ENSOMD 2012 ; MICS 2018
EDS 2011 ; MICS 2016	EDS 2011 ; EDS 2016	MICS 2011 ; EDS 2014 ; MICS 2017	EDS 2014	EDS-MICS 2012 ; MICS 2016 ; EDS 2018	EDS 2012 ; EDS 2016	EDS 2012 ; EDS 2017	EDS 2008 ; EDS 2014	EDS 2013 ; EDS 2019	EDS 2008 ; ENSOMD 2012 ; MICS 2018
EDS 2011 ; PMA 2018	EDS 2011 ; PMA2020 2014 ; EDS 2016 ; PMA2020 2017 ; PMA2020 2018	PMA2020 2013 ; EDS 2014 ; PMA2020 2015 ; PMA2020 2016 ; PMA2020 2017	EDS 2014	EDS-MICS 2012 ; EDS 2018	EDS 2012 ; EDS 2016	EDS 2012 ; PMA2020 2015 ; EDS 2017	EDS 2008 ; EDS 2014 ; PMA 2015 ; PMA 2016 ; PMA 2017 ; PMA 2018 ; PMA 2019 ; PMA 2020	EDS 2013 ; EDS 2019	EDS 2008 ; MICS 2018
EDS 2011 ; MICS 2016	EDS 2011 ; EDS 2016 ; EDS 2019	MICS 2011 ; EDS 2014 ; MICS 2017	EDS 2014	EDS-MICS 2012 ; MICS 2016 ; EDS 2018	EDS 2012 ; EDS 2016	EDS 2012 ; EDS 2017	EDS 2008 ; EDS 2014	Enquête sur la vaccination de routine 2012 ; EDS 2019	EDS 2008 ; ENSOMD 2012 ; MICS 2018
EDS 2011 ; MICS 2016	EDS 2011 ; EDS 2016 ; EDS 2019	MICS 2011 ; EDS 2014 ; MICS 2017	EDS 2014	EDS-MICS 2012 ; MICS 2016 ; EDS 2018	EDS 2012 ; EDS 2016	EDS 2012 ; RISKESDAS 2013 ; EDS 2017 ; RISKESDAS 2018	EDS 2008 ; EDS 2014	EDS 2013 ; MIS 2016 ; EDS 2019	EDS 2008 ; ENSOMD 2012 ; MICS 2018
EDS 2011 ; MICS 2016	EDS 2011 ; EDS 2016 ; EDS 2019	MICS 2011 ; EDS 2014 ; MICS 2017	EDS 2014	EDS-MICS 2012 ; MICS 2016 ; EDS 2018	EDS 2012 ; EDS 2016	EDS 2012 ; EDS 2017	EDS 2008 ; EDS 2014	EDS 2013 ; MIS 2016 ; EDS 2019	EDS 2008 ; MICS 2018
EDS 2011 ; MICS 2016	EDS 2011 ; EDS 2016 ; EDS 2019	MICS 2011 ; EDS 2014 ; MICS 2017	EDS 2014	EDS-MICS 2012 ; MICS 2016 ; EDS 2018	EDS 2012 ; EDS 2016	EDS 2012 ; EDS 2017 ; BPS 2018	EDS 2008 ; EDS 2014	EDS 2013 ; EDS 2019	EDS 2008 ; ENSOMD 2012 ; MICS 2018
EDS 2011 ; MICS 2016	EDS 2011 ; EDS 2016	MICS 2011 ; EDS 2014 ; MICS 2017	ENSMI 2008 ; EDS 2014	EDS-MICS 2012 ; MICS 2016 ; EDS 2018	EDS 2012 ; EDS 2016	EDS 2012 ; EDS 2017	EDS 2008 ; EDS 2014	EDS 2013 ; EDS 2019	EDS 2008 ; ENSOMD 2012 ; MICS 2018
	EDS 2011 ; EDS 2016 ; EDS 2019	MICS 2011 ; EDS 2014		EDS-MICS 2012 ; EDS 2018	EDS 2012 ; EDS 2016	EDS 2012 ; EDS 2017	EDS 2008 ; EDS 2014	EDS 2013	EDS 2008 ; ENSOMD 2012
			EDS 2014			EDS 2012 ; RISKESDAS 2013 ; EDS 2017			
			EDS 2014			EDS 2012 ; EDS 2017			
						EDS 2012 ; EDS 2017			

Annexe B

Sources de données (suite)

INDICATEUR	Malawi	Mali	Mauritanie	Mozambique	Myanmar	Niger	Nigeria	Pakistan
INDICATEURS D'IMPACT DE BASE DU GFF								
Taux de mortalité maternelle (pour 100 000 naissances vivantes)	EDS 2010 ; EDS 2015	EDS 2012 ; EDS 2018	MICS 2011 ; MICS 2015	EDS 2011	EDS 2015	EDS 2012 ; ENISED 2015	EDS 2013 ; EDS 2018	UNIA 2014 ; UNIA 2019
Taux de mortalité des moins de 5 ans (pour 1 000 naissances vivantes)	EDS 2010 ; EDS 2015	MICS 2015 ; EDS 2018	MICS 2011 ; MICS 2015	EDS 2011	UNIGME 2012 ; UNIGME 2020	EDS 2012 ; ENISED 2015	EDS 2013 ; EDS 2018	EDS 2012 ; EDS 2017
Taux de mortalité néonatale (pour 1 000 naissances vivantes)	EDS 2010 ; EDS 2015	MICS 2015 ; EDS 2018	MICS 2011 ; MICS 2015	EDS 2011	UNIGME 2011 ; UNIGME 2019	EDS 2012 ; ENISED 2015	EDS 2013 ; EDS 2018	EDS 2012 ; EDS 2017
Taux de natalité parmi les adolescentes, 15-19 ans (pour 1 000 femmes)	EDS 2010 ; EDS 2015	MICS 2015 ; EDS 2018	MICS 2011 ; MICS 2015	EDS 2011 ; AIS 2015	EDS 2015	EDS 2012 ; ENISED 2015	EDS 2013 ; EDS 2018	EDS 2012 ; EDS 2017
Naissances <24 mois après l'accouchement précédent (%)	EDS 2010 ; EDS 2015	EDS 2012 ; EDS 2018		EDS 2011 ; AIS 2015	EDS 2015	EDS 2012	EDS 2013 ; EDS 2018	EDS 2012 ; EDS 2017
Retard de croissance parmi les enfants de moins de 5 ans (%)	EDS 2010 ; EDS 2015	MICS 2015 ; EDS 2018	SMART 2012 ; SMART 2018	EDS 2011 ; NIP 2019	MICS 2009 ; EDS 2015	SMART 2018 ; SMART 2019 ; SMART 2020	EDS 2013 ; EDS 2018	EDS 2012 ; EDS 2017
Émaciation modérée à sévère parmi les enfants de moins de 5 ans (%)	EDS 2010 ; EDS 2015	MICS 2015 ; EDS 2018	SMART 2012 ; SMART 2018	EDS 2011 ; NIP 2019	MICS 2009 ; EDS 2015	SMART 2018 ; SMART 2019 ; SMART 2020	EDS 2013 ; EDS 2018	EDS 2012 ; EDS 2017
Mortinaissances (pour 1 000 grossesses)	EDS 2010 ; EDS 2015	EDS 2018		EDS 2011	EDS 2015	EDS 2012	EDS 2013 ; EDS 2018	EDS 2012 ; EDS 2017
INDICATEURS DE COUVERTURE DE SRMNEA-N								
Consultations prénatales : au moins 4 consultations	EDS 2010 ; MICS 2013 ; EDS 2015	MICS 2009 ; EDM-V 2012 ; MICS 2015 ; EDS 2018	MICS 2011 ; MICS 2015	EDS 2011 ; AIS 2015 ; MIS 2018	EDS 2015	EDSN-MICS IV 2012 ; ENISED 2015	MICS 2011 ; EDS 2013 ; MICS 2016 ; EDS 2018	EDS 2012 ; EDS 2017
Recherche de traitement pour la pneumonie	EDS 2010 ; MICS 2013 ; EDS 2015	MICS 2009 ; EDM-V 2012 ; MICS 2015 ; EDS 2018	MICS 2011 ; MICS 2015	EDS 2011 ; AIS 2015	MICS 2009 ; EDS 2015	EDSN-MICS IV 2012 ; ENISED 2015	MICS 2011 ; EDS 2013 ; MICS 2016 ; EDS 2018	EDS 2012 ; EDS 2017
Demande de services de planification familiale satisfaite par des méthodes modernes (toutes les femmes)	EDS 2010 ; EDS 2015	EDSM-V 2012 ; EDS 2018		EDS 2011 ; AIS 2015	EDS 2015	EDSN-MICS IV 2012 ; PMA2020 2016 ; PMA2020 2017	EDS 2013 ; PMA2020 2016 ; PMA2020 2017 ; PMA2020 2018	
Demande de services de planification familiale satisfaite par des méthodes modernes (mariés/union)								EDS 2012 ; EDS 2017
Demande de service de planification familiale satisfaite par toute méthode (mariés/union)								
DTC3	EDS 2010 ; EDS 2015	MICS 2009 ; EDM-V 2012 ; MICS 2015 ; EDS 2018	MICS 2011 ; MICS 2015	EDS 2011 ; AIS 2015	MICS 2009 ; EDS 2015	Enquête sur la mortalité et la survie des enfants au Niger 2010 ; EDSN-MICS 2012 ; ENCV 2013 ; ENCV 2017	MICS 2011 ; EDS 2013 ; NNHS 2015 ; MICS 2016 ; NNHS 2018	EDS 2012 ; EDS 2017
Accouchements dans un établissement de santé	EDS 2010 ; MICS 2013 ; EDS 2015	EDSM-V 2012 ; MICS 2015 ; EDS 2018	MICS 2011 ; MICS 2015	EDS 2011 ; AIS 2015	MICS 2009 ; EDS 2015	EDSN-MICS IV 2012 ; ENISED 2015	MICS 2011 ; EDS 2013 ; MICS 2016 ; EDS 2018	EDS 2012 ; EDS 2017
Consultations postnatales pour les mères	EDS 2010 ; MICS 2013 ; EDS 2015	EDSM-V 2012 ; MICS 2015 ; EDS 2018	MICS 2011 ; MICS 2015		EDS 2015	EDSN-MICS IV 2012	EDS 2013 ; MICS 2016 ; EDS 2018	EDS 2012 ; EDS 2017
Accouchement assisté par un prestataire qualifié	EDS 2010 ; MICS 2013 ; EDS 2015	MICS 2009 ; EDM-V 2012 ; MICS 2015 ; EDS 2018	MICS 2011 ; MICS 2015	EDS 2011 ; AIS 2015	MICS 2009 ; EDS 2015	EDSN-MICS IV 2012 ; ENISED 2015	MICS 2011 ; EDS 2013 ; MICS 2016 ; EDS 2018	EDS 2012 ; EDS 2017
Sels de réhydratation par voie orale pour le traitement de la diarrhée	EDS 2010 ; MICS 2013 ; EDS 2015	MICS 2009 ; EDM-V 2012 ; MICS 2015 ; EDS 2018	MICS 2011 ; MICS 2015	EDS 2011 ; AIS 2015	MICS 2009 ; EDS 2015	EDSN-MICS IV 2012 ; ENISED 2015	MICS 2011 ; EDS 2013 ; MICS 2016 ; EDS 2018	EDS 2012 ; EDS 2017
Supplémentation en vitamine A	EDS 2010 ; EDS 2015	MICS 2009 ; EDM-V 2012 ; EDS 2018	MICS 2011	EDS 2011	MICS 2009 ; EDS 2015	EDSN-MICS IV 2012	EDS 2013 ; MICS 2016 ; EDS 2018	EDS 2012 ; EDS 2017
INDICATEURS SPÉCIFIQUES À LA NUTRITION								
Femmes enceintes ayant reçu du fer, une supplémentation en acide folique ou un sirop pendant 90 jours ou plus	EDS 2010 ; EDS 2015						EDS 2013 ; EDS 2018	
Allaitement maternel exclusif	EDS 2010 ; MICS 2013 ; EDS 2015						MICS 2011 ; EDS 2013 ; MICS 2016 ; EDS 2018	
Régime alimentaire minimum acceptable	EDS 2010 ; MICS 2013 ; EDS 2015						EDS 2013 ; MICS 2016 ; EDS 2018	

Rwanda	Sénégal	Sierra Leone	Somalie	Tadjikistan	Tanzanie	Ouganda	Vietnam	Zambie	Zimbabwe
EDS 2014 ; EDS 2019	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	Bureau général des statistiques (BGS) - Recensement 2009 ; Bureau général des statistiques (BGS) - Recensement 2019	EDS 2013 ; EDS 2018	MICS 2014 ; MICS 2019
EDS 2014 ; EDS 2019	EDS 2018 ; EDS 2019	EDS 2013 ; EDS 2019	MICS 2006	EDS 2012 ; EDS 2017	EDS 2010 ; EDS 2015	EDS 2011 ; EDS 2016	Bureau général des statistiques (BGS) - Recensement 2019 1999 ; Bureau général des statistiques (BSG) - Recensement 2019	EDS 2013 ; EDS 2018	MICS 2014 ; MICS 2019
EDS 2014 ; EDS 2019	EDS 2018 ; EDS 2019	EDS 2013 ; EDS 2019	MICS 2006	EDS 2012 ; EDS 2017	EDS 2010 ; EDS 2015	EDS 2011 ; EDS 2016		EDS 2013 ; EDS 2018	MICS 2014 ; MICS 2019
EDS 2014 ; EDS 2019	EDS 2018 ; EDS 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	EDS 2013 ; EDS 2018	MICS 2014 ; MICS 2019
EDS 2014	EDS 2017 ; EDS 2018	EDS 2013 ; EDS 2019	SHDS 2020	EDS 2012 ; EDS 2017	EDS 2010 ; EDS 2015	EDS 2011 ; EDS 2016		EDS 2013 ; EDS 2018	
EDS 2014 ; EDS 2019	EDS 2018 ; EDS 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 2017 ; Institut national de la nutrition 2018	EDS 2013 ; EDS 2018	MICS 2014 ; MICS 2019
EDS 2014 ; EDS 2019	EDS 2018 ; EDS 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 ; EDS 2018	MICS 2014 ; MICS 2019
EDS 2014	EDS 2018 ; EDS 2019	EDS 2013 ; EDS 2019		EDS 2012 ; EDS 2017	EDS 2010 ; EDS 2015	EDS 2011 ; EDS 2016		EDS 2013 ; EDS 2018	EDS 2010 ; DHS 2015
INDICATEURS DE COUVERTURE DE SRMNEA-N									
EDS 2010 ; EDS 2014 ; EDS 2019	EDS 2010 ; EDS 2012 ; EDS 2014 ; EDS 2015 ; EDS 2016 ; EDS 2017 ; EDS 2018	MICS 2010 ; EDS 2013 ; MICS 2017 ; EDS 2019	MICS 2006 ; SHDS 2020	EDS 2012 ; EDS 2017	EDS 2010 ; EDS 2015 ; MIS 2017 ; AHSPPR 2019	EDS 2011 ; EDS 2016 ; MIS 2018	MICS 2011 ; MICS 2013	EDS 2013 ; EDS 2018	EDS 2010 ; MICS 2014 ; EDS 2015 ; MICS 2019
EDS 2010 ; EDS 2014 ; EDS 2019	EDS 2010 ; EDS 2012 ; EDS 2014 ; EDS 2015 ; EDS 2016 ; EDS 2017 ; EDS 2018	MICS 2010 ; EDS 2013 ; MICS 2017 ; EDS 2019	MICS 2006 ; SHDS 2020	EDS 2012 ; EDS 2017	EDS 2010 ; EDS 2015	EDS 2011 ; EDS 2016	MICS 2011 ; MICS 2013	EDS 2013 ; EDS 2018	EDS 2010 ; MICS 2014 ; EDS 2015
EDS 2010 ; EDS 2014 ; EDS 2019	EDS 2010 ; EDS 2012 ; EDS 2014 ; EDS 2015 ; EDS 2016 ; EDS 2017 ; EDS 2018	MICS 2010 ; EDS 2013 ; MICS 2017 ; EDS 2019		EDS 2012 ; EDS 2017	EDS 2010 ; EDS 2015	EDS 2011 ; PMA2020 2014 ; PMA2020 2015 ; PMA2020 2016 ; PMA2020 2017 ; PMA2020 2018		EDS 2013 ; EDS 2018	EDS 2010 ; EDS 2015
EDS 2010 ; EDS 2014 ; EDS 2019		EDS 2013 ; MICS 2017 ; EDS 2019	MICS 2006 ; SHDS 2020						
EDS 2010 ; EDS 2014 ; EDS 2019	EDS 2010 ; EDS 2012 ; EDS 2014 ; EDS 2015 ; EDS 2016 ; EDS 2017 ; EDS 2018	MICS 2010 ; EDS 2013 ; MICS 2017 ; EDS 2019	MICS 2006 ; SHDS 2020	EDS 2012 ; EDS 2017	EDS 2010 ; EDS 2015	EDS 2011 ; EDS 2016	MICS 2011 ; MICS 2013	EDS 2013 ; EDS 2018	EDS 2010 ; MICS 2014 ; EDS 2015 ; MICS 2019
EDS 2010 ; EDS 2014 ; EDS 2019	EDS 2014 ; EDS 2015 ; EDS 2016 ; EDS 2017 ; EDS 2018	EDS 2013 ; MICS 2017 ; EDS 2019	MICS 2006 ; SHDS 2020	EDS 2012 ; EDS 2017	EDS 2010 ; EDS 2015 ; AHSPPR 2018	EDS 2011 ; EDS 2016	MICS 2013	EDS 2013 ; EDS 2018	EDS 2010 ; MICS 2014 ; EDS 2015 ; MICS 2019
EDS 2010 ; EDS 2014 ; EDS 2019	EDS 2010 ; EDS 2012 ; EDS 2014 ; EDS 2015 ; EDS 2016 ; EDS 2017 ; EDS 2018	MICS 2010 ; EDS 2013 ; MICS 2017 ; EDS 2019	MICS 2006 ; SHDS 2020	EDS 2012 ; EDS 2017	AHSPPR 2019 ; EDS 2015 ; AIS 2011 ; EDS 2010 ;	EDS 2011 ; EDS 2016	MICS 2011 ; MICS 2013	EDS 2013 ; EDS 2018	EDS 2010 ; MICS 2014 ; EDS 2015 ; MICS 2019
EDS 2010 ; EDS 2014 ; EDS 2019	EDS 2010 ; EDS 2012 ; EDS 2014 ; EDS 2015 ; EDS 2016 ; EDS 2017 ; EDS 2018	MICS 2010 ; EDS 2013 ; MICS 2017 ; EDS 2019		EDS 2012 ; EDS 2017	EDS 2010 ; EDS 2015	EDS 2011 ; EDS 2016	MICS 2011 ; MICS 2013	EDS 2013 ; EDS 2018	EDS 2010 ; MICS 2014 ; EDS 2015 ; MICS 2019
EDS 2010 ; EDS 2014	EDS 2010 ; EDS 2012 ; EDS 2014 ; EDS 2015 ; EDS 2016 ; EDS 2017 ; EDS 2018	EDS 2013 ; MICS 2017 ; EDS 2019	MICS 2006 ; Somalie - Enquête sur les micronutriments Enquête 2019	EDS 2012 ; EDS 2017	EDS 2010 ; EDS 2015	EDS 2011 ; EDS 2016	MICS 2011	EDS 2013 ; EDS 2018	EDS 2010 ; MICS 2014 ; EDS 2015
EDS 2014 ; EDS 2010									
EDS 2014 ; EDS 2019 ; EDS 2010									
EDS 2019 ; EDS 2010 ; EDS 2014									

Annexe B

Sources de données (suite)

INDICATEUR	Afghanistan	Bangladesh	Burkina Faso	Cambodge	Cameroun	République centrafricaine	Tchad	République démocratique du Congo
INDICATEURS DE FINANCEMENT DE LA SANTÉ DU GFF								
Part du budget public consacré à la santé (%)	Rapports budgétaires annuels du ministère des Finances 2016-2020	Résumé du budget de la santé 2021-2022	Rapports annuels Ministère de l'Économie, des Finances et du Développement 2016-2020	DLI 2016 vérifié ; DLI 2017 vérifié ; DLI 2018 vérifié ; DLI 2019 vérifié	Ministère de l'Économie 2016 ; ministère de l'Économie 2017 ; ministère de l'Économie 2018 ; ministère de l'Économie 2019 ; ministère de l'Économie 2020.	Rapports d'exécution du budget du ministère des Finances 2016-2021	Ministère des Finances et du Budget 2016-2020	Rapports des comptes nationaux de la santé de la RDC 2015-2020
Taux d'exécution du budget de la santé (%)	Rapports budgétaires annuels du ministère des Finances 2016-2020	Portail du ministère des Finances	Rapports annuels Ministère de l'Économie, des Finances et du Développement 2016-2020	Rapports sur les progrès de la santé nationale (RPSN) 2016-2019	DLI 2018 vérifié ; DLI 2019 vérifié ; DLI 2017 vérifié	DLI 2017 vérifié ; DLI 2018 vérifié ; DLI 2019 vérifié ; DLI 2020 vérifié	Ministère des Finances et du Budget 2016-2020	Rapports des comptes nationaux de la santé de la RDC 2015-2020
Part des dépenses de santé allant aux prestataires de première ligne (%)	CRSD 2016-2020	Contrat unique Évaluation trimestrielle du ministère de la Santé					Ministère de la Santé publique 2020 (définition : subventions accordées aux hôpitaux de district et aux hôpitaux régionaux)	Rapports des comptes nationaux de la santé de la RDC 2015-2020
Dépenses publiques générales de santé (DGGHE), par habitant (USD)	OMS-GHED 2015-2018	OMS-GHED 2015-2018	OMS-GHED 2015-2018	OMS-GHED 2015-2018	OMS-GHED 2015-2018	OMS-GHED 2015-2018	OMS-GHED 2015-2018	Rapport sur les comptes nationaux de la santé de la RDC 2015-2019
Dépenses publiques générales de santé (DGGHE) en tant que part des dépenses générales (%)	OMS-GHED 2015-2018	OMS-GHED 2015-2018	OMS-GHED 2015-2018	OMS-GHED 2015-2018	OMS-GHED 2015-2018	OMS-GHED 2015-2018	OMS-GHED 2015-2018	Rapport sur les comptes nationaux de la santé de la RDC 2015-2019
Paiements directs de santé, par habitant (USD)	OMS-GHED 2015-2018	OMS-GHED 2015-2018	OMS-GHED 2015-2018	OMS-GHED 2015-2018	OMS-GHED 2015-2018	OMS-GHED 2015-2018	OMS-GHED 2015-2018	Rapport sur les comptes nationaux de la santé de la RDC 2015-2019
INDICATEURS SPÉCIFIQUES À L'ÉDUCATION								
Taux net ajusté de scolarisation du premier cycle de l'enseignement secondaire, pour les deux sexes (%)		WDI 2010 ; WDI 2011 ; WDI 2012 ; WDI 2013 ; WDI 2015 ; WDI 2016 ; WDI 2017 ; WDI 2018			WDI 2012 ; WDI 2013 ; WDI 2014 ; WDI 2015 ; WDI 2016			
Taux net ajusté de scolarisation du premier cycle de l'enseignement secondaire, filles (%)		WDI 2010 ; WDI 2011 ; WDI 2012 ; WDI 2013 ; WDI 2015 ; WDI 2016 ; WDI 2017 ; WDI 2018			WDI 2012 ; WDI 2013 ; WDI 2014 ; WDI 2015 ; WDI 2016			
Taux d'achèvement du premier cycle de l'enseignement secondaire, pour les deux sexes (%)		WDI 2010 ; WDI 2011 ; WDI 2016 ; WDI 2017 ; WDI 2018			WDI 2011 ; WDI 2013 ; WDI 2014 ; WDI 2015 ; WDI 2016 ; WDI 2017 ; WDI 2018			
Taux d'achèvement du premier cycle de l'enseignement secondaire, filles (%)		WDI 2010 ; WDI 2011 ; WDI 2013 ; WDI 2016			WDI 2011 ; WDI 2013 ; WDI 2014 ; WDI 2015 ; WDI 2016			

Côte d'Ivoire	Éthiopie	Ghana	Guatemala	Guinée	Haïti	Indonésie	Kenya	Liberia	Madagascar
Rapports du département des finances du MDS 2015-2020	DLI 2016 vérifié ; DLI 2017 vérifié ; DLI 2018 vérifié	Rapports des unités budgétaires du ministère de la Santé 2016-2020	Décrets d'approbation du budget national des recettes et des dépenses de l'état du Guatemala : année 2015 Décret n° 22-2014 ; année 2016 Décret n° 14-2015 ; années 2017 et 2018 Décret n° 50-2016 ; années 2019 et 2020 Décret n° 25-2018 ; et rapport SICOIN n° R00804768.rpt	Rapports annuels du MDS 2016-2020	Ministère de la Santé publique et de la Population Rapports 2016-2020	Rapports budgétaires du ministère des Finances 2016-2018	Contrôleur du budget 2014-2020	Unité de financement de la santé du Liberia, rapports budgétaires 2015-2020 pour l'exercice 2021	ENSOMD 2012-2013 ; MICS 2018 ; EDS 2008-09
Rapports du département des finances du MDS 2016-2020	DLI 2016 vérifié ; DLI 2017 vérifié ; DLI 2018 vérifié	Rapports des unités budgétaires du ministère de la Santé 2016-2020	(Système intégré de comptabilité gouvernementale -SICOIN) 2015 ; (Système intégré de comptabilité gouvernementale -SICOIN) 2016 ; (Système intégré de comptabilité gouvernementale -SICOIN) 2017 ; (Système intégré de comptabilité gouvernementale -SICOIN) 2020 ; (Système intégré de comptabilité gouvernementale -SICOIN) 2019	Rapports annuels du MDS 2016-2020	Ministère de la Santé publique et de la Population Rapports 2016-2020	Audit rapporté pour la fonction de santé du gouvernement central, BPK (Badan Pemeriksa Keuangan - Le Conseil d'audit de la République d'Indonésie) 2016-2018	DLI 2016 vérifié ; DLI 2017 vérifié ; DLI 2018 vérifié	Unité de financement de la santé du Liberia, rapports budgétaires 2015-2020 pour l'exercice fiscal 2021	MICS 2018 ; ENSOMD 2012-2013 ; EDS 2008-09
	Évaluations trimestrielles du contrat unique effectuées par le MDS 2016-2018		(Système intégré de comptabilité publique - SICOIN) 2017 ; (Système intégré de comptabilité publique - SICOIN) 2020 ; (Système intégré de comptabilité publique - SICOIN) 2019 ; (Système intégré de comptabilité publique - SICOIN) 2018 ; (Système intégré de comptabilité publique - SICOIN) 2015 ; (Système intégré de comptabilité publique - SICOIN) 2016	Évaluations trimestrielles du contrat unique effectuées par le MDS 2018-2020	Rapports du ministère de la Santé 2017-2020	Rapports nationaux des CNS 2016-2018	Évaluations trimestrielles du contrat unique effectuées par le MDS 2016-2018	Évaluations trimestrielles du contrat unique effectuées par le MDS 2016-2018	MICS 2018 ; EDS 2008-09
OMS-GHED 2015-2018	OMS-GHED 2015-2018	OMS-GHED 2015-2018	OMS-GHED 2015-2018	OMS-GHED 2015-2018	OMS-GHED 2015-2018	OMS-GHED 2015-2018	OMS-GHED 2015-2018	OMS-GHED 2015-2018	Évaluation de la couverture vaccinale 2011 ; ENSOMD 2012-2013 ; EDS 2008-09
OMS-GHED 2015-2018	OMS-GHED 2015-2018	OMS-GHED 2015-2018	OMS-GHED 2015-2018	OMS-GHED 2015-2018	OMS-GHED 2015-2018	OMS-GHED 2015-2018	OMS-GHED 2015-2018	OMS-GHED 2015-2018	MICS 2018 ; ENSOMD 2012-2013 ; EDS 2008-09
OMS-GHED 2015-2018	OMS-GHED 2015-2018	OMS-GHED 2015-2018	OMS-GHED 2015-2018	OMS-GHED 2015-2018	OMS-GHED 2015-2018	OMS-GHED 2015-2018	OMS-GHED 2015-2018	OMS-GHED 2015-2018	MICS 2018 ; EDS 2008-09

Annexe B

Sources de données (suite)

INDICATEUR	Malawi	Mali	Mauritanie	Mozambique	Myanmar	Niger	Nigeria	Pakistan
INDICATEURS DE FINANCEMENT DE LA SANTÉ DU GFF								
Part du budget public consacré à la santé (%)	GoM FY 2016-2020	Les lois de finances de 2016, 2017, 2018, 2019 (comprend uniquement les allocations nationales)	MDS 2016 ; MDS 2018 ; MDS 2019 ; MDS 2020	e-SISTAFE : le système électronique de gestion financière du gouvernement, 2016-2019		Rapports sur l'exécution du budget général de l'État (ministère des Finances) 2016-2020	Loi sur les crédits fédéraux 2016-2021	DLI 2016 vérifié ; DLI 2017 vérifié ; DLI 2018 vérifié
Taux d'exécution du budget de la santé (%)	GoM FY 2016-2020	Rapports annuels de performance budgétaire 2016-2020	MDS 2016 ; MDS 2017 ; MDS 2018 ; MDS 2019 ; MDS 2020	e-SISTAFE : système de gestion financière électronique du gouvernement, 2016-2020		Rapports sur l'exécution du budget général de l'État (ministère des Finances) 2016-2020	DLI 2018 vérifié ; DLI 2019 vérifié	DLI 2016 vérifié ; DLI 2017 vérifié ; DLI 2018 vérifié
Part des dépenses de santé allant aux prestataires de première ligne (%)		RAP 2020 (définition : dépenses effectuées au niveau du district sanitaire CSREF) 2018-2020		e-SISTAFE : système de gestion financière électronique du gouvernement 2017 ; e-SISTAFE : système de gestion financière électronique du gouvernement 2018 ; e-SISTAFE : système de gestion financière électronique du gouvernement 2016 ; e-SISTAFE : système de gestion financière électronique du gouvernement 2019.		CNS 2018-2019 et Rapport sur la performance du programme (RPP) Revues annuelles du PDS 2016-2020	CNS 2017-2018	CRSD 2017 ; CRSD 2018 ; CRSD 2019 ; CRSD 2020
Dépenses publiques générales de santé (DGGHE), par habitant (USD)	Rapport sur les comptes nationaux de la santé du Malawi 2015-2016/2017-2018	OMS-GHED 2015-2018	OMS-GHED 2015-2018	OMS-GHED 2015-2018	OMS-GHED 2015-2018	OMS-GHED 2015-2018	OMS-GHED 2015-2018	OMS-GHED 2015-2018
Dépenses publiques générales de santé (DGGHE) en tant que part des dépenses publiques générales (%)	Rapport sur les comptes nationaux de la santé du Malawi 2015-2016/2017-2018	OMS-GHED 2015-2018	OMS-GHED 2015-2018	OMS-GHED 2015-2018	OMS-GHED 2015-2018	OMS-GHED 2015-2018	OMS-GHED 2015-2018	OMS-GHED 2015-2018
Paiements directs de santé, par habitant (USD)	OMS-GHED 2015-2018	OMS-GHED 2015-2018	OMS-GHED 2015-2018	OMS-GHED 2015-2018	OMS-GHED 2015-2018	OMS-GHED 2015-2018	OMS-GHED 2015-2018	OMS-GHED 2015-2018
INDICATEURS SPÉCIFIQUES À L'ÉDUCATION								
Taux net ajusté de scolarisation du premier cycle de l'enseignement secondaire, pour les deux sexes (%)				WDI 2010 ; WDI 2011 ; WDI 2012 ; WDI 2013 ; WDI 2014 ; WDI 2015				
Taux net ajusté de scolarisation du premier cycle de l'enseignement secondaire, filles (%)				WDI 2010 ; WDI 2011 ; WDI 2012 ; WDI 2013 ; WDI 2014 ; WDI 2015				
Taux d'achèvement du premier cycle de l'enseignement secondaire, pour les deux sexes (%)				WDI 2010 ; WDI 2011 ; WDI 2012 ; WDI 2013 ; WDI 2014 ; WDI 2015 ; WDI 2017				
Taux d'achèvement du premier cycle de l'enseignement secondaire, filles (%)				WDI 2010 ; WDI 2011 ; WDI 2012 ; WDI 2013 ; WDI 2014 ; WDI 2015 ; WDI 2017				

Rwanda	Sénégal	Sierra Leone	Somalie	Tadjikistan	Tanzanie	Ouganda	Vietnam	Zambie	Zimbabwe
Droit des Finances 2016-2020	Ministère des Finances 2016-2020	Budget 2020 du GoSL document 2019 ; Budget 2020 du GoSL document 2020	DLI 2018 vérifié ; DLI 2019 vérifié ; DLI 2020 vérifié	Ministère des Finances 2016-2019 ; ministère des Finances (budget COVID 2020) 2020	Compte national de santé (CNS) et Revues des dépenses publiques (PER) 2016-2020	MDS 2016 ; MDS 2017 ; MDS 2018 ; MDS 2019 ; MDS 2020		DLI 2017 vérifié ; DLI 2018 vérifié	MDSCC Comptes d'affectations 2016-2020
Système intégré d'information sur la gestion financière 2016-2020	Ministère des Finances 2016-2020	CRSD, « Budget adopté pour 2020 » pour le budget 2020		Ministère des Finances 2016-2020	Compte national de santé (CNS) et Revues des dépenses publiques (PER) 2016-2020	MDS 2016 ; MDS 2017 ; MDS 2018 ; MDS 2019 ; MDS 2020		Ministère des Finances, Rapports financiers annuels 2016-2018	MDSCC Comptes d'affectations 2016-2020
				Ministère des Finances 2016-2020		MDS 2016 ; MDS 2017 ; MDS 2018 ; MDS 2019 ; MDS 2020			Basé sur le programme Budgétisation 2018 ; Basé sur le programme Budgétisation 2019 ; Basé sur le programme Budgétisation 2020
OMS-GHED 2015-2018	OMS-GHED 2015-2018	OMS-GHED 2015-2018	OMS-GHED 2015-2018	Ministère des Finances 2015-2020	Compte national de santé (CNS) et Revues des dépenses publiques (PER) 2015-2018	OMS-GHED 2015-2018	OMS-GHED 2015-2018	OMS-GHED 2015-2018	OMS-GHED 2015-2018
OMS-GHED 2015-2018	OMS-GHED 2015-2018	OMS-GHED 2015-2018	OMS-GHED 2015-2018	Ministère des Finances 2015-2020	Compte national de santé (CNS) et Revues des dépenses publiques (PER) 2015-2018	OMS-GHED 2015-2018	OMS-GHED 2015-2018	OMS-GHED 2015-2018	OMS-GHED 2015-2018
OMS-GHED 2015-2018	OMS-GHED 2015-2018	OMS-GHED 2015-2018	OMS-GHED 2015-2018	OMS-GHED 2015-2018	Compte national de santé (CNS) et Revues des dépenses publiques (PER) 2015-2018	OMS-GHED 2015-2018	OMS-GHED 2015-2018	OMS-GHED 2015-2018	OMS-GHED 2015-2018



Remerciements

Le présent rapport a été rédigé par le Mécanisme de financement mondial, sous la direction de Juan Pablo Uribe, directeur du GFF et de Monique Vledder, cheffe du Secrétariat du GFF, en collaboration avec les trente-six pays partenaires du GFF et les représentants des organisations de la société civile. Le Secrétariat du GFF tient à remercier les contributeurs qui ont donné de leur temps, de leur expertise et de leur énergie, en particulier : Anna Astvatsatryan, Julie Bergeron, John Borrazzo, Jessica Rae Brown, Anna Gibson Conn, Nansia Constantinou, Marion Cros, Estelle Claire Ebbity-Doro, Leslie Elder, Michele Ferng, Karin Lane Gichuhi, Peter Hansen, Tawab Hashemi, Brendan Hayes, Samuel Johnson, Jakub Kakietek, Sneha Kanneganti, Alain Desire Karibwami, Tania Zuniga Lopez, Supriya Madhavan, Vineetha Menon, Alison Morgan, Charlotte Nielsen, Augustina Nikolova, Ayodeji Oluwole Odutolu, Munirat Iyabode Ayoka Ogunlayi, Bruno Rivalan, Jean De Dieu Rusatira, Genesis Samonte, Aissa Santos, Stephanie Saulsbury, Anita Sharma, Isidore Sieleunou, Sheryl Silverman, Ali Winoto Subandoro, Maletela Tuoane-Nkhasi, Lalitha Swathi Vadrevu, Ellen Van De Poel, Petra Vergeer, ainsi que les équipes pays de la Banque mondiale.

La rédaction et le soutien éditorial ont été assurés par Nicole Pope et Kara Watkins. La traduction française a été assurée par Calsidine Laure Banan et Éléonore Siboni.

Crédits photos : Couverture – Shutterstock ; pages 2, 10, 31, 38, 48, 77 – Dominic Chavez/Banque mondiale ; page 7 – Henitsoa Rafalia/Banque mondiale ; pages 8-9 – Vincent Tremeau/Banque mondiale ; page 14 – Achmad/Banque mondiale ; page 22 – Sarah Farhat/Banque mondiale ; page 24 – Anna Astvatsatryan/Mécanisme de financement mondial ; page 26 – Papa Youshoupha Seck/Banque mondiale ; page 29 – Alessandra Silver/Banque mondiale ; page 33 – John Rae/Mécanisme de financement mondial ; page 37 – Ed Wray/Banque mondiale ; page 40 – Michael Tsemaye/Banque mondiale ; page 44 – Rama George Alleyne/Banque mondiale ; page 61 – Stephan Gladieu/Banque mondiale ; page 71 – Jonathan Ernst/Banque mondiale ; page 73 – Maria-Fleischmann/Banque mondiale ; page 79 – Nugroho Nurdikiawan Sunjoyo/Banque mondiale ; page 81 – Dana Smillie/Banque mondiale ; page 91 – James Martone/Banque mondiale ; page 95 – Tom Cheatham/Banque mondiale ; page 99 – Arne Hoel/Banque mondiale ; page 103 – A'Melody Lee/Banque mondiale ; page 117 – Chau Doan/Banque mondiale ; page 134 – Erick Kaglan/Banque mondiale.



SOUTENU PAR LE

GROUPE DE LA BANQUE MONDIALE