

Le Mécanisme de financement mondial pour les Femmes, les Enfants et les Adolescents

RAPPORT ANNUEL 2018 – 2019





© 2019 Banque Internationale pour la reconstruction
et le développement/Mécanisme de financement mondial
1818 H Street NW, Washington DC 20433
Téléphone: 202-473-1000
Site Internet : www.globalfinancingfacility.org/fr

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

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

DROITS ET LICENCES

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

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

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

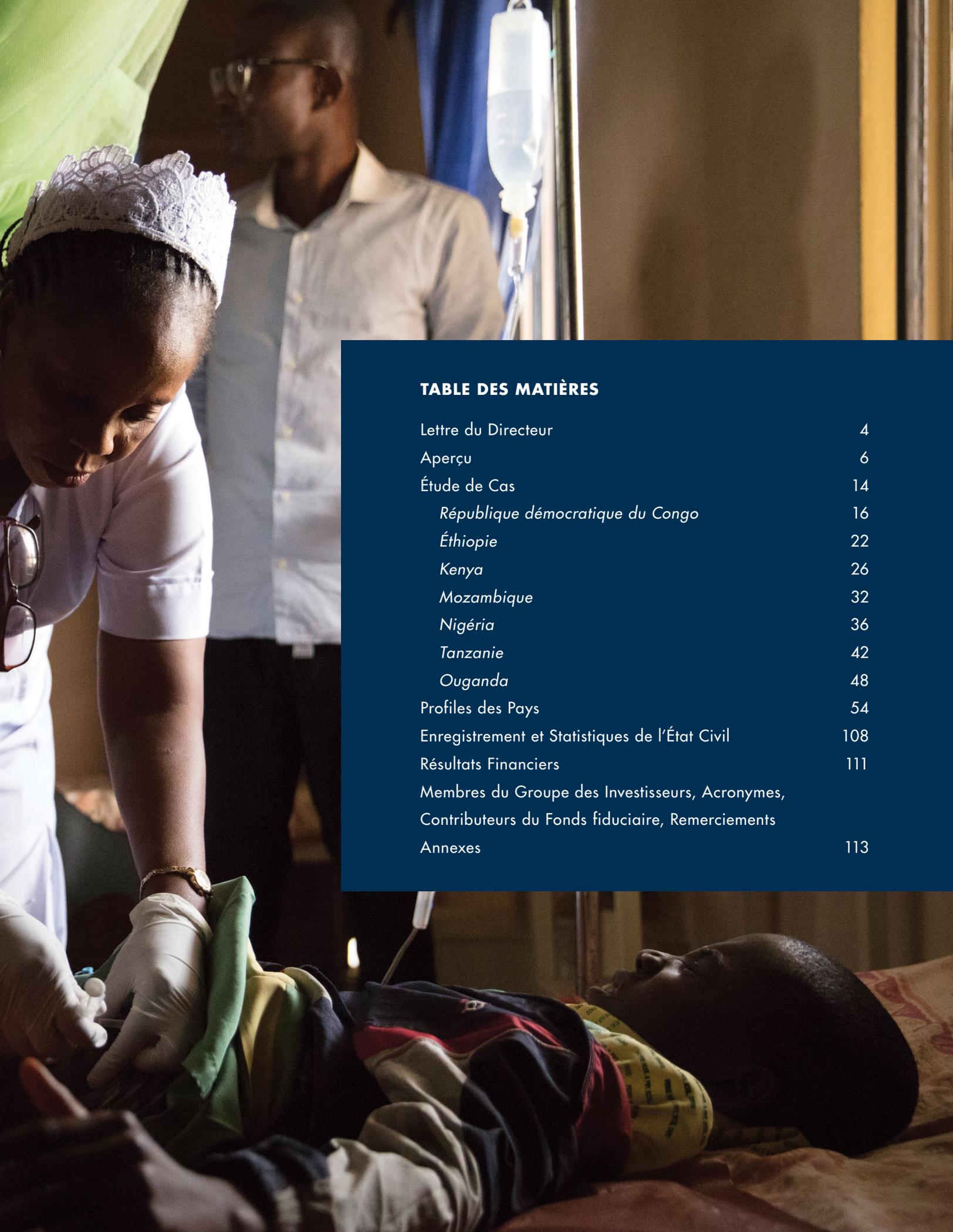


TABLE DES MATIÈRES

Lettre du Directeur	4
Aperçu	6
Étude de Cas	14
<i>République démocratique du Congo</i>	16
<i>Éthiopie</i>	22
<i>Kenya</i>	26
<i>Mozambique</i>	32
<i>Nigéria</i>	36
<i>Tanzanie</i>	42
<i>Ouganda</i>	48
Profils des Pays	54
Enregistrement et Statistiques de l'État Civil	108
Résultats Financiers	111
Membres du Groupe des Investisseurs, Acronymes, Contributeurs du Fonds fiduciaire, Remerciements	
Annexes	113



Muhammad Pate

Lettre du Directeur

Cette année a été une année charnière pour la santé mondiale. Au cours de diverses conférences internationales, les dirigeants et les défenseurs mondiaux ont réaffirmé leur engagement à mettre fin aux décès évitables de femmes, d'enfants et d'adolescents d'ici à 2030, à réaliser une couverture de santé universelle (CSU) en renforçant les soins de santé primaire, et à combler l'énorme déficit de financement qui existe au niveau mondial afin d'atteindre la santé et le bien-être pour tous.

Pour le Mécanisme de financement mondial pour les femmes, les enfants et les adolescents (GFF) qui vise à étendre la prestation de soins de santé abordables et de qualité aux personnes les plus vulnérables du monde, l'année écoulée a été marquée par deux étapes importantes. En novembre 2018, grâce au généreux soutien des gouvernements de l'Allemagne, du Burkina Faso, du Canada, de la Côte d'Ivoire, du Danemark, du Japon, de la Norvège, des Pays-Bas, du Qatar et du Royaume-Uni, ainsi que de la Fondation Bill et Melinda Gates, de la Commission européenne, de Laerdal Global Health et de la Fondation Susan T. Buffett, une promesse d'engagement a été annoncée pour un financement supplémentaire d'un milliard d'US\$ en faveur du Fonds fiduciaire à multiples bailleurs de fonds du GFF. Avec cette capacité accrue, le GFF a annoncé en avril 2019 avoir étendu sa couverture à neuf pays supplémentaires, portant ainsi le nombre total de pays appuyés par le GFF à 36.

Cette capacité à étendre l'impact du GFF est plus urgente que jamais. Les pays appuyés par le partenariat – parmi lesquels un tiers sont classés comme des États fragiles et touchés par un conflit – sont confrontés à des problèmes parmi les plus pressants au monde en matière de santé sexuelle et reproductive et obtiennent les résultats les plus médiocres en matière de santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent, et de nutrition. Les données les plus récentes de la Banque mondiale et de l'Organisation mondiale de la santé montrent que, sans changements significatifs en matière de financement de la santé dans ces pays, la CSU demeurera hors de portée pour des milliards de personnes, et cela même d'ici à 2030.

Relever ces défis requière d'abord un fort leadership national. Les pays partenaires du GFF partagent l'engagement de placer les femmes, les enfants et les adolescents au cœur de leurs efforts de réformes sanitaires, d'investir dans des systèmes de santé intelligents et durables et de veiller à ce que personne ne soit négligé. Ce rapport présente comment les pays appuyés par le GFF s'approprient leurs programmes de développement, de financement et de résultats et ouvrent la voie pour combler leurs déficits de financement de la santé.

Dans les quatre ans depuis sa création, le partenariat du GFF a commencé à transformer l'aide au développement en faveur de la santé en alignant les ressources externes sur le financement national et en reliant ces ressources à des interventions éprouvées capables d'améliorer la santé des femmes, des enfants et des adolescents. Cinq éléments essentiels du partenariat du GFF ont contribué à nos premiers résultats :



1. **Piloté par les pays** : Les partenaires du GFF – les gouvernements, les bailleurs de fonds, les partenaires techniques, la société civile et le secteur privé – se mobilisent pour appuyer les projets d'investissement pilotés par les gouvernements qui priorisent l'utilisation de ressources disponibles et de services de santé à fort impact et cela, au profit des communautés les plus pauvres et les plus vulnérables.
2. **Alignement** : En alignant le financement externe sur un plan piloté et approprié par les pays, l'approche du GFF permet à tous les partenaires de prendre des décisions pour des investissements plus rentables et plus efficaces pour la santé et la nutrition.
3. **Fondé sur des données probantes** : L'approche du GFF favorise une prise de décision plus intelligente ainsi que de meilleurs résultats de santé et cela, en utilisant des données rigoureuses et en reliant les paiements à la réalisation d'objectifs convenus pour améliorer l'accès et la qualité des services et accroître les décaissements de ressources nationales.
4. **Effet de levier** : En catalysant des mécanismes de financement innovants – comme les obligations à impact sur le développement et l'association des subventions du Fonds fiduciaire du GFF aux financements concessionnels de l'Association internationale pour le développement (IDA) de la Banque mondiale – le GFF multiplie les ressources disponibles pour la santé des femmes, des enfants et des adolescents et, permet ainsi aux pays de renforcer leurs systèmes de santé à l'échelle nationale.
5. **Des SSP à la CSU** : Par le biais de leurs plateformes nationales du GFF, les pays mettent leurs visions de la CSU en pratique et cela, en plaçant l'accent sur l'établissement de systèmes de soins de santé primaire (SSP) efficaces et intégrés qui fournissent les bases requises pour accélérer les progrès réalisés pour obtenir des soins de santé de qualité, abordables pour tous.

Bien que le partenariat du GFF soit encore très jeune, je suis convaincu que si nous demeurons concentrés sur ces cinq piliers, nous verrons des progrès continus en matière d'équité de santé et cela, dans l'optique d'atteindre notre objectif de donner à toutes les femmes, les enfants et les adolescents la possibilité de mener une vie saine et productive.

Je suis honoré de travailler avec nos nombreux partenaires à travers le monde qui partagent notre engagement envers cette mission, notamment les gouvernements, la société civile, les organisations internationales, les organisations philanthropiques et les entreprises. Ce rapport montre ce qui est possible lorsque tous ces partenaires se réunissent pour privilégier la qualité et des résultats durables, et donner ainsi aux pays et à leurs citoyens les moyens de diriger.

Muhammad Pate

Directeur, Mécanisme de financement mondial

« Cette capacité à étendre l'impact du GFF est plus urgente que jamais. »



Année importante, défis encore plus importants

Malgré les progrès importants récemment réalisés au niveau mondial en matière de résultats de santé et de développement, un accès équitable à des soins de santé abordables et de qualité reste encore inaccessible pour près de la moitié de la population mondiale. Payer les soins dont ils ont besoin cause des difficultés financières à plus de 935 millions de personnes et pousse chaque année près de 90 millions de personnes dans une pauvreté extrême. Si la tendance actuelle se maintient, jusqu'à 5 milliards de personnes ne pourront toujours pas accéder à des soins de santé essentiels d'ici à 2030 – le délai que les dirigeants du monde ont fixé pour atteindre une Couverture de santé universelle (CSU) et réaliser les Objectifs de développement durable (ODD). Ce sont les messages frappants du *Rapport mondial de Suivi 2019* qui appelle les pays à accroître leurs investissements dans les soins de santé primaire (SSP) afin de parvenir à la CSU.¹

Il s'agit tout simplement d'une question de vie ou de mort pour les femmes, les enfants et les adolescents qui sont les plus touchés par le manque continu d'accès à des soins de santé primaire abordables et de qualité. Environ 6,2 millions d'enfants et d'adolescents de moins de 15 ans sont décédés en 2019 et, plus de 290 000 femmes sont décédées des suites de complications au cours de la grossesse ou de l'accouchement en 2017. Les plus récentes estimations montrent que 2,8 millions de femmes enceintes et de nouveau-nés meurent chaque année, soit un décès toutes les 11 secondes, principalement de causes évitables.² Des centaines de millions de personnes supplémentaires sont confrontées au risque de ne pas avoir accès à la santé et à la nutrition dont elles ont besoin pour prospérer, en particulier dans les régions en proie à l'instabilité et aux conflits.

Pourtant, dans la plupart des pays à revenu faible et intermédiaire de la tranche inférieure, le financement de la santé est trop faible, trop inefficace et trop inéquitable pour relever ces défis. Alors que les dépenses consacrées aux soins de santé, de toutes sources confondues, ne dépassent pas en moyenne plus de 40 US\$ par habitant dans les pays à revenu faible et 135 US\$ par habitant dans les pays à revenu intermédiaire de la tranche inférieure, les dépenses s'élèvent à 455 US\$ par habitant dans les pays à revenu intermédiaire de la

tranche supérieure et à plus de 3 100 US\$ par habitant dans les pays à revenu élevé. La Banque mondiale estime que les pays à revenu faible et à revenu intermédiaire de la tranche inférieure auront besoin de 176 milliards d'US\$ supplémentaires d'ici à 2030 pour financer un ensemble essentiel de services de qualité pour tous.³

C'est là qu'intervient le partenariat du Mécanisme de financement mondial pour les femmes, les enfants et les adolescents (GFF) : aider les pays les plus pauvres à combler leurs déficits de financement de la santé et à améliorer la santé et la nutrition des femmes, des enfants et des adolescents. En 2019, à seulement dans sa quatrième année, le GFF a étendu son soutien à 36 pays, soit une multiplication par neuf des quatre pays que le GFF soutenait à sa création en 2015.⁴ Cette croissance a été stimulée par la forte demande exprimée pour l'approche du GFF qui, pilotée par les pays, aligne les ressources des partenaires internationaux et les relie aux plans et aux budgets de santé nationaux et cela, pour obtenir de meilleurs résultats.

La plus récente croissance du GFF a été rendue possible par les promesses d'engagement effectuées cette année en faveur d'un financement additionnel de plus d'un milliard d'US\$ pour le Fonds fiduciaire à multiples bailleurs de fonds du GFF. Cela a inclus l'appui généreux et continu des premiers champions du GFF, notamment la Fondation Bill & Melinda Gates, les gouvernements du Canada, de la Norvège et du Royaume-Uni, et de MSD for Mothers, ainsi que l'appui de 10 nouveaux bailleurs en 2018-2019.⁵ Avec ces deux étapes importantes, le GFF est en bonne voie de réaliser son objectif qui vise à appuyer les 50 pays qui affichent les taux de mortalité maternelle et infantile et les besoins de financement les plus importants au monde.

Bien que les résultats varient considérablement d'un pays à l'autre, l'approche du GFF pilotée par les pays et axée sur les partenariats porte déjà ses fruits pour la santé de millions de femmes, d'enfants et d'adolescents pauvres et vulnérables et cela, en :

- 1 Organisation mondiale de la santé, « Les soins de santé primaire sur la voie de la couverture de santé universelle », *Rapport mondial de Suivi* (Genève : 2019).
- 2 Groupe Inter institutions des Nations Unies pour l'Estimation de la Mortalité Infantile (UN IGME), *Niveaux et tendances de la mortalité infantile, tendances en matière de mortalité maternelle* (2019) ; et estimations 2019 de l'OMS, de l'UNICEF, de l'UNFPA, du Groupe de la Banque mondiale et de la Division de la Population des Nations Unies.
- 3 Groupe de la Banque mondiale, *Financement de la santé à haute performance pour une couverture de santé universelle : mener une croissance durable et inclusive au XXIe siècle* (Washington, DC : 2019).
- 4 En avril 2019, le GFF a étendu son appui à neuf nouveaux pays : le Tchad, le Ghana, la Mauritanie, le Niger, le Pakistan, la Somalie, le Tadjikistan, la Zambie et le Zimbabwe.
- 5 Les 10 nouveaux bailleurs qui ont rejoint le Fonds fiduciaire du GFF au cours du réapprovisionnement sont la Commission européenne, Laerdal Global Health et la Fondation Susan T. Buffett, ainsi que les gouvernements des pays suivants: Burkina Faso, Côte d'Ivoire, Danemark, Allemagne, Japon, les Pays-Bas et le Qatar.

Pays appuyés par le GFF

- Pays où le GFF opère actuellement
- Pays éligibles au GFF

+ **Accroissant l'utilisation et la mobilisation des ressources nationales :**

Selon les données les plus récentes disponibles, les dépenses de santé par habitant financées à partir de sources nationales ont augmenté dans 19 des 27 pays du GFF présenté dans ce rapport. L'impact de ces augmentations se traduit par davantage de ressources pour les communautés mal desservies de ces pays. Par exemple, au cours des deux dernières années au Kenya, les 47 comtés du pays ont satisfait au critère qui requière une augmentation des allocations budgétaires pour la santé et cela, avec certains comtés consacrant plus de 30 pour cent de leur budget à la santé (bien au-delà des 20 pour cent requis). Dix-neuf des 47 comtés kenyans ont augmenté d'au moins 5 pour cent leurs allocations budgétaires pour la santé.

+ **Améliorant les résultats de santé :**

Les données les plus récentes disponibles indiquent que la mortalité néonatale et celle des enfants de moins de cinq ans ont diminué dans 27 pays appuyés par le GFF, et que le taux de fécondité des adolescentes a diminué dans 26 pays. Ces résultats découlent d'une expansion de la prestation des soins de santé vitaux pour les femmes, les enfants et les adolescents. En Tanzanie, par exemple, les soins prénatals sont passés d'une moyenne de 35,8 pour cent de femmes enceintes en 2014 à 64,1

pour cent en 2018, avec près du tiers des régions tanzaniennes atteignant 70 pour cent ou plus de femmes. En parallèle à ces améliorations, la proportion régionale moyenne des naissances ayant eu lieu dans une formation sanitaire a également augmenté, passant de 67 pour cent en 2014 à 79,6 pour cent en 2018.⁶

+ **Catalysant des financements innovants :**

À ce jour, le GFF a contribué à la mobilisation de plus de 2 milliards d'US\$ de capitaux privés et cela, en déployant un éventail d'instruments de financement innovants. En partenariat avec le Trésor de la Banque mondiale, le GFF a appuyé une série d'Obligations

de développement durable axées sur la santé et la nutrition des femmes et des enfants. Avec les cofinancements du Fonds fiduciaire du GFF et les achats de prêts à taux concessionnels, ces obligations rendent les financements plus accessibles aux pays appuyés par le GFF. En 2019, le GFF a collaboré avec Grands Défis Canada, la Banque mondiale et d'autres partenaires pour lancer une Obligation à impact sur le développement innovante axée sur la santé des nouveau-nés au Cameroun et visant à sauver les vies d'au moins 2 200 nourrissons chaque année en étendant l'utilisation de la Technique de la mère kangourou.

Partenariat du GFF-Trésor de la Banque mondiale : Obligations de développement durable (SDB) pour la santé et la nutrition des femmes, des enfants et des adolescents



Prêts à taux concessionnels et cofinancements



↑ --- Les pays du GFF ---
remboursent leurs prêts, moins la portion relative à la subvention du GFF



Les Pays du GFF montrent ce qui est possible

Ce rapport annuel présente les profils de 27 des 36 pays (actuellement) appuyés par le GFF, et fournit des études de cas approfondies sur sept pays. Ci-dessous, quelques points saillants du partenariat du GFF en action.

Faire progresser l'équité en matière de santé au Cameroun à travers un financement basé sur la performance

Malgré son statut de pays à revenu intermédiaire de la tranche inférieure, le **Cameroun** demeure confronté à de mauvais résultats de santé et à des inégalités généralisées. Le dossier d'investissement du pays vise à améliorer l'efficacité de l'allocation des ressources et cela, en réorientant davantage les dépenses publiques de santé vers les soins primaires et secondaires, plutôt que vers les soins tertiaires, et en concentrant les ressources dans les quatre régions les moins bien desservies du pays. Avec l'appui des partenaires du GFF, le gouvernement s'attache à augmenter la part du budget national consacrée à la santé allouée aux soins de santé primaire et secondaire et

cela, de 8 pour cent en 2017 à près de 20 pour cent d'ici à la fin de l'année 2020. En utilisant une approche basée sur la performance et des bons d'échange pour la santé, ces ressources supplémentaires participent à améliorer la qualité des formations sanitaires de première ligne, à stimuler la demande pour les services de santé et à rendre les soins plus abordables pour les familles les plus pauvres.

Plaider en faveur de la mobilisation de ressources nationales en Côte d'Ivoire

L'un des principaux objectifs du GFF est de faire en sorte que la croissance économique d'un pays s'accompagne d'investissements nationaux qui ciblent les besoins de santé des groupes de population les plus vulnérables. Développé selon l'approche

du GFF, le dossier d'investissement de la **Côte d'Ivoire** prévoit une augmentation annuelle d'au moins 15 pour cent du budget public consacré à la santé – un engagement pris au cours de l'événement pour le réapprovisionnement du GFF tenu à Oslo en novembre 2018. Toutes les parties prenantes – le gouvernement, le secteur privé, la société civile et les autres partenaires de développement – se sont engagées à conjointement soutenir un ambitieux programme de réformes visant à améliorer l'équité et l'efficacité des dépenses. Sous la direction du Premier ministre et du ministre de la Santé, et avec l'appui du GFF, la Côte d'Ivoire a créé la Plateforme nationale de Financement de la Santé. Ayant tenu sa première réunion en juillet 2019, cette plateforme multisectorielle vise à assurer la mise en œuvre effective de ces engagements et à mieux aligner les ressources externes sur le programme et le budget du gouvernement.

Étendre la prestation d'un ensemble de services de santé de base pour accélérer la CSU au Nigéria

Au **Nigéria**, le gouvernement a éprouvé des difficultés à traduire la croissance économique en des recettes publiques supplémentaires. Les dépenses publiques de santé demeurent parmi les plus faibles au monde et cela, malgré le fait que le Fonds pour la prestation de soins de santé de base (BHCPF) ait été mandaté par la Loi Nationale sur la Santé de 2014 pour assurer l'accès à un paquet minimum de services de santé à tous les nigériens. Afin de forger une volonté politique et participer à dégager les financements supplémentaires requis, le Fonds fiduciaire du GFF et la Fondation Bill et Melinda Gates ont fourni un financement de démarrage pour amorcer la mise en œuvre du BHCPF et améliorer la couverture dans trois états. Le Fonds fiduciaire du GFF a également financé une évaluation d'impact dans ces trois états. La confiance créée par l'investissement initial du GFF, couplée à l'assistance technique fournie par les partenaires de développement, a contribué à convaincre les responsables nigériens

d'augmenter le budget alloué au BHCPF. Cela a également montré comment une expansion progressive du paquet de services de base est à portée de main, à mesure que l'économie se redresse et que les réformes visant à accroître et à diversifier les recettes fiscales sont mises en œuvre.

Orienter les choix vers des investissements rentables en République démocratique du Congo (RDC)

Au fur et à mesure que les pays aux ressources limitées se dirigent vers la CSU, le dossier d'investissement aide les décideurs à naviguer des choix difficiles, notamment en ce qui concerne les services à étendre et les groupes à cibler en premier. En **RDC**, les décideurs ont réalisé que le Plan national de développement sanitaire (PNDS) 2016-2020 était trop ambitieux pour être mis en œuvre avec les ressources actuelles du pays. Ils ont utilisé le dossier d'investissement pour prioriser les interventions du PNDS en se concentrant d'abord sur la prestation d'un ensemble limité de services de santé reproductive, maternelle, néonatale, infantile et de l'adolescent et de

nutrition, ainsi que sur le traitement du VIH, de la tuberculose et du paludisme. Le dossier d'investissement a ensuite été utilisé pour actualiser le PNDS 2019-2022. Pour veiller au financement adéquat de ces priorités de santé – non seulement par les partenaires de développement, mais également par les ressources du gouvernement – le GFF fournit actuellement une assistance technique pour relier le dossier d'investissement au cycle de planification et de budgétisation du gouvernement.

Améliorer l'exécution du budget consacré à la santé au Myanmar

Accélérer les progrès réalisés en vue d'une CSU requière un accroissement des ressources publiques, mises en commun pour le secteur de la santé. Dans le cadre de l'appui qu'il fournit pour accroître la mobilisation des ressources nationales, le GFF aide les pays à mieux utiliser les ressources existantes et à privilégier la santé au sein du budget national. Comme les ministres des Finances sont typiquement confrontés aux demandes concurrentes de divers secteurs, même dans les conditions macroéconomiques les plus favorables, le GFF fournit aux équipes nationales de santé les éléments de preuves dont elles ont besoin pour formuler des demandes budgétaires persuasives. Améliorer le taux d'exécution du budget existant de la santé constitue un prérequis important pour toute augmentation. Au **Myanmar**, bien que la forte croissance économique ait mis davantage de ressources à la disposition du système de santé, seulement 64 pour cent du budget de la santé avait été exécuté en 2017-2018 et cela, en raison d'une gestion financière publique défaillante. Le GFF appuie le ministère de la Santé avec des stratégies et des outils pour renforcer son efficacité budgétaire et l'aider à débloquer des ressources supplémentaires pour la santé.

Accroître l'accès aux soins de santé primaire dans les communautés mal desservies

Le dossier d'investissement du **Mozambique** a été élaboré au moyen d'un processus consultatif, auquel ont participé des adolescentes appartenant à des communautés mal desservies. En réponse, le GFF et ses partenaires appuient le Programme gouvernemental de renforcement des soins de santé primaire – un effort de transformation visant à obtenir des résultats prédéfinis pour améliorer la couverture et la qualité des services de santé et de nutrition pour les femmes, les

Engagement de la société civile et de la jeunesse

Les organisations de la société civile (OSC) sont essentielles au modèle de partenariat du GFF. Elles jouent un rôle important en élevant la voix des populations touchées et en plaidant pour des ressources et des politiques, pour le suivi et la redevabilité, pour la recherche et l'assistance technique, et pour la prestation de services. Au niveau mondial, les organisations de la société civile sont représentées dans la structure de gouvernance du GFF – le Groupe des Investisseurs du GFF – par deux membres principaux et deux membres suppléants, incluant un représentant des jeunes. Les représentants des OSC œuvrant au sein du Groupe des Investisseurs sont sélectionnés pour un mandat de deux ans dans le cadre d'un processus géré par le Partenariat pour la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant (PSMNE), un groupe d'organisations non gouvernementales comptant plus de 600 membres répartis dans toutes les zones géographiques.

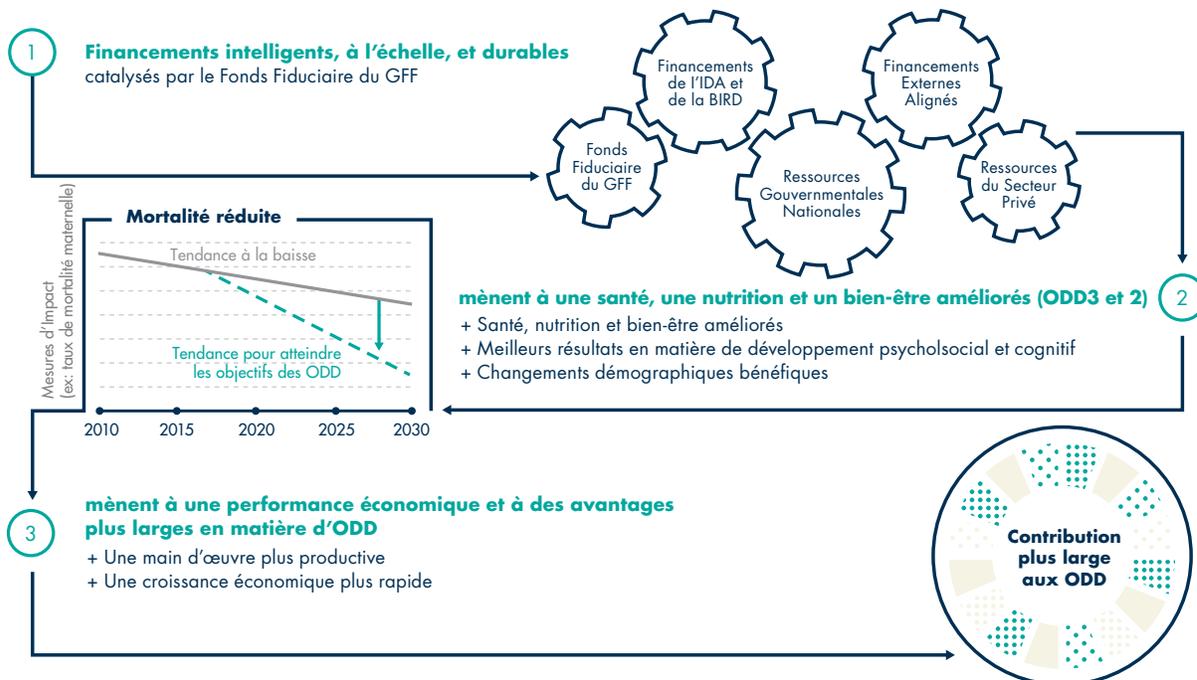
Au niveau des pays, les OSC représentent un partenaire important dans l'élaboration des dossiers d'investissement et dans la prestation de services et assure la redevabilité des gouvernements vis-à-vis de la mise en œuvre des plans et des budgets nationaux. Le Comité du Fonds fiduciaire du GFF a décidé de soutenir les activités de la société civile et de renforcer leurs capacités au niveau national. En 2019, une équipe composée de Management Sciences for Health, du GFF et du PSMNE a annoncé les bénéficiaires du premier financement du Mécanisme de micro-financements destiné à soutenir l'Engagement, l'alignement et l'action coordonnée de la société civile en faveur d'une amélioration de la santé des femmes, des enfants et des adolescents. Des coalitions de la société civile du Burkina Faso, du Cambodge, du Cameroun, du Kenya, du Malawi, du Mozambique, du Nigéria, de l'Ouganda et du Rwanda utilisent ces subventions pour renforcer l'engagement de la société civile au sein de leurs plateformes nationales à multiples parties prenantes axées sur la planification, ainsi que pour améliorer la coordination des activités de plaidoyer et de redevabilité.

Comment le GFF fonctionne

Le GFF appuie les plateformes à multiples parties prenantes pilotées par le gouvernement pour élaborer et mettre en œuvre un plan national de santé priorisé (un dossier d'investissement), qui vise à améliorer les résultats de santé pour les femmes, les enfants et les adolescents, à renforcer les systèmes de santé et, au fil du temps, à augmenter le financement national pour la santé et la nutrition. Bien que le partenariat du GFF fournisse un soutien adapté qui permet à chaque pays de suivre son propre parcours pour fournir des soins abordables et de qualité à tous, tous les pays appuyés par le GFF partagent un ensemble d'éléments communs :

1. **Dossier D'investissement :** Les pays du GFF identifient un mécanisme de coordination existant pour réunir les partenaires ou, si le mécanisme est inadapté ou manquant, ils en créent un nouveau ou un meilleur. Pilotés par le gouvernement avec le soutien de l'équipe du GFF, les partenaires se réunissent dans le cadre de cette plateforme nationale pour élaborer un plan national priorisé visant à mettre fin aux décès évitables de femmes, d'enfants et d'adolescents – connu sous le nom de « **dossier investissement** ». Le dossier d'investissement aide les pays à privilégier les interventions, produits et services les plus rentables pour leur permettre d'étendre la couverture, de résoudre les goulets d'étranglement du système et de faire progresser l'équité en matière de santé et cela, aussi rapidement et efficacement que possible. Le dossier d'investissement fournit également au gouvernement et à tous les pays partenaires une compréhension commune et claire des sources de financements nationales et internationales disponibles ainsi que des déficits de financement.
2. **Financements Additionnels et Améliorés :** Les pays appuyés par le GFF s'engagent à mobiliser des ressources nationales supplémentaires pour la santé et la nutrition, et les partenaires conviennent d'aligner leur soutien sur le dossier d'investissement. Cela comprend les subventions du Fonds fiduciaire du GFF qui sont directement reliés aux financements de la Banque mondiale à travers l'Association internationale pour le développement (IDA) ou la Banque internationale pour la reconstruction et le développement (BIRD), représentant actuellement un ratio de 1:7. Le GFF appuie également l'alignement des bailleurs de fonds bilatéraux et des autres bailleurs de fonds multilatéraux – tels que le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme et Gavi, l'Alliance pour le vaccin— autour des priorités nationales et des services à fort impact. Il rassemble également des capitaux du secteur privé par le biais de mécanismes de financement innovants.
3. **Cadre de Résultats :** En établissant le dossier d'investissement, les pays du GFF adoptent un ensemble d'indicateurs qui permettent de suivre les lacunes et les réalisations des réformes du financement de la santé, du renforcement des systèmes de santé et de l'amélioration des résultats de santé reproductive, de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent. Au cours de la mise en œuvre, les pays utilisent ces données pour renseigner les décisions liées aux programmes et aux allocations financières, ainsi que pour prendre des mesures correctives, le cas échéant. Le dossier d'investissement est régulièrement mis à jour pour refléter l'évolution de la charge de morbidité, les modifications fiscales, ou d'autres développements soulignés par les données.

Le GFF : Éclairer dans une nouvelle ère de financement pour le développement



enfants et les adolescents. Au cours de la première année de mise en œuvre, les évaluations préliminaires montrent que le gouvernement du Mozambique a dépassé la plupart de ses objectifs.⁷ Parmi ces objectifs figurent l'accroissement du nombre, du champ d'action et de la capacité des agents de santé communautaire, ainsi que l'augmentation de la part des agents de santé techniques affectés au réseau des SSP. Le gouvernement a également augmenté le ratio des dépenses de santé par rapport aux dépenses nationales totales. Ces changements systémiques sauvent des vies : par exemple, dans 42 districts accusant un retard, le pourcentage des accouchements en milieu institutionnel est passé de 66 pour cent en 2017 à 80 pour cent en décembre 2018.

Initiatives mondiales, opportunités nationales

Plusieurs événements mondiaux survenus en 2018-2019 fournissent une base solide au partenariat du GFF pour accroître son impact au cours des prochaines années. Le premier est le lancement du Projet de Capital Humain de la Banque mondiale qui appuie les pays afin d'accélérer et d'augmenter les investissements de meilleure qualité dans le capital humain et d'accroître l'équité et la croissance économique. Grâce aux subventions du Fonds fiduciaire du GFF, directement reliées au financement de la Banque mondiale, les pays du GFF peuvent bénéficier d'un soutien accru en faveur de la santé et de la nutrition. Le GFF et le Projet de Capital Humain se renforcent mutuellement et les pays se situant au bas de l'Indice du Capital Humain bénéficient le plus de l'appui du GFF. Nombre de ces pays sont touchés par des crises humanitaires et des conflits et affichent les taux les plus élevés au monde en matière de retard de croissance et d'émaciation ainsi qu'en matière de fertilité et de grossesse parmi les adolescentes.

Le second développement est l'adoption de la Déclaration Politique sur la CSU à l'occasion de l'Assemblée générale des Nations Unies tenue en septembre 2019. Cette déclaration engage les États membres des Nations Unies à prendre des mesures pour accélérer les progrès réalisés pour atteindre les objectifs 3.8.1 et 3.8.2 des ODD⁸ - assurer que tout le monde ait accès à un ensemble de services de santé essentiels et fournir une protection contre les paiements directs de santé qui causent des difficultés financières. La déclaration stipule que la priorisation et l'expansion d'investissements dans les soins de santé primaire représentent les pierres angulaires d'un système de santé durable et les fondements requis pour réaliser la CSU. Elle insiste également sur l'égalité des genres et sur le principe de ne négliger personne. Cet engagement de haut niveau et les attentes en matière de redevabilité aux niveaux mondial et national renforceront encore le cadre propice pour l'appui fourni par le GFF pour accélérer la mise à l'échelle des SSP pour une CSU dans les pays.

En septembre 2019, le GFF a rejoint 11 autres agences multilatérales pour signer le Plan d'Action Mondial pour une Vie Saine et le Bien-être de Tous.⁹ Avec un peu plus de 10 ans pour atteindre les ODD, il est impératif que la communauté internationale de la santé et du développement collabore mieux et modifie sa façon de travailler avec les pays partenaires et cela, afin de laisser les pays diriger et mobiliser davantage de ressources nationales pour la santé. Le Plan d'action mondial vise à renforcer la collaboration internationale au niveau national au moyen de 7 « accélérateurs », tels que le financement de la santé, les soins de santé primaire, l'engagement de la société civile et les systèmes de données et leur utilisation. Le GFF s'est associé à Gavi, au Fonds mondial, à l'OMS et à la Banque mondiale dans le cadre de l'accélérateur du Plan d'action

mondial axé sur le financement de la santé, qui promeut un plaidoyer conjoint, un soutien technique conjoint (comme l'analyse de l'espace budgétaire), le déploiement accru de mécanismes de financement conjoints et un consensus accru sur ce qui fonctionne et ce qui ne fonctionne pas en matière de politiques nationales de financement visant à faire progresser la CSU. En alignant l'appui des partenaires sur les dossiers d'investissement nationaux, l'approche collaborative et pilotée par les pays du GFF incarne le Plan d'action mondial, et le GFF ouvrira la voie pour la réussite du plan.

Accélérer la progression vers une CSU

Armé de plus de ressources et de partenaires en 2019, le GFF intensifiera l'appui catalytique qu'il apporte aux pays à revenu faible ou intermédiaire de la tranche inférieure sur la voie qui mène à la CSU. Le GFF aide les pays à privilégier les moyens les plus intelligents, les plus efficaces et les plus rentables de dispenser des soins de santé aux femmes, aux enfants et aux adolescents des communautés mal desservies et à mobiliser davantage de financements nationaux pour leur permettre d'étendre la prestation d'un ensemble complet de services de santé essentiels, abordables et de qualité, à tous leurs citoyens. En reliant le financement aux résultats et en alignant le soutien des partenaires internationaux sur les plans des pays, le GFF constitue un mécanisme puissant capable d'éliminer les goulots d'étranglement et d'appuyer les pays dans la mise en œuvre des réformes du financement de la santé requises pour atteindre la CSU.

⁷ Ces résultats ont été rapportés par le gouvernement mais n'ont pas encore été vérifiés de manière indépendante.

⁸ L'objectif 3.8.1 concerne la couverture des services de santé essentiels (définie comme la couverture moyenne des services essentiels basée sur des interventions dites « traceurs » comprenant la santé reproductive, maternelle, néonatale, et infantile, les maladies infectieuses, les maladies non transmissibles ainsi que la capacité des services et l'accès aux services pour la population générale et les populations les plus défavorisées); l'objectif 3.8.2 concerne la proportion de la population ayant des dépenses de santé élevées exprimée en tant que part des dépenses ou du revenu total du ménage.

⁹ Pour plus d'informations sur le plan d'action global, visitez le site : <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/327846/9789242516432-fre.pdf?sequence=1&isAllowed=y>



Temoignages du GFF : Investir dans le Pouvoir des Femmes et des Filles

Le Mécanisme de financement mondial (GFF) est un partenariat formé par diverses parties prenantes pour aider les gouvernements de pays à faible revenu à répondre aux problèmes de santé et de nutrition les plus graves qui affectent leurs populations. Le GFF aide les autorités nationales à réunir les partenaires autour de plans pilotés par les pays qui privilégient des services de santé à fort impact, mais sous-financés, tels que les soins de santé primaire, la nutrition ainsi que la santé et les droits sexuels et reproductifs.

Chaque année, dans 50 pays du monde, plus de 5 millions de mères et d'enfants meurent de maladies évitables, et les économies de ces pays perdent des milliards de dollars en raison d'une santé et d'une nutrition médiocres. Ces deux problèmes découlent en grande partie des déficits de financement importants qui existent dans les domaines de la santé et de la nutrition.

Le partenariat du GFF appuie chaque pays en :

1. Élaborant un dossier d'investissement et un plan de mise en œuvre pour prioriser la santé reproductive, de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent, la nutrition et un système de soins de santé primaire solide ;
2. Renforçant une plateforme pilotée par les pays qui aligne toutes les parties prenantes principales sur ce dossier et ce plan d'investissement ; et
3. Mobilisant et en coordonnant les ressources financières requises pour accélérer les progrès réalisés en faveur des populations les plus vulnérables, souvent situées dans les régions les plus difficiles à atteindre.

Le Fonds fiduciaire du GFF agit en tant que catalyseur de financement, et permet aux pays d'utiliser les modestes subventions du Fonds fiduciaire du GFF pour significativement augmenter leurs ressources nationales et cela, parallèlement aux financements de la Banque mondiale, aux financements externes alignés et aux ressources du secteur privé.

Le travail du partenariat du GFF touche les vies de femmes et des filles et cela, dans certains des pays et certaines des régions les plus pauvres du monde. Les photos de cette exposition racontent quelques-unes de leurs histoires, ainsi que celles des personnes qui travaillent pour marquer une différence.

Damaris et sa fille Joyce vivent à Wamba, au Nigéria. Dans le cadre de ses efforts pour réaliser une Couverture de Santé Universelle, le gouvernement du Nigéria appuie les investissements dans des services gratuits de planification familiale pour les femmes et les filles des communautés pauvres. L'accès gratuit aux méthodes modernes de planification familiale a permis à Damaris de retourner à l'école et de se concentrer sur ses études pour devenir agent de santé et cela, avant d'avoir son deuxième enfant.



Photo: Dominic Chavez



Photo: Dominic Chavez

John-Pierre Binene est directeur d'école primaire et agent de santé communautaire à Kenge, en République démocratique du Congo. Binene passe ses soirées à rendre visite aux membres de sa communauté pour leur expliquer les techniques de lavage des mains et de prévention du paludisme qui pourraient leur sauver la vie. Le programme communautaire de financement basé sur la performance est mis en œuvre par le ministère de la Santé publique et vise à renforcer les relations entre les communautés et les formations sanitaires et cela, en stimulant davantage la demande.

À Zitenga, au Burkina Faso, Bibata a emmené ses enfants dans un centre de santé communautaire pour recevoir des médicaments contre le paludisme. Dans ce centre de santé, les agents de santé examinent également les enfants de Bibata à la recherche de signes de malnutrition. Au Burkina Faso, le paludisme est la principale cause de décès parmi les enfants de moins de cinq ans et près de 20 pour cent des enfants accusent un retard de croissance dans le pays. Pour répondre à ces problèmes de santé, ainsi qu'à d'autres, le gouvernement s'est engagé à augmenter la part du budget consacrée à la santé de 11 à 15 pour cent et a déployé plus de 17 000 agents de santé communautaire à l'échelle nationale.



Photo: Dominic Chavez



Photo: Dominic Chavez

L'allaitement maternel exclusif et la Technique de la Mère Kangourou (KMC), qui consiste à tenir le bébé peau contre peau sur la poitrine de la mère ou de toute autre personne prenant soin du bébé, représentent des investissements à fort impact qui sauvent des vies. En 2019, le GFF, Grands Défis Canada, la Fondation Kangourou Cameroun, Social Finance, MaRS Centre for Impact Investing, Nutrition International et la Banque mondiale ont lancé au Cameroun une obligation à impact sur le développement afin d'étendre la KMC dans le pays et aider les nouveau-nés à survivre et à s'épanouir. Cette obligation à impact sur le développement est la première dans son genre.

« Nous pouvons montrer au monde entier que nous, les femmes, avons de la valeur, que nous pouvons dire non à la grossesse, non à l'augmentation de la pauvreté », a déclaré Valéria (à droite). Au Mozambique, plus de la moitié de la population a moins de 15 ans. Avec l'appui du GFF, le Gouvernement du Mozambique étend à l'échelle nationale un programme de santé scolaire visant à améliorer la santé et les droits sexuels et reproductifs des adolescentes.



Photo: Evolving Communications



Photo: Scott Wallace / Banque mondiale

Au Bangladesh, environ la moitié des filles sont mariées avant l'âge de 18 ans et un tiers des filles accouchent à l'adolescence, ce qui accroît le risque de complications avant et après l'accouchement, y compris la mortalité néonatale. Les investissements du GFF au Bangladesh comprennent des activités qui visent à assurer la continuité scolaire des filles et, en définitive, à retarder le mariage et l'accouchement. Parmi ces investissements figurent l'intégration de la santé et de l'hygiène dans les programmes scolaires, ainsi que la construction de toilettes séparées pour les filles.

"Il est important d'être enregistré pour aller à l'école, pour travailler et pour voyager", explique Ayodele, 35 ans. Au Centre de Soins de Santé Généraux d'Arakale au Nigéria, Ayodele obtiendra un acte de naissance pour sa fille, Ayodele Happiness, âgée d'un mois. Le Nigéria dispose de centres fonctionnels d'enregistrement, mais la couverture des programmes d'enregistrement et de statistiques de l'état civil (CRVS) reste très faible en raison du nombre insuffisant de centres d'enregistrement. Le GFF appuie le renforcement des systèmes de CRVS en veillant à ce qu'ils soient inclus dans les dossiers d'investissement et en aidant à identifier les lacunes et les interventions clés requises pour renforcer les CRVS.



Photo: Arina Astvatsatryan

A young woman with dark hair, wearing a bright pink zip-up jacket over a light blue collared shirt and a long, flowing green skirt, stands smiling under the shade of a large tree with thick, rounded green leaves. She is wearing a watch on her left wrist and dark sandals. The background shows a simple, light-colored building with a dark doorway and window, set against a clear blue sky. The ground is sandy and covered with shadows from the tree.

Études de cas et profiles des pays

Ce rapport fournit les informations, les données et les résultats les plus récents et les plus disponibles au milieu de l'année 2019 sur les 27 pays ayant bénéficié de l'appui du partenariat du GFF. Les profils résumant l'état de santé des femmes, des enfants et des adolescents et le statut du processus appuyé par le GFF dans chaque pays. Le prochain rapport annuel du GFF (2020) inclura également les profils des 9 pays supplémentaires ayant rejoint le partenariat en 2019.

Les pages suivantes contiennent également des études de cas approfondies portant sur sept pays du GFF qui affichent des résultats prometteurs pour une santé améliorée des femmes, des enfants et des adolescents et le financement durable des systèmes de santé. Il est important de noter que les résultats présentés ici ne sont pas imputables à une source de financement unique. Ils soulignent néanmoins le pouvoir de l'approche du GFF : accroître la mobilisation des ressources nationales, aligner et mobiliser le soutien d'une multitude de partenaires et de sources de financement autour de plans nationaux, et relier le financement aux résultats dans le but d'améliorer les résultats pour la santé et cela, à grande échelle.

Étant donné que le dossier d'investissement de chaque pays est unique, les sources de données et les indicateurs utilisés pour évaluer les progrès et les goulots d'étranglement diffèrent également d'un pays à l'autre. La collecte et la communication de données fiables restent un défi dans de nombreux pays appuyés par le GFF. Le GFF contribue donc également au renforcement des capacités des pays dans ces domaines.



Indicateurs de base du financement de la santé

- + Dépenses de santé par habitant financées à partir de sources nationales
- + Rapport des dépenses de santé publiques par rapport aux dépenses publiques totales
- + Pourcentage des dépenses de santé actuelles consacrées aux soins de santé primaire
- + Incidence des catastrophes financières dues aux paiements directs des ménages



Indicateurs d'impact de base du GFF

- + Taux de mortalité maternelle
- + Taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans
- + Taux de mortalité néonatale
- + Taux de natalité parmi les adolescentes
- + Espacement des naissances (proportion des enfants les plus récents âgés de 0 à 23 mois qui sont nés moins de 24 mois après la naissance précédente)
- + Prévalence du retard de croissance parmi les enfants de moins de 5 ans
- + Prévalence de l'émaciation modérée à sévère parmi les enfants de moins de 5 ans
- + Proportion d'enfants en bonne voie de développement (à inclure lorsque la définition de cet indicateur aura obtenu un consensus mondial)

République démocratique du Congo

La République démocratique du Congo (RDC) dispose de vastes ressources naturelles, mais elle figure également parmi les pays les plus pauvres du monde, ce qui limite considérablement sa capacité à améliorer ses systèmes de santé. Pendant des années, le pays a enduré un conflit armé, une instabilité politique et des épidémies de maladies hémorragiques – la plus récente étant l'épidémie du virus Ébola qui représente la deuxième épidémie la plus grave jamais enregistrée dans le monde.



Encadré 1: Tendances des principaux indicateurs de SRMNEA-N (2007-2013/14)

- + **Taux de mortalité maternelle** : est passé de 549 à 846 décès pour 100 000 naissances vivantes
- + **Taux de mortalité des moins de cinq ans** : a baissé de 148 à 140 décès pour 1 000 naissances vivantes
- + **Taux de mortalité néonatale** : a baissé de 42 à 28 décès pour 1 000 naissances vivantes
- + **Prévalence du retard de croissance parmi les enfants de moins de cinq ans** : a baissé de 45,5 à 42,7 pour cent (percent to 42.7 percent)
- + **Prévalence de l'insuffisance pondérale parmi les enfants de moins de cinq ans** : a baissé de 10 à 7,9 pour cent

Au cours des dernières décennies, les défis extrêmes et chroniques auxquels la RDC a été confrontée ont rendu difficile l'augmentation des dépenses nationales consacrées à la santé. C'est pourquoi le gouvernement de la RDC, en partenariat avec le GFF et les parties prenantes principales, privilégie le développement de mécanismes de financement capables d'appuyer une expansion du paquet d'activités de santé reproductive, de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent et de nutrition (SRMNEA-N), tel que décrit dans le cadre d'investissement national ainsi que dans le Plan national de développement sanitaire (2019-2022). Renforcer le système de santé à travers une répartition améliorée et une utilisation plus efficace des financements a déjà permis de réduire les coûts de santé pour les patients et d'améliorer la qualité et l'utilisation des services. À mesure que ces améliorations s'étendent, il faudra veiller à stimuler la demande et favoriser l'accès aux services et cela, tout en continuant à privilégier et à maintenir une qualité améliorée.

Priorités nationales : Plan national de développement sanitaire

En 2018, le ministère de la Santé a revu le Plan national de développement sanitaire (PNDS) 2016-2020. Le document qui en résulte, le PNDS 2019-2022, constitue le cadre d'investissement de la RDC et comprend un ensemble unique et convenu de

priorités chiffrées.¹ Le cadre d'investissement national se concentre principalement sur la prestation d'un ensemble de services de santé primaire. Il souligne également l'importance d'apporter des améliorations dans les domaines de la santé reproductive, de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent et de la nutrition (SRMNEA-N) et cela, en utilisant des mécanismes de financement innovants, notamment les achats stratégiques, les financements directs pour les centres de santé et la mise en commun des financements dans le cadre du contrat unique. En collaboration avec d'autres partenaires techniques et financiers importants, le partenariat du GFF a appuyé la mise en œuvre du PNDS en utilisant ces mécanismes de financement et en fournissant une assistance technique pour renforcer le dialogue politique axé sur la mobilisation des ressources nationales et le financement de la santé et cela, entre autres, en fonction d'une cartographie détaillée des ressources et d'une budgétisation basée sur les activités.

Appuyer le PNDS en utilisant des mécanismes de financement innovants

En 2015, le Programme de Développement des Systèmes de Santé (PDSS) pour de meilleurs résultats de santé maternelle et infantile a introduit un ensemble de services de santé de base – rentables et de qualité – pour les mères, les nouveau-nés, les enfants et les adolescents. Couvrant 21,8

¹ Le fonds fiduciaire du GFF fournit un cofinancement pouvant atteindre jusqu'à 60 millions de dollars pour le PNDS 2019-2022. La Banque mondiale cofinance le programme par le biais de quatre opérations. L'Agence des États-Unis pour le développement international (USAID); GAVI; le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme; l'Union européenne; le Département britannique pour le développement international (DFID); le gouvernement du Canada; et diverses agences des Nations Unies sont également alignées sur le PNDS 2019-2022. GAVI, le Fonds mondial et l'USAID mettent en commun leurs ressources par l'intermédiaire de la plateforme du Projet de développement du système de santé (PDSS) et cela, dans 15 des 26 provinces du pays (Kasaï central, Équateur, Haut-Lomami, Haut-Kasaï, Katanga, Kwango, Kwilu, Lualaba, Mai-Ndombe, Maniema, Mongala, Nord-Kivu, Sud-Kivu, Sud-Ubangi, Tshuapa).



millions de congolais répartis dans 165 districts dans 11 des 26 provinces du pays, représentant près du tiers de la population, cette intervention implique l'achat stratégique de services de santé et prévoit des paiements conditionnés par la réalisation d'extrants et de résultats pour les formations sanitaires. La réalisation d'extrants et de résultats est mesurée en fonction du nombre de services fournis et de scores de qualité. Le paquet de services se concentrent sur des activités de prévention et de promotion dans les domaines de la santé maternelle et infantile et des maladies infectieuses telles que la tuberculose, le paludisme et le VIH et cela, à travers de vastes activités à base communautaire auxquelles s'ajoutent des services de soins curatifs. Les formations sanitaires reçoivent d'abord une avance trimestrielle qui équivaut à 60 pour cent du paiement fourni au cours du trimestre précédent. A la suite d'une évaluation de la quantité et de la qualité des services fournis, un deuxième paiement est effectué et des sanctions lui sont éventuellement apposées. Alors que les primes octroyées au personnel peuvent représenter jusqu'à 50 pour cent du financement reçu, au moins 50 pour cent doivent être utilisés pour couvrir les coûts récurrents et financer les stratégies définies dans les plans d'affaires des formations sanitaires et cela, pour améliorer la qualité et réaliser les objectifs fixés en matière d'utilisation des services de santé.

Le financement direct des formations sanitaires est une autre approche utilisée pour fournir un ensemble de services de santé de base. Elle se base sur les intrants et exclut la composante « performance ». En d'autres termes, cette forme de financement est directement pourvue aux formations sanitaires, ce qui leur donne davantage d'autonomie et de flexibilité dans l'utilisation de leurs financements et leur permet de mieux répondre aux besoins et au fardeau des maladies spécifiques à leurs régions respectives. Ce financement n'est cependant pas fourni en fonction de la réalisation de résultats.

Enfin, le mécanisme du contrat unique implique la conclusion d'un contrat entre le ministère de la Santé au niveau provincial, l'autorité de santé provinciale et les partenaires de développement. Toutes les ressources financières pour la province concernée sont mises en commun pour appuyer un plan d'action intégré pour la santé, ce qui réduit la fragmentation en matière de financement et promeut une mise en œuvre et un suivi plus efficaces de l'ensemble de services de santé de base. Le contrat unique est mis en œuvre depuis le début de l'année 2017 dans huit provinces (Haut Katanga, Kwilu, Kwango, Lualaba, Mai Ndombe, Nord-Kivu, Sud-Kivu et Sud-Ubangi).

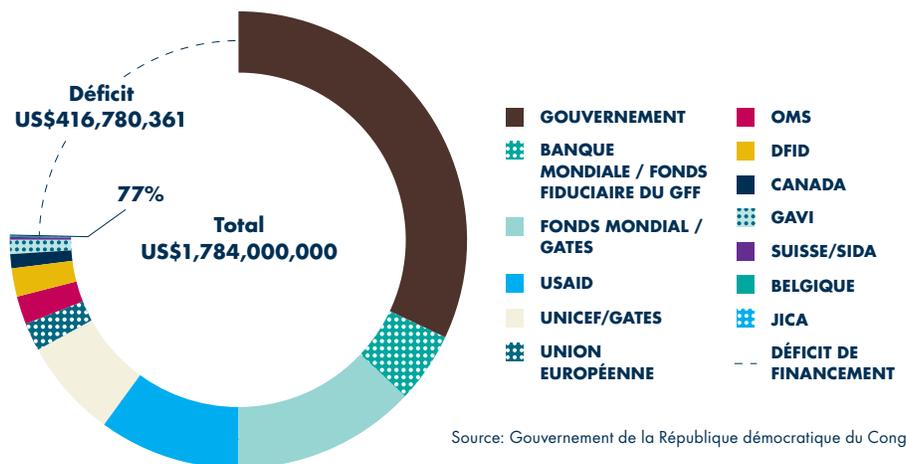
Assistance technique pour renforcer le dialogue politique sur la mobilisation des ressources nationales et le financement de la santé

Dans le cadre de l'élaboration du PNDS 2019-2022, et avec le soutien du Groupe Inter-Bailleur pour la Santé (GIBS), le ministère de la Santé a entrepris une cartographie détaillée des ressources pour considérer les priorités cartographiées dans le PNDS par rapport aux fonds provenant à

la fois du budget national et des partenaires financiers externes (Figure 1). Alors que cet exercice a révélé que plus de 10 partenaires externes sont alignés sur le PNDS et engagés à le financer, il a également souligné un déficit budgétaire restant de 23 pour cent pour l'exercice 2019.

Compte tenu du déficit financier identifié au cours de la cartographie des ressources, le gouvernement reconnaît qu'une augmentation globale des ressources nationales pour la santé ainsi qu'une amélioration de l'exécution et de l'efficacité des fonds existants sont requises pour mettre en œuvre le PNDS et atteindre ses objectifs. En 2018, par exemple, moins de 40 pour cent du budget national consacré à la santé a été dépensé et, selon le Compte national pour la santé du ministère de la Santé, de nombreuses provinces n'ont dépensé que 20 pour cent des ressources budgétisées leur ayant été allouées. C'est dans ce cadre que le gouvernement, avec l'appui de la Banque mondiale et du partenariat du GFF, a mis en place une budgétisation basée sur les activités. Établissant un lien plus explicite entre les objectifs et les résultats du budget, cette budgétisation permet un meilleur suivi des augmentations en matière de ressources nationales et externes et une meilleure

Figure 1 **Cartographie des ressources contribuant au Plan national de développement sanitaire (PNDS) pour la RDC, Exercice 2019**



Source: Gouvernement de la République démocratique du Congo.

correspondance entre ces ressources et les engagements énoncés dans la stratégie de financement de la santé. Étant donné que la budgétisation basée sur les activités peut également couvrir les dépenses, elle permet aux dirigeants ainsi qu'à la société civile de plus efficacement veiller à ce que les engagements des agences gouvernementales et des bailleurs de fonds soient investis dans des programmes spécifiques.

Résultats

Le Gouvernement de la RDC a réalisé des progrès dans la mobilisation de ressources nationales pour la santé : les comptes nationaux de la santé de 2019 indiquent que la part du budget national consacrée à la santé est passée de 7,0 à 8,5 pour cent entre 2016 et 2018, ce qui place le pays en bonne voie d'atteindre l'objectif de 10 pour cent fixé pour 2022. La budgétisation basée sur les activités est également en cours de mise en œuvre et elle permet de faire correspondre les priorités du PNDS avec les différentes lignes budgétaires du budget de la santé. La budgétisation basée sur les activités a créé un lien clair et direct entre les intrants du budget et les extrants et les résultats de performance escomptés.

Au cours de la dernière année, les mécanismes d'achat stratégique, de financement direct des formations sanitaires et de financements à travers le contrat unique

ont également été considérablement étendus. La Figure 2 indique les progrès réalisés entre 2017 et 2018 dans le cadre de la mise en œuvre du mécanisme d'achat stratégique ainsi que dans le cadre du PDSS, qui a maintenant été étendu à 1 963 formations sanitaires. La part des services fournis par le biais du mécanisme d'achat stratégique a en moyenne doublé pour le nombre de femmes ayant reçu une et quatre consultations prénatales (CPN1 et CPN4, respectivement) ainsi que pour les accouchements assistés (Figure 3). Un accroissement du nombre de formations sanitaires bénéficiant d'un financement direct et ayant signé un contrat unique a également été constaté. Depuis 2014, 843 formations sanitaires ont bénéficié d'un financement direct, et neuf contrats uniques supplémentaires ont été signés au quatrième trimestre de l'année 2019 – ce qui constitue une augmentation notable par rapport aux cinq contrats uniques signés au premier trimestre de 2018.

Les améliorations réalisées en matière d'investissements et de modèles de financement de la santé aux niveaux central et provincial ont indiqué d'importants changements dans la répartition des financements et des services au niveau des formations sanitaires. Ces changements se traduisent notamment par une utilisation accrue et une qualité améliorée des services de santé. Une évaluation de la ligne médiane du PDSS² fournit davantage d'informations sur la manière dont la

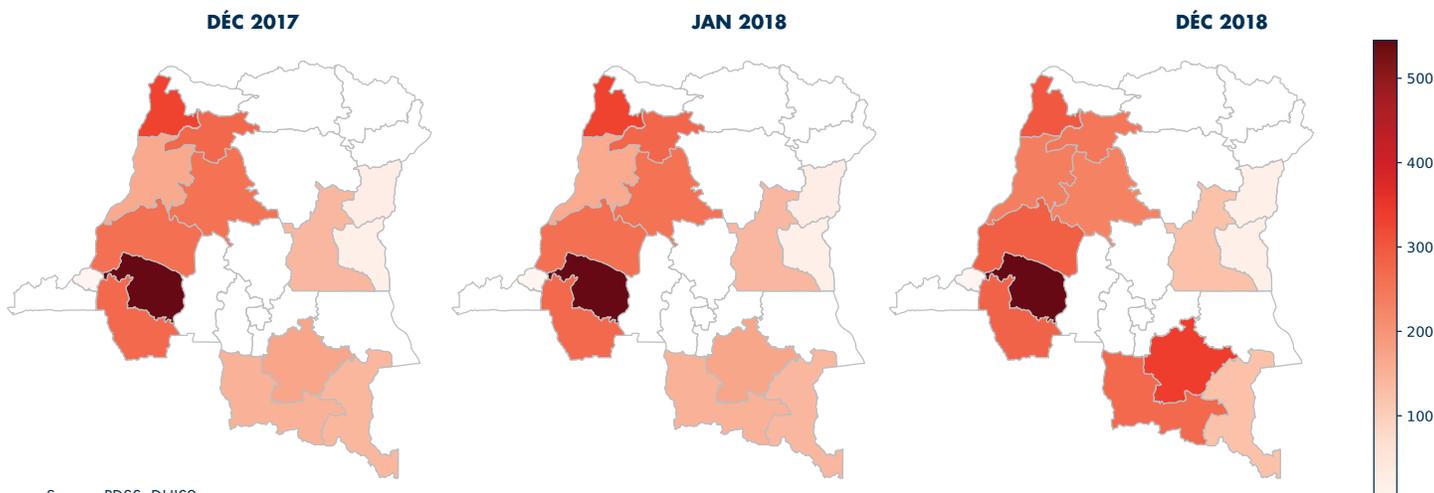
Tableau 1 **Utilisation des services de soins prénatals et disponibilité des médicaments et du matériel médical correspondants, RDC, 2016 et 2018**

	Pourcentage de centres d'achats stratégiques (PDSS) fournissant des services	
	Ligne de Référence (2016)	Ligne Médiane (2016)
Fournit des services de soins prénatals (CPN)	99	100
Nombre de jours par semaine où les CPN sont fournies	1.24 jours	1.94 jours
Prescrit toujours du fer	70	74
Stocks de fer disponibles	40	60
Stocks de vitamine A disponibles	19	58
Prescrit toujours des antipaludéens	76	82
Stocks de tests rapides pour le paludisme disponibles	56	82
Prescrit toujours des vermifuges	65	72
Fournit une carte de soins prénatals	96	94
Fournit des services de planification familiale	32	74
Pilules contraceptives (progestérone) disponibles	2	22
Pilules contraceptives (combinées) disponibles	10	41
Injectables disponibles	14	57
Implants disponibles	12	46
Stocks de dispositif intra-utérin (DIU) disponibles	13	22

Source: Évaluation de la Ligne Médiane

Figure 2 **Nombre de formations sanitaires inscrites au mécanisme d'achat stratégique en RDC, par province, décembre 2017, janvier 2018 et décembre 2019**

La mécanisme d'achat stratégique du PDSS concerne désormais plus de 2 800 formations sanitaires, incluant des centres de santé et des hôpitaux situés dans 13 districts.



Source: PDSS, DHIS2

Note: Les figures indiquent le nombre de formations sanitaires ayant fourni des données vérifiées au sein de la plateforme du programme. Les formations sanitaires du Kasai et du Kasai Central ne sont pas indiquées en couleur car la mise à l'échelle n'y a été initiée qu'en 2019.

Figure 3 **Part des services liés aux naissances financée par le mécanisme d'achat stratégique en RDC, par Province, 2017-2019**

Entre 2017 et 2019, d'importantes augmentations ont été observées dans la part des services liés aux naissances fournie à travers le mécanisme d'achat stratégique.



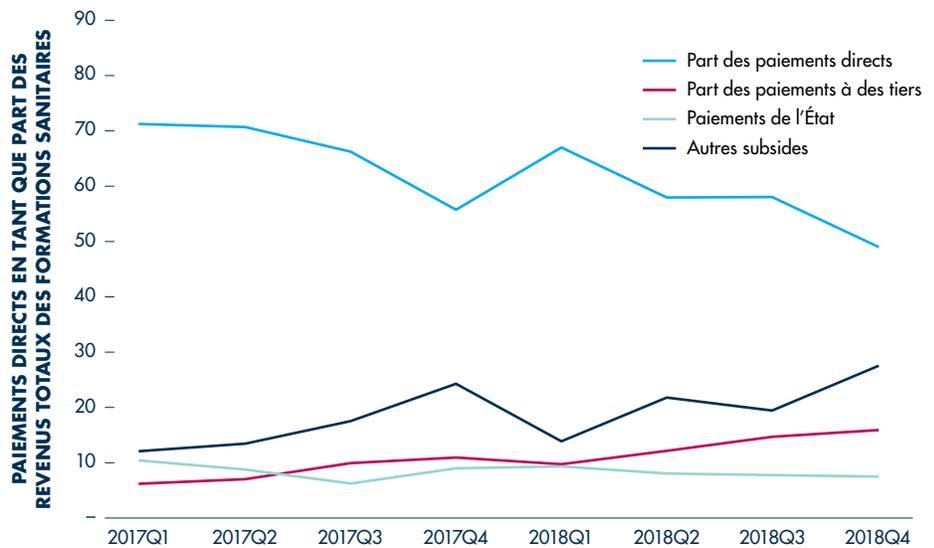
Source: PDSS and DHIS2

performance des formations sanitaires s'est améliorée et sur les lacunes qui subsistent. S'attachant à examiner l'impact des financements directs fournis aux formations sanitaires et du financement basé sur les résultats sur la prestation des services de SRMNEA, cette évaluation a constaté que des changements significatifs ont été apportés dans la façon dont les services sont payés : entre 2017 et 2018, la part des revenus des formations sanitaires provenant de paiements directs a diminué de 70 à 54 pour cent et, les paiements effectués à des tiers a augmenté de 6 à 15 pour cent (Figure 4). Globalement, les patients paient une part substantiellement plus basse des coûts de santé au niveau des formations sanitaires.

L'évaluation de la ligne médiane indique également que les changements financiers observés au niveau des formations sanitaires ont eu des effets positifs sur la disponibilité, la qualité et l'utilisation des services de SRMNEA-N (Tableau 1). Par exemple, dans les centres participant au mécanisme d'achat stratégique, le nombre moyen de jours au cours desquels des soins prénatals sont fournis a augmenté. La prestation de services de planification familiale et la disponibilité de nombreux produits de base se sont également accrues, soulignant ainsi des améliorations en matière de prestation de services qui peuvent promouvoir encore plus l'utilisation des services. Par exemple, l'utilisation des produits

Figure 4 **Paiements directs et paiements effectués à des tiers en tant que part des revenus totaux des formations sanitaires, RDC, T1 2017 au T4 2018**

Avec l'introduction de nouvelles modalités de financement au niveau des formations sanitaires (par ex., le financement basé sur les résultats), la part des revenus provenant de paiements directs a diminué et la part des paiements provenant de paiements effectués à des tiers a augmenté.

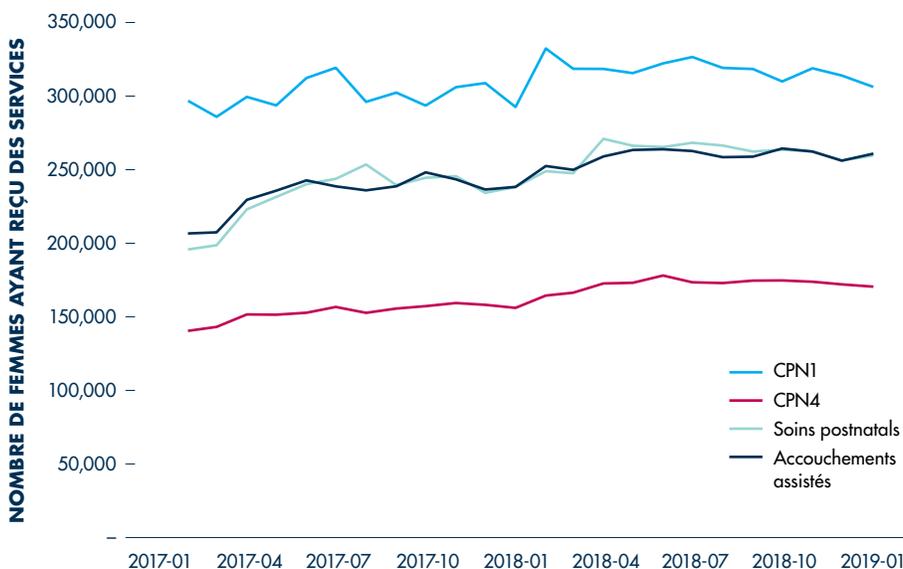


Source: DHIS2

de planification familiale a augmenté, avec un net accroissement dans l'utilisation des injectables et des implantables à longue durée d'action.

Figure 5 **Les investissements axés sur la prestation et dans l'accès aux services dans les régions ciblées ont commencé à produire des résultats au niveau régional**

Utilisation des services de soins prénatals, d'accouchements assistés et de soins postnatals dans les régions participant à des mécanismes de financement innovants en RDC, 2017-2018.



Dans les districts visés par les nombreux mécanismes de financement de la RDC, certaines des améliorations réalisées en matière d'accès et d'utilisation des services se sont traduites par des résultats au niveau régional. Les données inhérentes aux régions dans lesquelles ces mécanismes sont mis en œuvre indiquent une augmentation du nombre de femmes ayant bénéficié d'une CPN1, d'une CPN4, d'un accouchement assisté et de soins postnatals (Figure 5). En janvier 2017, moins de 300 000 femmes avaient bénéficié d'une CPN1 ; ce chiffre était passé à 310 000 femmes à la fin de l'année 2018. Les services relatifs à la CPN4 ont connu des augmentations similaires. En outre, environ 50 000 femmes supplémentaires ont accouché avec un personnel qualifié et 60 000 femmes ont eu recours à des soins postnatals.

Les investissements axés sur le renforcement des systèmes, tels que l'utilisation de divers mécanismes pour financer les formations sanitaires, ont eu des effets prometteurs sur l'accès, la qualité et l'utilisation des services en RDC. Étendre continuellement ces modèles, tout en maintenant la qualité et en stimulant la demande, particulièrement parmi les populations les plus vulnérables du pays, demeure un défi à relever avec des efforts continus.



Éthiopie

Figurant parmi les premiers pays à intégrer le GFF en 2015, l'Éthiopie a réalisé des progrès remarquables en matière de réduction de la mortalité des enfants de moins de cinq ans, des décès maternels et de la fécondité parmi les adolescentes. Malgré ces avancées, le Gouvernement de l'Éthiopie reconnaît que des efforts continus sont requis pour renforcer son système de santé et atteindre les objectifs inhérents à son dossier d'investissement. Ce dossier d'investissement, appelé Plan de transformation du secteur de la santé (HSTP), vise à accroître la couverture, l'accès et l'utilisation équitables de services essentiels de santé.



Encadré 1: Tendances des principaux indicateurs de SRMNEA-N (2000-2019, EDS)

- + **Taux de mortalité maternelle** : a baissé de 871 à 412 pour 100 000 naissances vivantes
- + **Taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans** : a baissé de 166 à 55 pour 1 000 naissances vivantes
- + **Taux de fécondité parmi les adolescentes, spécifique à l'âge (15 à 19 ans)** : a baissé de 100 à 80 pour 1 000 naissances vivantes

Le partenariat du GFF appuie ces efforts à travers divers axes de travail, incluant:

1. Un dialogue politique pour suivre, mobiliser et aligner les ressources (nationales et externes), améliorer l'efficacité des dépenses et renforcer la mise en œuvre du HSTP ;
2. L'apport d'un soutien pour le Programme des Objectifs de Développement Durable pour des Résultats de Santé ; et
3. Une intensification de l'engagement du secteur privé en faveur du secteur de la santé.

Une progression importante en matière de couverture des principaux services de santé maternelle et infantile a été soulignée par diverses enquêtes récentes, notamment en matière d'accouchements assistés, de prévalence contraceptive, de soins prénatals et de services de nutrition pour l'enfant. La réalisation d'améliorations systémiques plus larges a également été enregistrée avec, entre autres, une amélioration des indicateurs liés à la disponibilité des mécanismes communautaires d'assurance-maladie et à la couverture des systèmes d'enregistrement et de statistiques de l'état civil. Toutefois, plusieurs défis subsistent et des inégalités économiques, géographiques et basées sur le sexe continuent d'entraver les résultats de santé. Dans ce cadre, il est important d'améliorer la qualité des services de santé, notamment avec une disponibilité et une motivation améliorées

du personnel de santé important (par ex., les sages-femmes, les médecins), et d'assurer une meilleure disponibilité des médicaments et des fournitures essentiels au niveau des soins de santé primaire. En outre, dans les années à venir, un fort accent devra être placé sur l'efficacité des dépenses de santé et sur la création d'un financement durable pour la santé.

Priorités nationales: Plan de transformation du secteur de la santé

Constituant le dossier d'investissement de l'Éthiopie, le Plan de transformation du secteur de la santé (HSTP) 2015-2016 vise à accroître l'utilisation, l'équité et la couverture des services essentiels de santé, tels que les soins prénatals, les services de santé pour les enfants et les adolescents, la planification familiale et la nutrition. Pour ce faire, le dossier d'investissement de l'Éthiopie se concentre principalement sur le renforcement des systèmes de santé et cela, à travers la mise en œuvre de réformes systémiques. Entre autres, ces réformes visent à inciter une augmentation des dépenses nationales de santé en tant que part du budget national, à favoriser une coordination améliorée des bailleurs de fonds et à optimiser l'efficacité et la coordination des financements externes consacrés à la santé. Au cours des 15 dernières années, les dépenses publiques pour la santé ont augmenté en valeur absolue (principalement à cause de la croissance



économique), mais elles sont néanmoins restées inchangées en tant que part des dépenses publiques générales. C'est dans ce contexte que le gouvernement cherche désormais à augmenter les dépenses de santé en tant que part du budget national et cela, de 6 à 10 pour cent d'ici à 2020.

Afin d'aligner et de coordonner les ressources externes, et dans le but d'accélérer les progrès réalisés dans les domaines de la santé maternelle et infantile, le ministère fédéral de la Santé gère le Fonds de performance des objectifs de développement durable (FP-ODD) – un fonds commun constitué de 11 bailleurs de fonds,¹ notamment la Banque mondiale et le GFF, qui dispose d'environ 700 à 750 millions d'US\$ engagés pour la période 2015-2020. Dès le départ, ce Fonds commun prévoyait un financement provenant du gouvernement de l'Éthiopie (40 pour cent), des bailleurs de fonds internationaux (29 pour cent), de contributions communautaires (6 pour cent) et des ménages individuels (5 pour cent) à travers le Mécanisme communautaire d'assurance-maladie de l'Éthiopie (CBHI), laissant ainsi un déficit de financement estimé à environ 20 pour cent.

Le partenariat du GFF s'est engagé à appuyer les efforts déployés par le gouvernement pour combler ce déficit de financement et cela, à travers une mobilisation et une utilisation améliorées des ressources nationales. Il s'est également engagé à appuyer la réalisation des objectifs du HSTP à travers : (1) un dialogue politique pour suivre, mobiliser et aligner les ressources (à la fois, nationales et externes), améliorer l'efficacité des dépenses et renforcer la mise en œuvre du HSTP ; (2) un cofinancement du Programme des Objectifs de Développement Durable pour des Résultats de Santé ; et (3) une intensification de l'engagement du secteur privé en faveur du secteur de la santé.

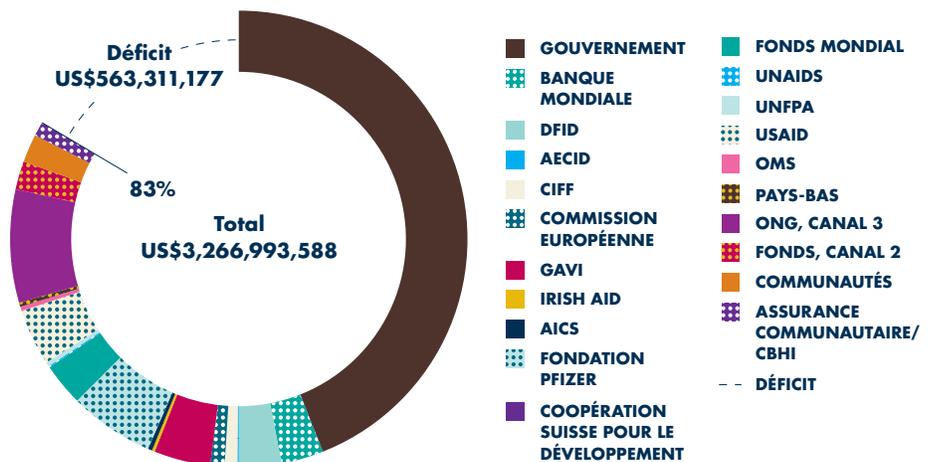
Dialogue politique pour suivre, mobiliser et aligner les ressources nationales et externes pour la santé

En 2018, un dialogue annuel axé sur le financement de la santé a été initié pour aider les décideurs politiques du ministère fédéral de la Santé (FMOH), du ministère des Finances, des bureaux régionaux de la santé, des finances et du développement économique ainsi que les partenaires à acquérir une meilleure compréhension de la mobilisation et de l'utilisation des ressources nationales pour la santé. Ce dialogue a inclus des études de cas décrivant les progrès réalisés et les défis rencontrés par l'Éthiopie au cours des deux dernières décennies et présentant les enseignements tirés par d'autres pays en matière d'utilisation et de mobilisation des ressources nationales.

Le suivi des ressources a constitué un apport essentiel au dialogue politique sur

la mobilisation des ressources et sur une utilisation efficace des fonds. En Éthiopie, le suivi des ressources a été mené à deux niveaux. D'abord, une cartographie des ressources externes a été effectuée par le ministère fédéral aux des régions et des districts de santé afin d'assurer un suivi des ressources externes à tous les niveaux administratifs (fédéral, régional et de district) impliquées dans la mise en œuvre du HSTP (Figure 1). Cette cartographie vise à améliorer l'efficacité en suivant les données budgétaires et les données relatives aux dépenses à des fins de planification annuelle ; à déterminer si les financements externes existants sont alignés sur les priorités du secteur ; et à évaluer si les ressources atteignent les bénéficiaires ciblés. Cette approche comporte néanmoins des limites puisqu'elle ne saisit pas la couverture régionale des organisations de la société civile (OSC) et ne permet pas un suivi détaillé des priorités spécifiques à une région, telles que les urgences sanitaires.

Figure 1 **Cartographie des ressources contribuant au Plan de Transformation du Secteur de la Santé en Éthiopie, 2018/2019**



¹ Les 11 partenaires de développement mettant des fonds en communs dans le cadre du Fonds de performance des objectifs de développement durable (ODD) sont l'Union européenne, Gavi, IrishAid, la Coopération italienne, les Pays-Bas, l'Agence espagnole de coopération pour le développement international (AECID), le Département britannique du développement international (DFID), l'UNICEF, le Fonds des Nations Unies pour la population (UNFPA), la Banque mondiale et l'Organisation mondiale de la santé (OMS). KOICA rejoindra également le fonds commun, une fois la convention de financement conjointe signée.

Note: Il existe actuellement plus de 15 partenaires externes, en plus du ministère de la Santé, qui se sont alignés sur les financements du dossier d'investissement et qui investissent dans le dossier d'investissement. L'Éthiopie a réalisé une cartographie détaillée des ressources, y compris des contributions communautaires converties en valeur monétaire. En outre, une évaluation des contributions du Mécanisme communautaire d'Assurance-Maladie (CBHI), qui subventionne l'ensemble des soins de santé primaire, a été menée. L'Éthiopie dispose également de deux flux de financement supplémentaires qui ne sont généralement pas documentés dans d'autres pays : les fonds du Circuit 2 faisant référence à un financement prévu dans le plan, mais qui n'est pas prévu au budget et, les fonds du Circuit 3 faisant référence aux financements fournis aux ONG du secteur de la santé qui ne transitent pas par le système gouvernemental.

À travers une collaboration de l'UNICEF, du GFF et de la Banque mondiale, Un important projet pilote inhérent à la cartographie externe est actuellement mené dans la région Somali. Ce projet implique l'élaboration et l'utilisation d'une cartographie des ressources spécifiques à la région en vue d'intégrer les budgets des interventions d'urgence dans les processus annuels de planification et de budgétisation du HSTP. Cette cartographie est particulièrement pertinente dans la région Somali, car elle permet d'assurer que les interventions d'urgence imprévues, non budgétisées et non coordonnées n'entravent pas la mise en œuvre du HSTP. En outre, grâce à l'appui apporté à la cartographie des ressources ainsi qu'à l'élaboration d'un budget intégré dans cette région, le gouvernement régional a été plus à même de redéfinir ses priorités et d'améliorer ses partenariats avec les OSC et les organisations non gouvernementales (ONG) régionales œuvrant en faveur d'un système de santé plus résilient et mieux préparé à répondre aux urgences sanitaires.

Le deuxième niveau de cartographie des ressources se concentre sur le financement national et cela, à travers l'utilisation de la base de données intégrée du gouvernement portant sur le budget et les dépenses (IBEX). Le GFF et la Banque mondiale



analysent les données IBEX dans le but d'accélérer les réformes budgétaires au sein du ministère des Finances et de relier les dépenses nationales aux priorités du HSTP. Cela vise à répondre : 1) à l'absence de mécanisme complet permettant de contrôler régulièrement les investissements axés sur les priorités du dossier d'investissement ; et, (2) aux défis rencontrés dans le système actuel de classification et de déclaration du budget et des dépenses du gouvernement qui ne permet de suivre qu'une petite partie des dépenses en tant qu'investissements axés sur les priorités du HSTP.

Pour améliorer l'efficacité technique des dépenses de santé, le ministère fédéral de la Santé, avec le soutien du partenariat du GFF, utilise les résultats d'une récente revue des dépenses publiques. Ces résultats indiquent que l'exécution budgétaire dans le cadre des budgets récurrents non-salariaux demeure limitée (équivalant à 20 pour cent du budget de la santé) et soulignent la nécessité d'améliorer l'exécution du budget au niveau régional. Étant donné que l'exécution du budget régional est considérée comme l'une des préconditions requises pour favoriser une augmentation future du financement de la santé, une revue des dépenses publiques au niveau infranational est en cours de réalisation afin d'identifier les goulets d'étranglement qui entravent la pleine utilisation des ressources disponibles au niveau régional, au niveau des woreda (administrations locales de district) et au niveau des formations sanitaires. Les résultats nationaux et infranationaux du PER peuvent être utilisés pour documenter la mise en œuvre d'un système de budgétisation basée sur les activités et d'élaboration de rapports sur les dépenses. Ce système permettrait au gouvernement de régulièrement suivre les investissements axés sur les priorités du HSTP et cela, à tous les niveaux.

Dialogue politique pour renforcer la mise en œuvre du HSTP

Les dirigeants du ministère fédéral de la Santé cherchent actuellement à déterminer comment l'achat stratégique d'un ensemble essentiel de services de santé pourrait améliorer les performances du système de santé. Cette initiative est menée en réponse aux résultats d'une revue à mi-parcours du HSTP qui a identifié plus de 200 défis que le système de santé doit relever pour améliorer l'accès, la qualité et la couverture. Pour mieux renseigner ce dialogue, le partenariat du GFF a mené une étude de l'économie politique en vue d'explorer comment un

mécanisme d'achat stratégique pourrait aborder ces défis. Visant à informer le processus de planification du prochain plan quinquennal de la santé, cette étude a inclus des discussions avec les parties prenantes principales. Ces discussions ont porté sur des thèmes concrets tels que le financement de la santé et la transformation des *woreda*.

Appui au Programme des objectifs de développement durable pour des résultats de santé

Le Fonds fiduciaire du GFF, la Banque mondiale et Power of Nutrition cofinancent le Programme des objectifs de développement durable pour des résultats de santé de l'Éthiopie. Le financement de ce programme est conditionné par la réalisation d'indicateurs de décaissement liés au système de santé maternelle et infantile. Ces indicateurs mesurent, entre autres, la couverture de l'assurance-maladie au niveau des woredas (le pourcentage des Woredas avec des mécanismes communautaires fonctionnels d'assurance-maladie), ainsi que les accroissements en matière de couverture et de qualité des services essentiels de santé maternelle et infantile (tels que les soins prénatals et la vaccination des enfants, entre d'autres).

L'objectif visant à améliorer la protection financière des pauvres a été fixé pour répondre au problème de dépendance excessive du secteur de la santé à l'égard des paiements directs des ménages en tant que source de financement et en tant que source principale de revenus pour l'amélioration de la qualité de la prestation des services de santé dans les formations sanitaires. Cette politique a peut-être contribué à l'augmentation observée en Éthiopie dans l'incidence des dépenses catastrophiques de santé parmi les pauvres, qui sont passées de 2 pour cent en 2011 à 5 pour cent en 2015.² Le ministère de la Santé a établi des mécanismes communautaires d'assurance-maladie (CBHI) afin d'améliorer l'accès aux services de santé, réduire la vulnérabilité des ménages face aux dépenses catastrophiques de santé et subventionner les pauvres au niveau des woredas. Un objectif a été fixé au niveau du HSTP pour augmenter la proportion des woredas dotés de mécanismes établis de CBHI et cela, de 15 pour cent en 2015 à 80 pour cent d'ici à 2020. La réalisation de cet objectif est incitée par un indicateur lié aux décaissements dans le cadre du Programme des objectifs de développement durable pour des résultats de santé.

2 Les estimations sont basées sur les enquêtes socioéconomiques de l'Éthiopie (ESS), 2011 et 2015. La variable utilisée pour mesurer la protection financière était le taux de paiements catastrophiques pour des soins de santé (CATA). Par paiements catastrophiques, on entend une dépense dépassant 10 pour cent des dépenses totales d'un ménage.

Intensification de l'engagement du secteur privé dans le secteur de la santé

Le gouvernement de l'Éthiopie a identifié l'engagement du secteur privé dans la prestation équitable des services de SRMNEA-N en tant que domaine prioritaire du secteur de la santé. Le partenariat du GFF, y compris la Banque mondiale, appuie cet engagement à travers des activités d'analyse, de renforcement des capacités et d'assistance technique axées sur le secteur privé, telles que :

- + L'évaluation du secteur privé de la santé pour mieux comprendre les acteurs du secteur privé de la santé, identifier les réglementations et les politiques appliquées au secteur privé de la santé et, identifier les opportunités et les difficultés liées à la mobilisation du secteur privé pour la santé ;
- + Le renforcement des capacités du ministère fédéral de la Santé afin de permettre un engagement plus stratégique du secteur privé dans le domaine de la santé, y compris la conception et la gestion d'initiatives « publiques-privées » ;
- + La mise en place de structures de dialogue « publiques-privées » pour le secteur privé de la santé, ce qui a déjà abouti à la création d'une fédération d'intervenants du secteur privé de la santé regroupant 12 acteurs issus d'hôpitaux privés, de sociétés pharmaceutiques, d'organisations de la société civile et d'autres ; et,
- + Le renforcement des fonctions de réglementation et de contrôle de la qualité de l'Administration Éthiopienne pour les produits alimentaires et les médicaments (Ethiopian Food and Drug Administration) pour une production locale de produits pharmaceutiques et de santé.

Résultats

Avec l'appui du partenariat du GFF, une évaluation nationale de la disponibilité et de l'état de préparation des services a été réalisée en 2018 et une « mini » enquête démographique et de santé (EDS) a été effectuée au début de l'année 2019. L'enquête relative à l'évaluation nationale de la disponibilité et de l'état de préparation des services a indiqué des améliorations en matière de disponibilité des intrants essentiels à la prestation de services. Les résultats préliminaires de la mini-EDS soulignent des progrès considérables en matière de couverture des principaux services de santé maternelle et infantile, tels que les accouchements assistés (y compris dans les

Tableau 1 Résultats de santé et de nutrition en Éthiopie, 2016 et 2019

Résultat	Ligne de Référence (2016) (pourcentage)	Date de la Ligne de Référence	Juillet 2019 (pourcentage)
Accouchements assistés par un personnel qualifié	28	13 octobre 2016	50 ^a
Accouchements assistés par un personnel qualifié dans les trois régions les moins performantes (Afar, Oromia, and Somali)	19 (en moyenne)	13 octobre 2016	41 (en moyenne)
Taux de prévalence des contraceptifs	32	13 octobre 2016	41
Femmes enceintes recevant au moins quatre consultations prénatales	32	13 octobre 2016	43 ^a
Woredas distribuant des suppléments de vitamine A aux enfants par le biais de systèmes de routine, dans des régions non émergentes	48	13 octobre 2016	69
Enfants de 0 à 23 mois participant au suivi et à la promotion de la croissance	27	30 décembre 2016	44
Formations sanitaires disposant de tous les médicaments figurant sur la liste des médicaments disponibles du ministère de la Santé	42	30 décembre 2016	48
Centres de santé communiquant des données relatives au SGIS dans les délais prévus	50	30 mars 2012	84
Femmes enceintes prenant des comprimés d'acide folique et de fer	42	31 octobre 2016	60
Woredas avec régimes fonctionnels d'assurance-maladie à base communautaire	21	19 juin 2017	43

Source: Données de l'Enquête démographique et de santé de l'Éthiopie ; de la mini-Enquête démographique et de santé ; le Rapport de la mission de revue conjointe sur la vérification des données de nutrition (décembre 2018) ; le Rapport 2012 de l'évaluation de la qualité des données du SGIS (DQA) ; le DQA 2014 du SGIS ; le Rapport administratif de l'EHIA ; et le Rapport 2018 de l'évaluation nationale de la disponibilité et l'état de préparation des services.

a. Résultats préliminaires de la mini-EDS.

régions émergentes et peu performantes telles que l'Oromia, l'Afar et Somali), la prévalence contraceptive, les soins prénatals et les services de nutrition pour les enfants (Tableau 1). En outre, plusieurs indicateurs relatifs au système de santé – tels que les mécanismes fonctionnels de CBHI, la collecte et l'utilisation de données, les rapports, et l'enregistrement des faits de l'état civil – ont également souligné des améliorations. Par exemple, la proportion des centres de santé transmettant leurs données au système de gestion de l'information sanitaire (SGIS) dans les délais impartis (84 pour cent) a dépassé l'objectif initial de 80 pour cent. Une évaluation annuelle de la qualité des données du SGIS a également été réalisée. La couverture et la complétude de l'enregistrement des faits de l'état civil se sont également améliorés, avec la proportion de kebeles (subdivisions de districts des woredas) fournissant un service d'enregistrement des faits de l'état civil passant à 89 pour cent en 2018. Entre 2017 et 2018, le nombre de naissances enregistrées avait augmenté de 20 pour cent et le nombre de décès enregistrés avait augmenté de 19 pour cent (données non présentées).

Conclusion

Le partenariat du GFF continuera d'appuyer la mise en œuvre d'interventions et de réformes prioritaires dans le Plan de transformation du secteur de la santé (HSTP) ainsi que dans la Stratégie de financement des soins de santé et cela, en mettant l'accent sur l'amélioration de l'efficacité, de l'équité et de l'efficience du système de santé de l'Éthiopie. Outre le soutien programmatique pourvu par l'IDA, le GFF et Power of Nutrition dans le cadre du Programme des objectifs de développement durable pour des résultats de santé, le GFF continuera à appuyer l'analyse, le dialogue politique et la recherche sur la mise en œuvre afin d'élargir la base de connaissances relative aux investissements futurs dans le secteur de la santé. Étant donné que le prochain Plan de transformation du secteur de la santé quinquennal sera préparé l'année prochaine, le GFF espère pouvoir contribuer à l'élaboration et à la mise en œuvre du HSTP pour améliorer la vie et la qualité de vie des mères, des enfants et des adolescents.

Kenya

Depuis la fin des années 1990, le Kenya a impulsé une réduction importante des décès de mères et d'enfants. Aujourd'hui, le pays continue à lutter contre la mortalité maternelle et infantile par le biais d'une diversité de mécanismes de financement et de programmes qui s'alignent sur les priorités énoncées dans le Plan stratégique du secteur de la santé (KHSSP) ainsi que dans le Cadre d'investissement du Kenya. Pour faciliter la mise en œuvre du Cadre d'investissement, le partenariat du GFF collabore étroitement avec les bailleurs de fonds¹ principaux et les gouvernements des comtés pour renforcer la qualité, l'alignement, le financement et la mise en œuvre des services de santé et cela, en appuyant les financements et en fournissant une assistance technique.



Encadré 1: Tendances des principaux indicateurs de SRMNEA-N (1998-2014)

- + **Taux de mortalité maternelle** : a baissé de 590 à 362 pour 100 000 naissances vivantes
- + **Taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans** : a baissé de 111 à 52 décès pour 1 000 naissances vivantes
- + **Proportion de femmes ayant donné naissance moins de 24 mois après la naissance précédente** : a baissé de 23,1 à 17,9 pour cent

Au cours des deux dernières années, le financement et la mise à l'échelle des services se sont améliorés : les 47 comtés du Kenya ont accru les allocations affectées à la santé ; et, la couverture en matière de soins prénatals, d'accouchements assistés par un personnel qualifié et de planification familiale s'est également accrue. Ces progrès sont d'autant plus impressionnants qu'ils ont été réalisés à la suite des importantes grèves d'infirmiers et de médecins survenues en 2017. Ces grèves ont non seulement perturbé le secteur de la santé pendant plus d'une année, mais elles ont aussi eu pour effet de détériorer les indicateurs de prestation de services. Malgré les progrès réalisés depuis 2017, des disparités subsistent entre les comtés et les résultats restent mitigés pour certains indicateurs, comme la couverture de la vaccination des enfants. Il sera décisif de fournir un appui aux comtés pour les aider à renforcer la planification, la budgétisation et l'utilisation des données et cela, afin de les aider à mieux cibler les services de santé et atteindre les objectifs inhérents au KHSSP.

Priorités nationales: le Cadre d'investissement de la SRMNEA

Au début de l'année 2013, le Gouvernement du Kenya a procédé à un processus de décentralisation et, par extension, transféré les fonctions de planification et de budgétisation aux gouvernements

des comtés. En raison de ce contexte décentralisé, le Kenya a décidé – en 2015 lorsque le pays a intégré le GFF – de créer un cadre d'investissement capable de fournir des orientations générales aux comtés sur les domaines de santé à privilégier, notamment en matière de financement de la santé et de prestation de services. Visant à atteindre les objectifs nationaux fixés pour la santé reproductive, de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent et la nutrition (SRMNEA-N), ce cadre d'investissement s'aligne étroitement sur le KHSSP.

Compte tenu de la décentralisation des fonctions de planification et de budgétisation de la santé au Kenya, le cadre d'investissement du Kenya est mis en œuvre au niveau des comtés par le biais de plans de travail annuels. Spécifiques à chaque comté, ces plans de travail sont contrôlés à l'aide d'une fiche de résultats de SRMNEA-N qui permet de suivre les indicateurs du KHSSP, tirés mensuellement du système de suivi de routine (DHIS2). Sur une base trimestrielle, les comtés examinent les données de la fiche de résultats et conviennent des actions requises pour prendre des mesures correctives et cela, en utilisant un outil de suivi des actions directement relié à la fiche de résultats.

Afin de renforcer la qualité ainsi que l'alignement, le financement et la mise en œuvre des plans de travail annuels des comtés, un financement et une assistance



Fiches de Résultats

Le Kenya s'attache à combler les lacunes en matière d'information qui entravent la mise en œuvre de son programme de Couverture de santé universelle (CSU). Bénéficiant de l'appui de l'UNICEF et de l'Alliance des dirigeants africains contre le paludisme (ALMA), la fiche de résultat mesurant les progrès des indicateurs de SRMNEA constitue le principal outil de suivi utilisé pour renforcer la redevabilité aux niveaux des comtés et des sous-comtés.

Les données sont automatiquement téléchargées chaque trimestre. Par exemple, la fiche de résultats fournit trimestriellement de nouvelles données de SRMNEA, comme celles liées aux accouchements assistés par un personnel qualifié, au pourcentage de nourrissons exclusivement allaités au sein et à la couverture de la supplémentation en Vitamine A pour les enfants de 12 à 59 mois. La fiche de résultats indique la mesure dans laquelle les comtés sont en bonne voie, réalisent des progrès ou ont déviés des objectifs définis. Elle s'attache également à souligner la mesure dans laquelle les indicateurs ont progressé ou n'ont pas progressé et cela, par rapport au rapport précédent. La fiche de résultats comprend également un outil de « suivi des actions ». Le Projet de transformation des systèmes de santé pour les soins de santé universels et le Fonds fiduciaire à multiples bailleurs de fonds en faveur de la SRMNEA (MDTF) appuient l'utilisation de la fiche de résultats et de l'outil de suivi des actions et cela, à travers l'organisation d'ateliers et de formations pour les agents de santé.

technique ont été pourvus par divers partenaires, y compris le partenariat du GFF. Pour canaliser cet appui, deux mécanismes principaux sont utilisés : (1) le Projet de transformation des systèmes de santé pour les soins de santé universels qui utilise une approche basée sur les résultats ; et (2) le Fonds fiduciaire à multiples bailleurs de fonds pour une assistance technique en faveur de la SRMNEA (MDTF).

Appui au Projet de transformation des systèmes de santé pour les soins de santé universels

Cofinancé par la Banque mondiale et le Fonds fiduciaire du GFF, le Projet de transformation des systèmes de santé pour les soins de santé universels (THS-UCP) lie directement les financements à la performance et, par ce biais, encourage les gouvernements des comtés à passer d'un modèle axé sur les intrants à un modèle axé sur les résultats de santé. Au Kenya,

les gouvernements des comtés assument la responsabilité de la planification et de la budgétisation pour la prestation des services de santé. Dans ce cadre, ils reçoivent chaque année un financement conditionné par des objectifs de performance liés à quatre indicateurs, à savoir la couverture des services de soins prénatals, la couverture des accouchements assistés par un personnel qualifié, la couverture de la vaccination des enfants et, l'utilisation de méthodes de contraception modernes. Cela les incite à privilégier la prestation ainsi que l'utilisation de ces services de santé essentiels.

Visant de manière générale à aider le gouvernement du Kenya à réaliser une couverture de santé universelle d'ici à 2022, les autres domaines d'intervention du THS-UCP incluent les réformes du financement de la santé et l'amélioration de la mobilisation et de l'utilisation des ressources nationales. En premier lieu, pour accroître la mobilisation et l'utilisation des ressources nationales au niveau des comtés, les critères d'éligibilité du

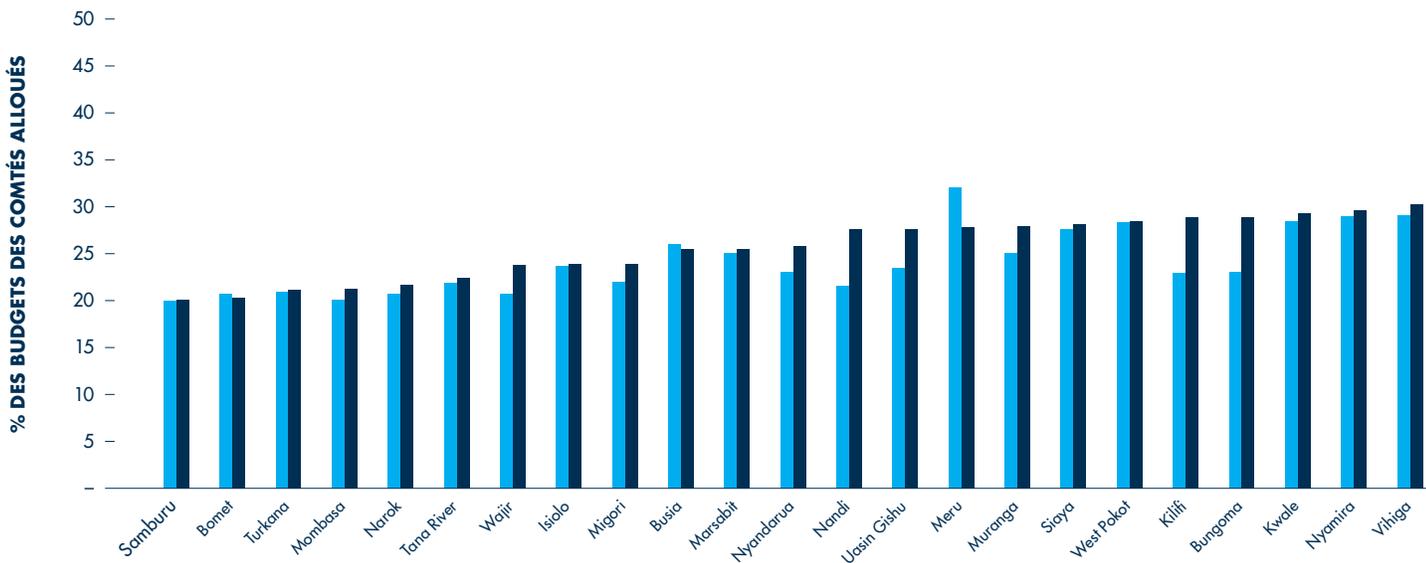
THS-UCP impliquent que les gouvernements des comtés affectent au moins 20 pour cent de leurs budgets à la santé. Dans le cas de figure où un comté avait consacré moins de 30 pour cent de son budget à la santé au cours de l'année précédente, ces critères requièrent également une augmentation de la part du budget affectée à la santé. En second lieu, le gouvernement a initié la mise en œuvre de la première phase de son programme de CSU dans quatre comtés et cela, en utilisant une approche de financement axée sur l'offre. En supprimant les paiements directs pour les services hospitaliers, cette initiative vise à accroître l'utilisation des services hospitaliers tout en réduisant le fardeau financier assumé par les personnes à faible revenu. Enfin, les quatre comtés impliqués dans la première phase du programme de CSU reçoivent également un appui pour la prestation de services de santé primaire à travers la fourniture de produits de santé et d'équipements.

Assistance technique pour appuyer les services de santé reproductive, de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent (SRMNEA)

Cofinancé par l'Agence américaine pour le développement international (USAID), le Ministère britannique du développement international (DFID) et l'Agence danoise de développement international (Danida), le Fonds fiduciaire à multiples bailleurs de fonds pour une assistance technique en faveur de la SRMNEA (MDTF), appuie le THS-UCP et le cadre d'investissement en fournissant une assistance technique. Cette assistance technique vise à améliorer l'efficacité du gouvernement national et des gouvernements de comtés à obtenir de meilleurs résultats de SRMNEA, plus durables. Bien que le MDTF ne reçoive pas de contributions financières de la part du partenariat du GFF, il implique une collaboration et une complémentarité importantes puisque les objectifs du MDTF s'alignent directement sur le THS-UCP



Figure 1 **Au cours de l'exercice 2018-2019, 43 des 47 comtés du Kenya ont augmenté leurs budgets de santé**
Pourcentage du budget consacré à la santé au Kenya, par comté, exercice 2017/2018 et exercice 2018/2019



et fournissent des intrants essentiels au fonctionnement du cadre d'investissement au niveau national.

Une assistance technique a été fournie dans un certain nombre de domaines qui renforcent le système de santé, notamment : (1) pour le renforcement des capacités des gouvernements nationaux et de comtés à travers une standardisation des processus de planification et de budgétisation des comtés, auparavant très fragmentés ; (2) pour la gestion de la chaîne d'approvisionnement dans cinq comtés ; (3) pour la coordination des parties prenantes dans 22 comtés ; (4) pour le suivi et l'évaluation de la SRMNEA dans 8 comtés ; et (5) pour une cartographie et un suivi des ressources afin d'assurer que tous les investissements de santé (budgétisés, hors budget et dispensés en nature) sont reflétés dans le plan de travail annuel du secteur de la santé et que les ressources sont associées aux processus de planification et de communication des résultats. Plus spécifiquement, concernant le cinquième domaine (5), l'objectif est d'assurer que les ressources sont liées aux processus annuels de planification du Cadre de dépenses à moyen terme (CDMT) et aux processus sectoriels annuels inhérents à l'élaboration de rapport.²

Le MDTF a encouragé les responsables de la santé à partager leurs expériences et les enseignements qu'ils en ont tirés afin d'améliorer la coordination et cela, parmi les bailleurs de fonds et au sein des secteurs du gouvernement. Il a également appuyé la modification des outils d'évaluation de la performance et de planification du gouvernement, et contribué à l'élaboration

d'un cadre de gestion des finances publiques permettant aux gouvernements des comtés de « sécuriser » les fonds alloués à la santé.

Résultats

En 2017, une crise grave impliquant le personnel de santé a perturbé le fonctionnement du système de santé du Kenya et cela, pendant près d'un an. Survenues à l'échelle nationale, les longues grèves de médecins et d'infirmiers ont eu une incidence sur la prestation des services comme en témoigne la baisse soudaine (2017) de la couverture des principaux services soulignée dans cette étude de cas. À la suite de ce choc, la reprise du Kenya a été impressionnante : en l'espace d'une année (dès 2018/2019), le pays a réussi à atteindre et, dans de nombreux cas dépasser, les niveaux de couverture d'avant grève – niveaux qui avaient fait face à une détérioration constante depuis 2015.

La mobilisation et l'utilisation des ressources nationales pour la santé se sont améliorées au niveau de la planification et de la budgétisation des comtés. Les 47 comtés du Kenya ont tous satisfait aux critères d'éligibilité de la THS-UCP en augmentant les allocations pour la santé au cours des deux dernières années. En outre, certains comtés consacrent plus de 30 pour cent de leur budget à la santé (bien au-delà des 20 pour cent requis). Six comtés ont augmenté leurs affectations pour la santé de plus de 10 pour cent ; 13 comtés de 5 à 10 pour cent ; 26 comtés de moins de 5 pour cent ; et, deux comtés ont maintenu leurs affectations (Figure 1). Parmi les deux comtés restants,

seul le comté de Meru a connu une baisse significative en matière d'allocations pour la santé, passant de 32 à 28 pour cent ; le budget de l'autre comté n'a diminué que d'un point de pourcentage.

Les comtés s'attachent également à éliminer les retards liés aux financements et à améliorer les flux de financement, particulièrement le flux partant du Fonds pour les revenus des comtés vers le compte à but spécial – un compte sécurisé pour les subventions conditionnelles fournies par les bailleurs de fonds de la santé. En moyenne, entre 43 et 46 des 47 comtés transfèrent des fonds dans les 15 jours ouvrables, une amélioration significative par rapport aux conditions préalables à la réforme, lorsque les transferts de fonds entre les comtés et vers les formations sanitaires pouvaient prendre entre 3 et 12 mois en raison de l'absence de mécanismes clairs de décaissements.

En résumé, l'introduction d'interventions de SRMNEA à fort impact et rentables, la promotion d'un apprentissage conjoint et le suivi des progrès réalisés pour atteindre les objectifs principaux de santé ont participé à aider le Kenya à enregistrer des améliorations mesurables dans le cadre de ses quatre indicateurs, à savoir les soins prénatals, les accouchements assistés par un personnel qualifié, la vaccination et la planification familiale (Figure 2).

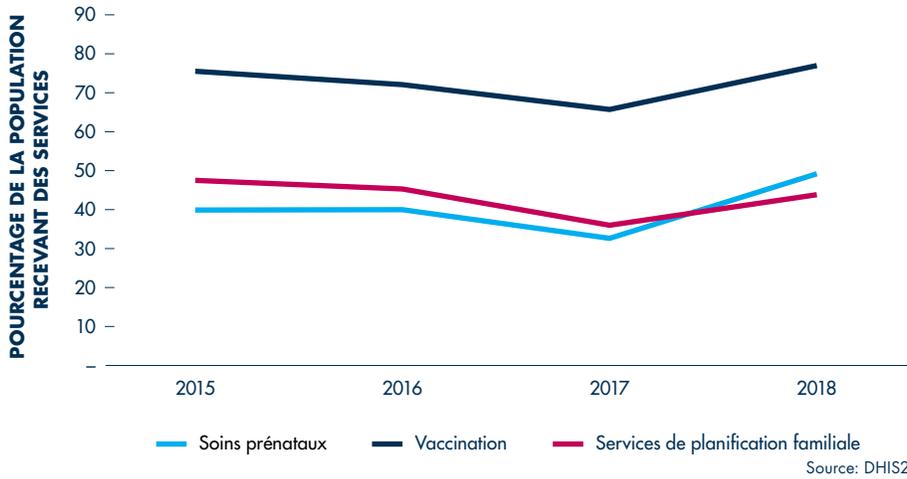
Le nombre de consultations prénatales (CPN) pour les femmes a considérablement augmenté entre 2015 et 2018. En 2018, 48,6 pour cent des femmes enceintes avaient bénéficié d'un minimum de quatre



² Le système de cartographie des ressources associé aux CDMT annuels bénéficie de l'assistance technique de Clinton Health Access Initiative (CHAI).

Figure 2 **Accroissement des soins prénatals, de la planification familiale et des vaccinations des enfants au Kenya de 2015 à 2018, avec notamment une reprise impressionnante en 2018 à la suite des graves perturbations survenues au sein des services de santé en 2017**

Pourcentage de la population kényane recevant des soins prénatals, des vaccinations et des services de planification familiale, annuellement, 2015–2018



consultations prénatales (CPN4), soit une augmentation de 9,5 points de pourcentage par rapport à 2015 (Figure 3). La Figure 3 souligne néanmoins que, malgré ces améliorations, d'importantes variations subsistent d'un comté à l'autre : alors que 19 comtés ont enregistré une augmentation de 10 à 43 points de pourcentage, 11 comtés n'ont enregistré que peu, ou aucune, amélioration (moins de 5 points de pourcentage). En outre,

le pourcentage d'accouchements assistés par un personnel qualifié s'est également accru, passant de 56,9 pour cent en 2015 à 65,0 pour cent en 2018.

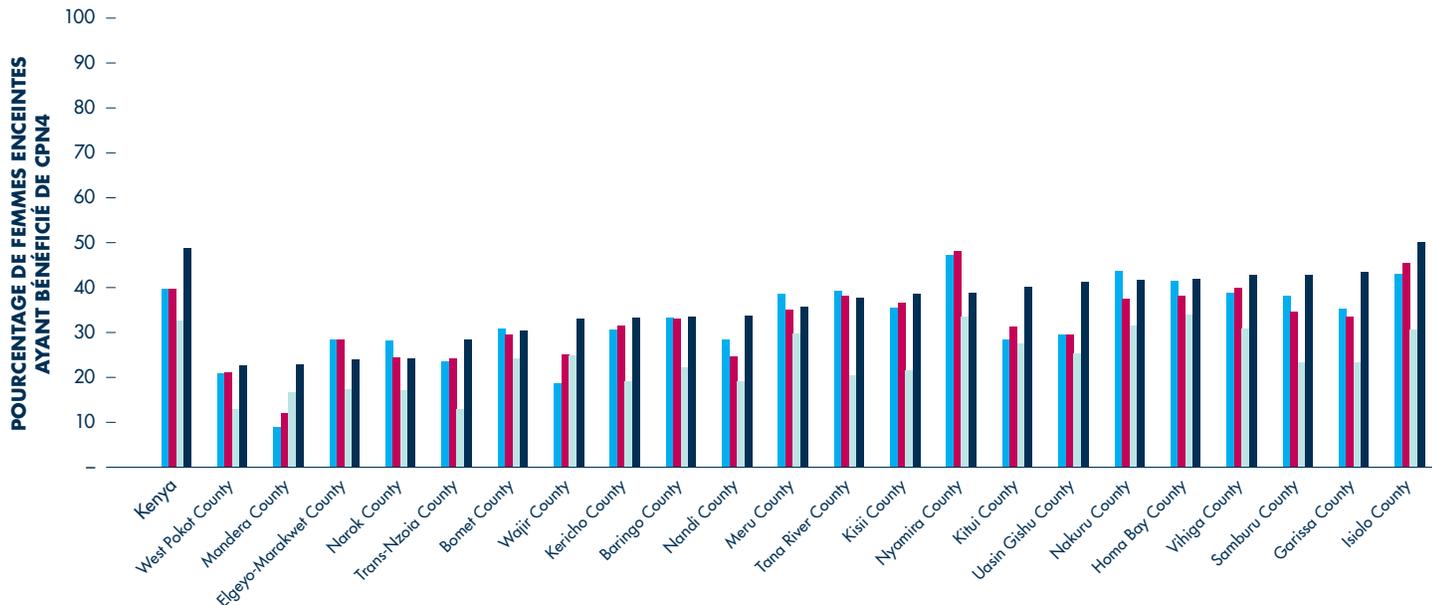
Au Kenya, entre 2015 et 2018, la proportion d'enfants de moins d'un an ayant été pleinement vaccinés est pratiquement restée inchangée, passant de 75,1 à 75,5 pour cent. Il est toutefois important de noter que

cet indicateur a rebondi de façon importante à la suite des grèves, passant de 63,8 pour cent en 2017 à 75,5 pour cent en 2018. Comme dans le cas de la couverture des CPN4, les progrès ont été très variables selon les comtés, avec 20 comtés enregistrant une augmentation et 27 enregistrant une baisse des taux de vaccination (Figure 4). D'importantes augmentations ont néanmoins été observées dans quelques comtés. Le Comté de Nyeri a enregistré la plus forte augmentation en passant de 37,4 pour cent en 2015 à 77,5 pour cent en 2018, soit une augmentation de 40,1 points de pourcentage. Le Comté de Turkana a enregistré la deuxième augmentation la plus importante, passant de 45,1 pour cent en 2015 à 84,5 pour cent en 2018, soit une hausse de 39,4 points de pourcentage. Les augmentations ont varié de 2 à 19 points de pourcentage dans 15 comtés et ont été inférieures à 2 points de pourcentage dans 3 comtés. Vingt-sept comtés ont connu des baisses : les taux de vaccination dans 5 comtés ont diminué de moins de 2 points de pourcentage et les 22 autres comtés ont connu une diminution de plus de 2 points de pourcentage. La baisse du taux de vaccination a été plus importante dans le Comté de Kwale, avec une chute de 34,4 points de pourcentage.

Le pourcentage de femmes en âge de procréer ayant reçu des produits de planification familiale moderne a considérablement baissé entre 2015 et 2017,

Figure 3 **À l'exception de 10 comtés, tous les comtés ont enregistré une augmentation de la couverture des soins prénatals pour les femmes (au moins quatre consultations prénatales) depuis 2015, mais les 47 comtés ont tous rebondi après la grève des infirmiers et des médecins survenue en 2017.**

Pourcentage de femmes enceintes au Kenya ayant bénéficié de quatre consultations prénatales (CPN4), annuellement, 2016–2018



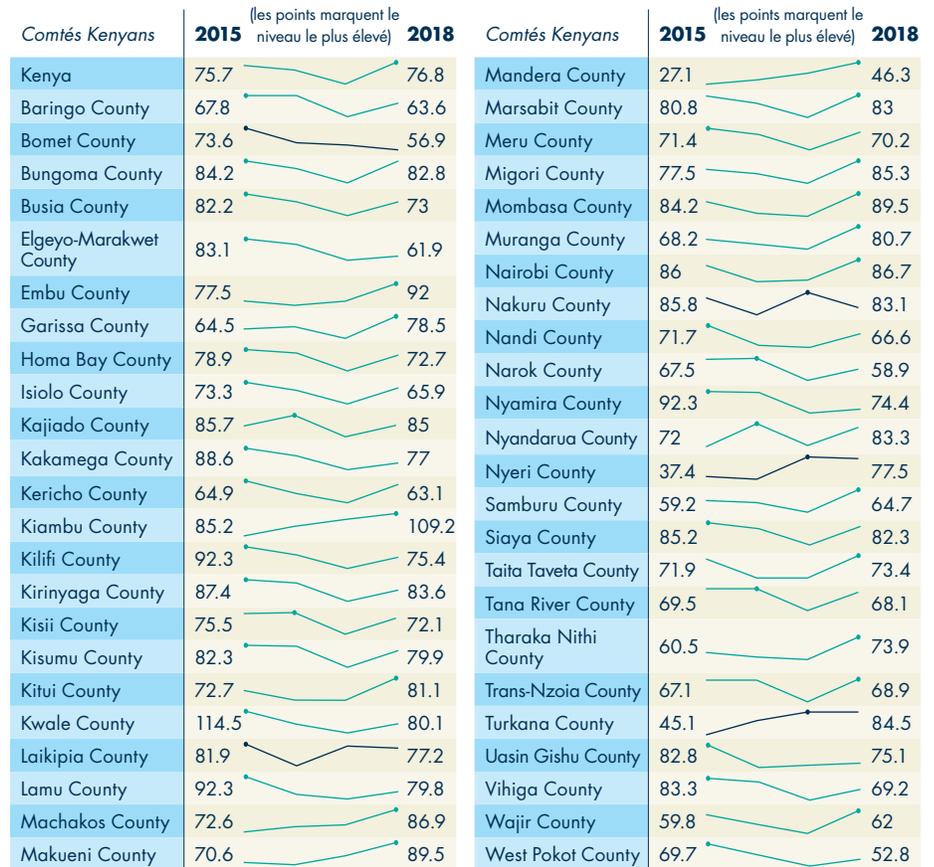
passant de 47,8 pour cent à 36,3 pour cent – une baisse qui peut être imputée à la grève des médecins et des infirmiers survenue en 2017. Bien que l'utilisation des services de planification familiale ait augmenté en 2018 pour atteindre 44,1 pour cent, elle n'a pas atteint les niveaux d'avant grève. Pour promouvoir un accroissement en matière de disponibilité et d'utilisation des services de planification familiale, le projet de la THS-UCP a récemment dépensé 7 millions d'US\$ pour acheter des produits de planification familiale et, par extension, pour améliorer l'approvisionnement et l'accès. Il est toutefois à noter qu'un déficit de financement subsiste dans le cadre de l'approvisionnement des produits de planification familiale et celui-ci pourrait entraver les progrès à venir.

Conclusion

En général, le Kenya a amélioré la couverture des principaux services de santé maternelle et infantile, tels que les soins prénatals, les accouchements assistés par un personnel qualifié et la planification familiale. Les perturbations apportées au système de santé par les grèves prolongées des infirmiers et des médecins ne doivent toutefois pas être sous-estimées. Leur impact se reflète dans les progrès inégaux observés d'un indicateur à l'autre (vaccination des enfants, par exemple) ainsi que d'une région à l'autre. Il sera décisif de continuer à soutenir les comtés et à renforcer la planification, la budgétisation et l'utilisation des données pour identifier et éliminer les goulots d'étranglement et atteindre les objectifs du KHSSP et cela, au moyen de plans d'action spécifiques adaptés aux besoins particuliers de chaque comté.

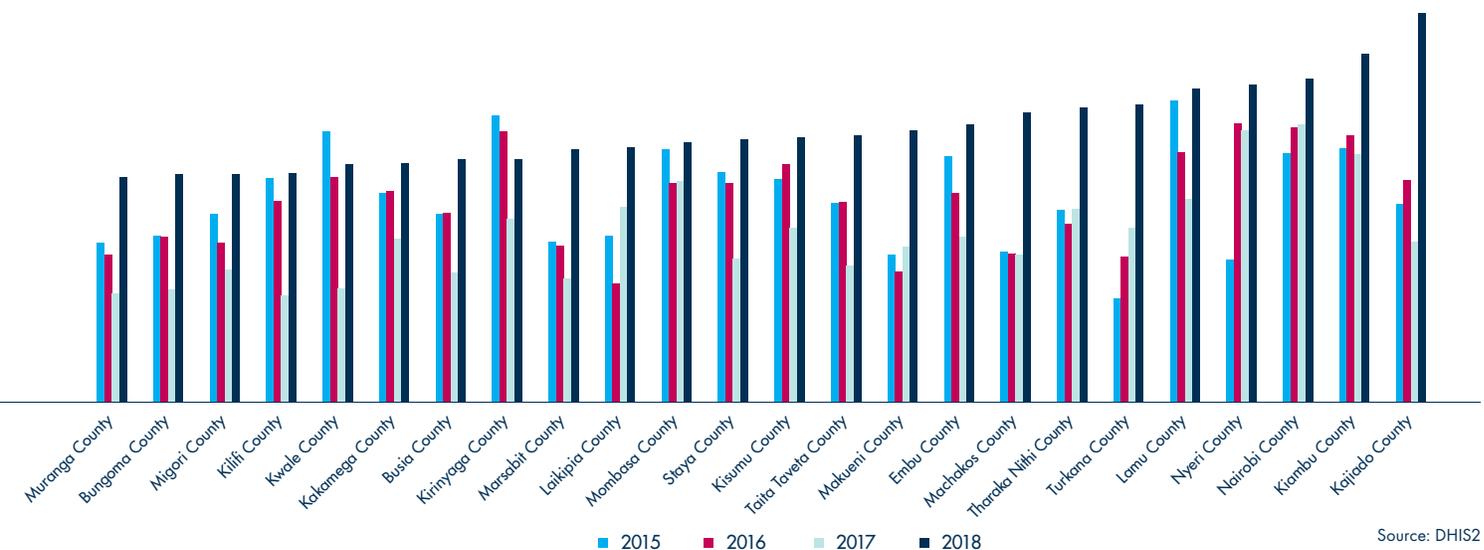
Figure 4 **Les progrès en matière de couverture des taux de vaccination ont considérablement varié d'un comté à l'autre par rapport aux niveaux de 2015, mais presque tous les comtés (42) ont vu leur couverture augmenter depuis 2017**

Pourcentage d'enfants kenyans âgés de moins d'un an qui ont été pleinement vaccinés, 2015 vs 2018



— Presque tous les comtés ont connu une augmentation en matière de couverture depuis 2017

Source: DHIS2



Source: DHIS2

Mozambique

Depuis la fin de la guerre civile en 1992, le Mozambique a réussi à considérablement réduire ses taux de mortalité maternelle et néonatale ainsi que son taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans. Les progrès réalisés dans ces domaines ont néanmoins été inégaux et ont été limités pour les quintiles de revenus les plus faibles ainsi que pour les populations rurales. Sous la direction du Gouvernement du Mozambique, et en collaboration avec divers partenaires, y compris le GFF, un dossier d'investissement quinquennal a été élaboré. Le dossier d'investissement priorise les districts de 10 provinces affichant le fardeau le plus important en matière de maladies et privilégie les activités de renforcement des systèmes de santé requises pour éliminer les goulots d'étranglement entravant la prestation de services de santé reproductive, de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent et, de nutrition (SRMNEA-N).



Encadré 1: Tendances des principaux indicateurs de SRMNEA-N (1997-2011, EDS)

- + **Taux de mortalité maternelle** : a baissé de 692 à 408 décès pour 100 000 naissances vivantes
- + **Taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans** : a baissé de 201 à 97 pour 1 000 naissances vivantes
- + **Taux de mortalité néonatale** : a baissé de 54 à 30 décès pour 1 000 naissances vivantes
- + **Prévalence du retard de croissance parmi les enfants de moins de cinq ans** : a augmenté de 42,4 à 42,6 %
- + **Prévalence de l'émaciation parmi les enfants de moins de cinq ans** : a baissé de 10,5 à 5,9%
- + **Taux de fécondité parmi les adolescentes, spécifique à l'âge (15 à 19 ans)** : a baissé de 179 à 167 naissances vivantes pour 1 000 femmes*

*Les données pour cet indicateur soulignent un changement entre 2003 et 2015.

Parallèlement à ces activités, et malgré un environnement macroéconomique difficile caractérisé par des pressions visant à réduire les dépenses publiques, le gouvernement a commencé à augmenter son ratio de dépenses publiques pour la santé par rapport à ses dépenses publiques totales. Les données de décembre 2018 soulignent une importante progression vers la réalisation des objectifs liés au renforcement des capacités, au personnel de santé et à l'utilisation systématique de données. Cette progression commence à se traduire en une meilleure utilisation des formations sanitaires et des services de santé, notamment avec une augmentation de l'utilisation des services de santé prénatale, des accouchements en milieu institutionnel et des services de planification familiale.

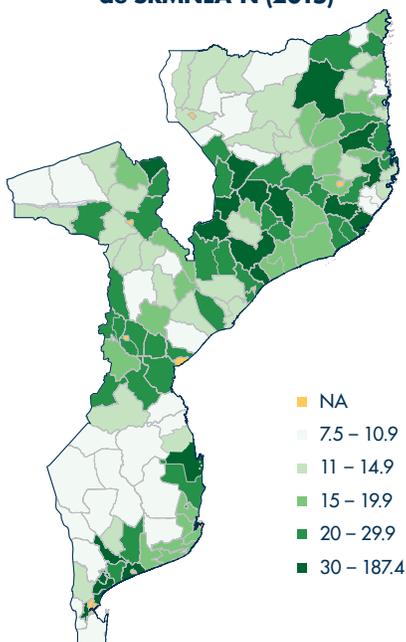
Priorités nationales : Dossier d'investissement du Mozambique

Piloté par le gouvernement, le processus d'élaboration du dossier d'investissement du Mozambique a été inclusif, impliquant la participation du GFF et d'un éventail d'acteurs importants, notamment les groupes historiquement sous-desservis comme les adolescentes. Orientant toutes les interventions du secteur, le Plan stratégique



du secteur de la santé (PESS) pour 2014-2019 a servi de base pour établir les priorités du Dossier d'investissement. Une partie de cet exercice de priorisation a consisté à classer les 142 districts du Mozambique en fonction de leurs besoins, tels que la disponibilité des ressources et la couverture des services, ainsi qu'en fonction de leur potentiel en matière de réalisation de résultats. Ceci est illustré dans la Figure 1, où les districts indiqués en couleur sombre disposent du potentiel le plus important en matière de résultats et, les districts indiqués en couleur claire disposent du potentiel le moins important en matière de résultats. La majorité des districts indiqués en couleur sombre est dotée d'un hôpital ainsi que d'une densité de population et d'un réseau de santé plus importants que la moyenne nationale ; ces districts affichent également des taux de couverture actuels plus élevés. Dans le même temps, des investissements sont requis à la fois dans les districts indiqués en couleur sombre et dans les districts indiqués

Figure 1 **Les districts du Mozambique sont classés en fonction de leur potentiel en matière de réalisation de résultats de SRMNEA-N (2015)**



en couleur claire. Alors que les districts indiqués en couleur sombre nécessitent des investissements pour renforcer le rôle joué par les districts de référence dans la prestation de soins néonataux et maternels d'urgence, les districts indiqués en couleur claire doivent davantage se concentrer sur des solutions de proximité, notamment des solutions axées sur les agents de santé communautaire et les brigades mobiles qui ciblent les populations dispersées.

En fonction de ce travail, le Dossier d'investissement a identifié 42 districts dans 10 provinces qui accusent un retard et y concentre les investissements et les interventions.

Le dossier d'investissement définit trois priorités pour renforcer le Service national de santé :

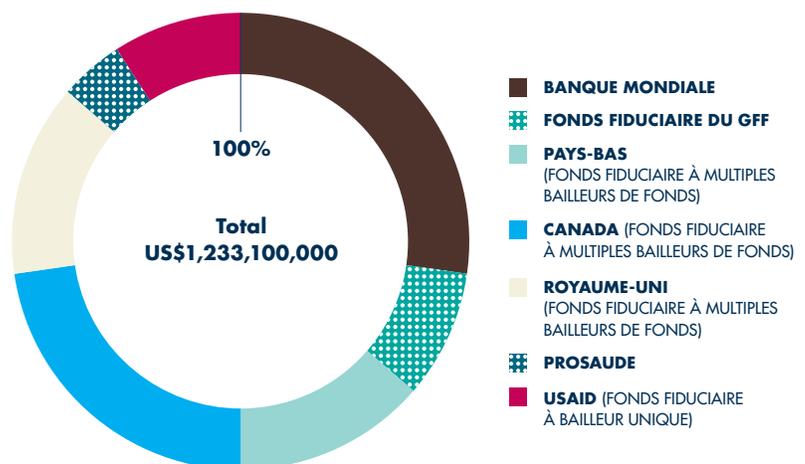
1. Amélioration de la couverture, de la qualité et de l'accès aux services essentiels de santé primaire et cela, à travers des investissements axés sur l'offre et la demande qui s'étendent aux districts les moins denses affichant un lourd fardeau des maladies – par exemple, à travers l'utilisation d'agents de santé communautaire ;

2. Interventions de renforcement des systèmes, comme l'amélioration de la collecte et du suivi des données au sein des systèmes d'enregistrement et de statistiques de l'état civil (CRVS) ; et,
3. Accroissement du volume, de l'efficacité et de l'équité des financements de santé provenant de sources nationales et externes.

Au Mozambique, le GFF s'est attaché à appuyer le processus inclusif d'élaboration, de financement et de mise en œuvre du dossier d'investissement piloté par le gouvernement. Cela a impliqué une cartographie détaillée des ressources qui sont directement liées au dossier d'investissement et qui le financent pleinement au cours de la période s'étendant de 2018 à 2022 (Figure 2). Le Mozambique s'était fermement engagé en faveur d'un dossier d'investissement entièrement financé dont tous les fonds sont acheminés à travers des systèmes gouvernementaux.

Au Mozambique, l'appui fourni par le GFF se concentre sur les résultats et cela, à travers le cofinancement du Dossier d'investissement via le Programme de

Figure 2 **Cartographie des ressources pour le dossier d'investissement du Mozambique (répartition en pourcentage)**



renforcement des soins de santé primaire. Ce programme a notamment pour objectifs de : (1) maintenir et, à termes, augmenter le ratio des dépenses publiques pour la santé par rapport aux dépenses publiques totales ; (2) accroître le nombre, la portée et la capacité des agents de santé communautaire qui fournissent des services importants de SRMNEA-N dans les districts prioritaires ; (3) collecter et utiliser des données pour appuyer la prise de décision ; et (4) accroître la qualité et la couverture des services de SRMNEA-N dans les districts qui affichent à la fois un important fardeau en matière de maladies et un fort potentiel en matière de réalisation de résultats.

Résultats

Directement relié au dossier d'investissement, la mise en œuvre du Programme de renforcement des soins de santé primaire a dépassé la plupart de ses objectifs (Tableau 1)¹. En décembre 2018, le ministère de l'Économie et des Finances a annoncé que le ratio des dépenses publiques pour la santé par rapport aux dépenses publiques totales du gouvernement s'élevait à 9 pour cent, indiquant ainsi que le pays est en voie de réaliser l'objectif fixé à 9,5 pour cent 2021. Le gouvernement s'est également engagé à augmenter les dépenses de santé dans les 42 districts prioritaires et cela, de 0 US\$ en

2017 à 9 millions d'US\$ en 2019 et, à 36 millions d'US\$ d'ici à 2021. Cet objectif n'a néanmoins pas été atteint au cours de la première année.

Les effectifs en matière de ressources humaines pour la santé primaire et communautaire ont également été accrues : en 2018, les 3 390 agents de santé communautaire ciblés avaient été formés et étaient actifs. Avec un objectif de 8 800 fixé pour 2020, l'objectif pour la première année a été atteint avec 5 363 agents de santé communautaire formés. En matière d'agents techniques de santé affectés au réseau de soins de santé primaire, l'objectif 2018 était de 14 344 (à partir d'une base de référence de 11 970 en 2017) et l'objectif fixé pour 2022 est de 17 662.

L'enregistrement et l'utilisation systématiques des données se sont également améliorés. Pour accélérer les progrès réalisés dans le cadre du suivi de la mise en œuvre du dossier d'investissement ainsi que pour répondre aux défis rencontrés en matière de suivi au niveau infranational, le gouvernement et ses partenaires développent actuellement un tableau de bord national doté d'indicateurs conjointement convenus. En attendant, des fiches d'évaluation de la qualité des soins fournis dans les centres de santé et dans les hôpitaux ont été testées et seront mises à l'échelle.

Constituant un domaine prioritaire du dossier d'investissement, l'enregistrement des statistiques de l'état civil s'est également amélioré : la part des formations sanitaires utilisant le Module de gestion des données (MGDH) pour enregistrer les causes de décès est passé de 70 à 100 pour cent dans les hôpitaux et de 0 à 50 pour cent dans les formations sanitaires.

Enfin, un bon nombre d'indicateurs et d'objectifs de SRMNEA-N définis dans le Programme de renforcement des soins de santé primaire pour 2018 ont été atteints ou dépassés (Tableau 1). La proportion des naissances ayant eu lieu dans des formations sanitaires a atteint 80 pour cent, dépassant les objectifs fixés pour 2018. En matière de nutrition, les objectifs de 2018 se concentraient principalement sur la formation des ressources humaines importantes de la nutrition et sur la mise en œuvre du Paquet d'interventions de nutrition (NIP) dans les huit provinces les plus touchées. Ces objectifs ont également été atteints, avec 3 609 078 enfants supplémentaires ayant bénéficié de services de nutrition de base entre 2017 et décembre 2018. En outre, pour améliorer les résultats de santé sexuelle et reproductive, le Mozambique a privilégié la réduction des besoins non satisfaits en matière de planification familiale et l'augmentation de l'accès aux contraceptifs modernes. Pour suivre l'utilisation de ces services, le Mozambique utilise l'indicateur intitulé « couple-année de protection (CAP) ». En 2018, cet indicateur a enregistré une augmentation de 26 pour cent par rapport à l'année précédente, dépassant ainsi les objectifs nationaux.

Table 1 **Indicateurs liés aux décès sélectionnés à partir de l'étude de référence (décembre 2017) jusqu'à décembre 2018**

Indicateurs de résultats	Décembre 2017 (Étude de Référence)	Objectifs 2018	Décembre 2018 Réalizations
Pourcentage d'accouchements en milieu institutionnel dans 42 districts accusant un retard	66.10%	66.80%	80% ²
Nombre « couple-année de protection (CAP) »	1,722,692	2,135,012	3,238,928
Nombre de femmes et d'enfants ayant bénéficié de services de nutrition de base	0	Formation des agents de santé complétée ; système de suivi et d'évaluation établis	Formation des agents de santé complétée ; système de suivi et d'évaluation établis
Nombre d'agents de santé communautaire formés et actifs (APE)	3,380	4,723	4,789
Nombre d'agents techniques de santé affectés au réseau de santé primaire	11,970	12,205	14,344

Conclusion

À l'avenir, il sera important pour le Mozambique de renforcer davantage les structures de coordination existantes afin d'établir une plateforme nationale performante. La plateforme nationale devra se concentrer sur le suivi régulier (trimestriel) de la mise en œuvre du dossier d'investissement afin de faciliter la prise, opportune et pertinente, de mesures correctives. En outre, la qualité des données demeure un défi et doit donc être davantage renforcée puisqu'elle est au fondement du fonctionnement de la plateforme nationale et de son rôle en matière de suivi des données.

¹ Communiqués par le gouvernement, ces résultats doivent encore être vérifiés par un vérificateur indépendant.

² À partir du 1er octobre 2008.



Nigéria

Avec un statut de pays à revenu intermédiaire de la tranche inférieure et une large population à fort taux de croissance, le Nigéria est confronté à une importante pression sur les modalités de fourniture et de paiement des services de santé. Ayant intégré le GFF en 2015, le Nigéria affiche les dépenses de santé par habitant parmi les plus faibles au monde et le pays dépense moins pour la santé que d'autres pays disposant d'un niveau de revenus comparable. Dans le même temps, l'insurrection de Boko Haram a particulièrement fragilisé la région du Nord-Est du pays, entravant la prestation de services, détruisant les infrastructures de santé et limitant l'accès aux services de santé et de nutrition. Cette période d'agitation et de divisions sociales et politiques a freiné les efforts de lutte contre la pauvreté et contre les inégalités.



Encadré 1: Tendances des principaux indicateurs de SRMNEA-N (2008-2013, EDS)

- + **Taux de mortalité maternelle** : a augmenté de 545 à 576 pour 100 000 naissances vivantes
- + **Taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans** : a augmenté de 38 à 120 pour 1 000 naissances vivantes*
- + **Taux de mortalité néonatale** : a baissé de 40 à 37 pour 1 000 naissances vivantes
- + **Prévalence du retard de croissance parmi les enfants de moins de cinq ans** : a augmenté de 34,3 à 44 pour cent **
- + **Prévalence de l'émaciation parmi les enfants de moins de cinq ans** : a augmenté de 10,8 à 11 pour cent **
- + **Taux de fécondité parmi les adolescentes, spécifique à l'âge (15 à 19 ans)** : a baissé de 126 à 122 pour 1 000 naissances vivantes***

Le gouvernement fédéral a créé le Fonds pour la Prestation des Soins de Santé de Base (BHCPF) afin d'accroître les financements pour la santé et fournir un Paquet Minimum universel de Services de Santé (BMPHS) à tous les nigériens. Pour davantage cibler les populations les plus pauvres et les plus vulnérables du pays, tout en s'alignant sur le dossier d'investissement, le Projet d'Investissement dans le Secteur de la Santé du Nigéria (NSHIP) a été étendu aux régions du Nord touchées par le conflit. Bien qu'il ne soit pas possible d'attribuer des résultats à une entité, une intervention ou une réforme de santé particulière, les données d'une récente Enquête Démographique et de Santé (EDS, 2018) indiquent que des progrès ont été réalisés dans plusieurs domaines importants de la santé reproductive, de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent et, de nutrition (SRMNEA-N) et cela, également dans les régions du Nord où le NSHIP a été étendu. Cependant, ces résultats soulignent également des lacunes en matière de prestation, de qualité et d'accès aux services de santé ainsi qu'une situation nutritionnelle préoccupante, qui s'avère particulièrement grave dans les régions situées au Nord du pays. La mise à l'échelle continue du NSHIP, ainsi que l'introduction par le gouvernement du projet d'Accélération des Résultats de Nutrition au Nigéria (ANRIN), permettront de poursuivre

* Les données concernent les années 2007 à 2017, MICS.

**Les données concernent les années 2007 à 2017, EDS.

***Les données concernent les années 2003 à 2013.



la mise à l'échelle du BMPHS et cela, tout en répondant aux besoins nutritionnels des mères et des enfants dans les régions les plus vulnérables du pays.

Priorités nationales : La Loi nationale sur la Santé

Au Nigéria, la Loi nationale sur la Santé a fourni un catalyseur important pour la mobilisation de ressources nationales et cela, en libérant une contribution initiale à partir de ressources nationales pour financer le travail, priorisé sur une base géographique et programmatique et axé sur les principaux services de santé et de nutrition. Promulguée en 2014, la Loi nationale sur la Santé stipule que tous les nigériens ont droit à un Paquet Minimum de Services de Santé de Base, (BMPHS), gratuit et universel. Ce paquet de services à fort impact inclut la prestation équitable de services de planification familiale, de consultations prénatales, d'accouchement institutionnels, de dépistage des maladies non transmissibles, de prévention et de traitement du paludisme et, de prévention et de traitement des maladies affectant les enfants de moins de 5 ans.

Afin d'accélérer la réalisation de ces objectifs, le partenariat du GFF a fourni un appui au gouvernement du Nigéria, particulièrement pour : (i) augmenter l'enveloppe globale des financements pour la mise en œuvre de la Loi nationale sur la Santé et améliorer l'efficacité avec laquelle ces fonds sont utilisés; et (ii) atteindre les populations les plus pauvres et les plus vulnérables du pays, grâce à l'extension du Projet d'Investissement dans le Secteur de la Santé du Nigéria (NSHIP) et cela, dans le Nord-Est du pays où il était extrêmement difficile de fournir des services en raison du conflit.

Augmenter l'allocation et l'utilisation efficace des financements pour la mise en œuvre de la Loi nationale sur la Santé et du Paquet Minimum de Services de Santé de Base (BMPHS)

L'organe principal de financement du BMPHS est le Fonds pour la Prestation des Soins de Santé de Base (BHCPF), qui est en train d'être introduit en tant que mécanisme pour acheminer des ressources nationales et internationales supplémentaires dans les 36 États du Nigéria ainsi qu'au sein de la Capitale Fédérale d'Abuja. En 2018, le GFF et la Fondation Bill et Melinda Gates ont fourni un financement au BHCPF pour tester et valider ce concept et cela, avec l'appui technique de partenaires comme la Banque mondiale et l'USAID. En outre, le partenariat du GFF a incité le gouvernement du Nigéria à engager des ressources nationales, équivalent à 180 millions d'US\$ (1% du budget fédéral annuel), pour appuyer le BHCPF sur une base annuelle. Le gouvernement a effectué une première allocation budgétaire en 2018.

Le BHCPF comprend un système d'accréditation pour renforcer le suivi de la qualité des soins et de la gouvernance clinique. Un système de fiches d'évaluation est utilisé pour suivre la performance dans le cadre de 10 domaines prioritaires (Figure 1) et cela, avec une supervision supplémentaire exercée par le secrétariat de la gouvernance et de la redevabilité qui procédera à des évaluations périodiques pour assurer la conformité et l'efficacité. La fiche d'évaluation de la qualité permet non seulement au BHCPF de mettre l'accent sur les résultats, mais aussi d'utiliser la technologie électronique de remboursement pour chaque formation sanitaire.

Avec l'appui du GFF, le gouvernement du Nigéria a procédé à une cartographie préliminaire des ressources pour améliorer l'efficacité des fonds alloués à la mise en œuvre du BMPHS ainsi que l'alignement

Figure 1 Exemple d'une fiche d'évaluation de la qualité du BHCPF

Domaines prioritaires	ASSESSMENTS		
	Base de référence	2ème	3ème
Systèmes administratifs et infrastructures	■	■	■
Systèmes financiers	■	■	■
Ressources humaines	■	■	■
Gestions des soins délivrés aux patients	■	■	■
Médicaments et produits essentiels	■	■	■
Laboratoire	■	■	■
Services de santé maternelle et infantile	■	■	■
Systèmes de gestion de l'information sanitaire	■	■	■
Résultats cliniques et liés à l'utilisation	■	■	■
Perspectives de la communauté / des clients	■	■	■

■ Faible ■ Modéré ■ Élevé

des financements externes. Cet exercice a représenté une étape importante pour déterminer où et comment les financements externes doivent être budgétisés ainsi que pour identifier les domaines d'activités et des financements où des duplications et des lacunes subsistent.¹ La cartographie des ressources a souligné que le dossier d'investissement reste sous-financé (déficit de financement de 58 pour cent) et que des efforts doivent être déployés pour davantage de fonds alignés sur le BHCPF. Cette cartographie des ressources sera répétée

¹ Le dossier d'investissement au Nigéria est appuyé par les activités de plaidoyer ainsi que par les ressources financières du Gouvernement du Nigéria ; de la Fondation Aliko Dangote ; de la Fondation Bill et Melinda Gates ; de GAVI ; de Global Affairs Canada ; du Ministère norvégien des affaires étrangères ; de Power of Nutrition ; du Département du développement international du Royaume-Uni (DFID) ; de l'UNICEF ; du Fonds des Nations Unies pour la population (UNFPA) ; de l'Agence des États-Unis pour le développement international (USAID) ; de la Banque mondiale et du Fonds fiduciaire du GFF.

Innovations du Secteur Privé

Le secteur privé au Nigéria est organisé en fédérations au sein du secteur de la santé, ce qui permet un engagement constructif entre le gouvernement et le secteur privé. L'un des moyens utilisés par le secteur privé pour participer à l'élaboration du dossier d'investissement consistait à inviter la Fédération des soins de santé du Nigéria (HFN) et l'Alliance pour la santé du secteur privé du Nigéria (PSHAN) à organiser un concours afin de sélectionner les innovations les plus à même d'améliorer la couverture et la qualité des résultats de SRMNEA-N. Les propositions sollicitées visaient à compléter les capacités et les initiatives du gouvernement dans le cadre de contextes fragiles et s'articulaient autour de 4 axes : (1) la couverture des services de SRMNEA-N ; (2) la qualité des soins ; (3) les systèmes d'enregistrement et de statistiques de l'état civil ; et (4) l'accès aux médicaments. L'une des exigences des innovations était qu'elles devaient également se concentrer sur la région du Nord-Est, particulièrement affectée par l'insurrection de Boko haram. Les trois innovations sélectionnées et incluses dans le dossier d'investissement sont :

- + **InStrat Global Health Solutions**, qui mettra en œuvre une application mobile capable de soutenir des contenus de formation multimédias et permettre aux agents de santé d'améliorer leurs capacités à fournir des services de santé de haute qualité, notamment à travers un meilleur contact avec les patients qui s'articule autour de messages importants liés à leurs maladies ;
- + **Fondation PharmAccess**, qui introduira les normes SafeCare pour objectivement suivre et évaluer les systèmes de qualité dans les milieux aux ressources limitées ; renforcer les fonds renouvelables pour les médicaments ; et renforcer les capacités des agents de santé de première ligne ; et
- + **Riders for Health**, implique un système de transport géré, dotés de motos et d'ambulances, qui permettra aux femmes enceintes nécessitant des soins obstétricaux de se rendre au centre de santé le plus proche et cela, gratuitement et le plus rapidement possible.

chaque année et une cartographie plus détaillée des ressources infranationales sera complétée d'ici le début de l'année 2020.

Reconstruction du système de santé dans la région du Nord touchée par le conflit, à travers l'extension du Projet d'Investissement dans le Secteur de la Santé du Nigéria (NSHIP)

Le GFF cofinance le NSHIP, un programme qui attire l'attention sur des problèmes critiques comme la malnutrition chronique. Le NSHIP utilise une approche de financement basée sur la performance qui crée des incitations en vue d'améliorer les résultats de santé maternelle et infantile. En d'autres termes, un financement est directement fourni aux centres de santé primaire publics et privés présélectionnés et cela, en fonction de la réalisation de résultats de santé prédéfinis. La prise de décision est également décentralisée au niveau des formations sanitaires, leur conférant ainsi davantage

d'autonomie et de flexibilité pour innover et adopter leurs propres solutions locales pour atteindre des résultats.

Résultats

En 2018, plusieurs réalisations ont été enregistrées dans les régions affectées par le conflit et bénéficiant de l'appui du NSHIP et d'autres partenaires, notamment un accès et une utilisation accrues des services de santé et un renforcement des systèmes de santé. Les services financés par le NSHIP ont été étendus à 39 administrations locales, desservant 13,3 millions de personnes. Dans ces zones, 38 centres de santé secondaire et 437 centres de santé primaire ont été redynamisés, notamment à travers une amélioration des infrastructures et des ressources humaines. Probablement motivée par ces améliorations, 43 000 femmes supplémentaires ont bénéficié de services de santé prénatale et 51 000 accouchements supplémentaires ont été effectués par un personnel qualifié, avec une augmentation globale des accouchements assistés par

un personnel qualifié étant passée de 60 pour cent en 2017 à 70 pour cent en 2018. En outre, 40 000 enfants supplémentaires de moins de 1 an ont été vaccinés et la couverture vaccinale (DTC3) est passée de 34 pour cent en 2017 à 48 pour cent en 2018.

Etant donné que la mise en œuvre du BHCPF (2018) est assez récente et que le développement de systèmes de collecte et de communication des données liées aux indicateurs de SRMNEA-N est actuellement en cours, les données sur les améliorations de qualité, de gouvernance clinique de la prestation de services et sur les résultats de SRMNEA-N spécifiquement imputables au déploiement du BHCPF ne sont pas encore disponibles. Malgré l'incapacité à attribuer des résultats à une entité, une intervention ou une réforme de santé particulière, les données d'une récente Enquête Démographique et de Santé (EDS, 2018) indiquent que des progrès ont été réalisés sur plusieurs indicateurs de SRMNEA-N et cela, également dans les régions du Nord où le NSHIP a été étendu, comme cela a été décrit ci-dessus. Des améliorations en matière de couverture et de qualité des services maternels et infantiles du BMPHS ont été constatées aux niveaux national et régional. Cela comprend, par exemple, un accroissement du pourcentage d'accouchements avec un personnel qualifié ; de femmes bénéficiant de consultations postnatales ainsi que de l'utilisation des moustiquaires imprégnées d'insecticide (ITN) et du traitement préventif intermittent du paludisme. Cela inclut également réduction de l'émaciation parmi les enfants.

Alors que les principaux indicateurs de SRMNEA-N affichent des taux bien inférieurs aux niveaux nationaux dans les régions du Nord-Est et du Nord-Ouest, le taux d'amélioration observé dans ces régions est dans plusieurs cas bien supérieur aux améliorations enregistrées au niveau national. Par exemple, pour la période 2008-2018, les accouchements avec un personnel qualifié avaient augmenté de 11,2 points de pourcentage (de 16,5 à 27,7 pour cent) dans le Nord-Est et de 8,3 points de pourcentage (de 10,7 à 19 pour cent) dans le Nord-Ouest (Figure 2).

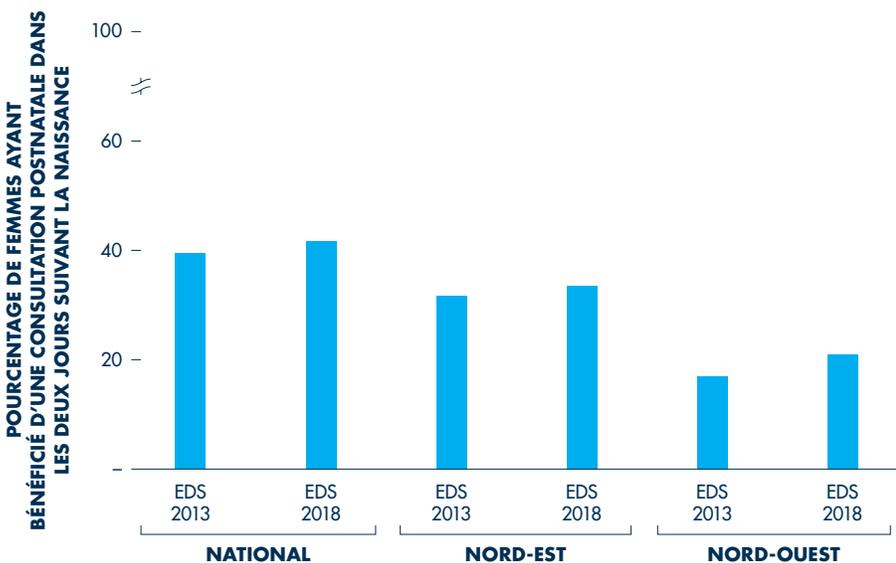
Constituant une intervention importante dans le cadre du BMPHS et des financements fournis par les partenaires externes, notamment le Fonds mondial et la Banque mondiale, la prévention du paludisme a connu d'importantes améliorations au Nigéria. Ces améliorations se traduisent en une forte augmentation de l'utilisation des moustiquaires

de lit par les femmes et les enfants (Figure 4), ainsi qu'en une prestation accrue du traitement préventif intermittent du paludisme au cours des consultations prénatales (Figure 5). Les tendances relatives à l'utilisation des moustiquaires de lit sont similaires pour les femmes et les enfants, ainsi que dans les régions du Nord et cela, par rapport aux tendances nationales. Alors que des baisses dans l'utilisation des moustiquaires ont été observées en 2013, les données de 2018 indiquent une reprise impressionnante avec des taux de couverture dépassant de loin les chiffres de 2013 et de 2008.

La proportion de femmes ayant accès à deux et trois doses ou plus de TPI (TPI2+ et TPI3+) a augmenté de manière radicale aux niveaux national et régional, soulignant une tendance à l'amélioration en matière de qualité des services prénatales. Ces tendances ont été observées aux niveaux national et régional, avec les régions du Nord présentant des améliorations égales ou supérieures à celles observées au niveau national. Par exemple, alors que la couverture du TPI 2+ au niveau national s'est vue multipliée par 8 (passant de 4,9 à 40,4 pour cent), elle s'est vue respectivement multipliée par 14 (de 2,9 à 40,7 pour cent) et par 8 (de 3,9 à 34,1 pour cent) dans le Nord-Est et dans le Nord-Ouest.

Figure 3 **Consultation postnatale dans les 1-2 jours suivant la naissance au Nigéria, dans l'ensemble du pays et dans les régions du Nord, en 2013 et 2018**

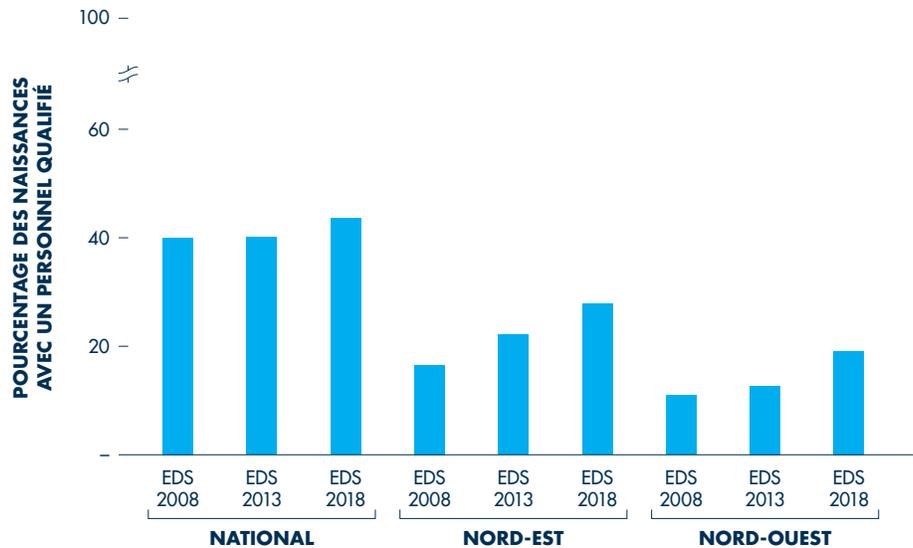
Le pourcentage de femmes ayant bénéficié de consultations postnatales a augmenté au cours des 5 dernières années et cela, avec des augmentations équivalentes ou supérieures à celles observées au niveau national dans les régions du Nord.



Source: EDS

Figure 2 **Taux d'accouchement avec un personnel qualifié au Nigéria, dans l'ensemble du pays et dans les régions du Nord, 2008, 2013 et 2018**

Alors que le pourcentage d'accouchement avec un personnel qualifié est inférieur à la moyenne nationale dans les régions du Nord du Nigéria, les améliorations enregistrées au cours de la dernière décennie dépassent de loin celles observées au niveau national.



Source: EDS

Au Nigéria, les progrès réalisés sur les indicateurs de nutrition ont été mitigés (Figure 6). Au cours de la dernière décennie, des améliorations significatives ont été observées quant à la proportion d'enfants souffrant d'émaciation. Etant donné le lien étroit qui existe entre l'émaciation et la mortalité, il est probable que ces améliorations contribuent à réduire la mortalité infantile. Entre 2008 et 2018, l'émaciation a été réduite de moitié ou plus dans les régions du Nord, passant de 22,2 à 10,1 pour cent le Nord-Est et de 19,9 à 10,1 pour cent dans le Nord-Ouest.

Ces tendances reflètent les importants financements fournis au cours des dernières années pour le traitement de la malnutrition aiguë sévère. Toutefois, en parallèle à ces réductions radicales en matière d'émaciation, une augmentation de la prévalence du retard de croissance a eu lieu, y compris dans les régions du Nord du pays. Comme le reconnaît le gouvernement du Nigéria dans le cadre du projet ANRIN, ceci indique qu'il faudra que les financements au-delà de la « nutrition d'urgence » (c-à-d. la malnutrition aiguë sévère) pour répondre à la "crise nutritionnelle" (c-à-d. le retard de croissance des enfants, la malnutrition maternelle, les carences en micronutriments, etc...) qui affecte les femmes et les enfants de manière disproportionnée.

Figure 4 **Utilisation de moustiquaires traitées parmi les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes au Nigéria, dans l'ensemble du pays et dans les régions du Nord, 2008, 2013 et 2018**

Des augmentations radicales dans l'utilisation des moustiquaires de lit ont été observées au Nigéria, et cela aux niveaux national et régional et en particulier de 2013 à 2018

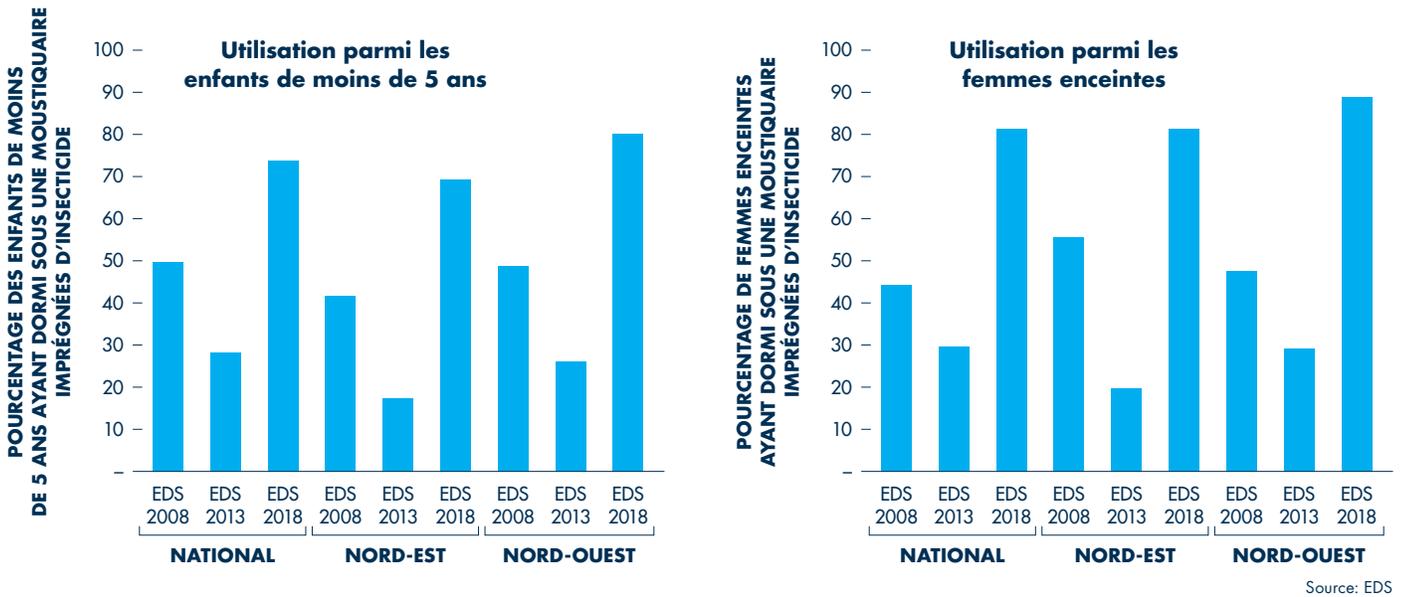


Figure 5 **Pourcentage de femmes (âgées de 15 à 49 ans) avec des naissances vivantes ayant pris au moins deux doses de TPI au cours de la grossesse, dans l'ensemble du pays et dans les régions du Nord, 2008, 2013 et 2018**

Les augmentations enregistrées en matière de couverture des TPI2+ et TPI3+ aux niveaux national et régional signalent des améliorations importantes en matière de qualité de la prestation de services au Nigéria.

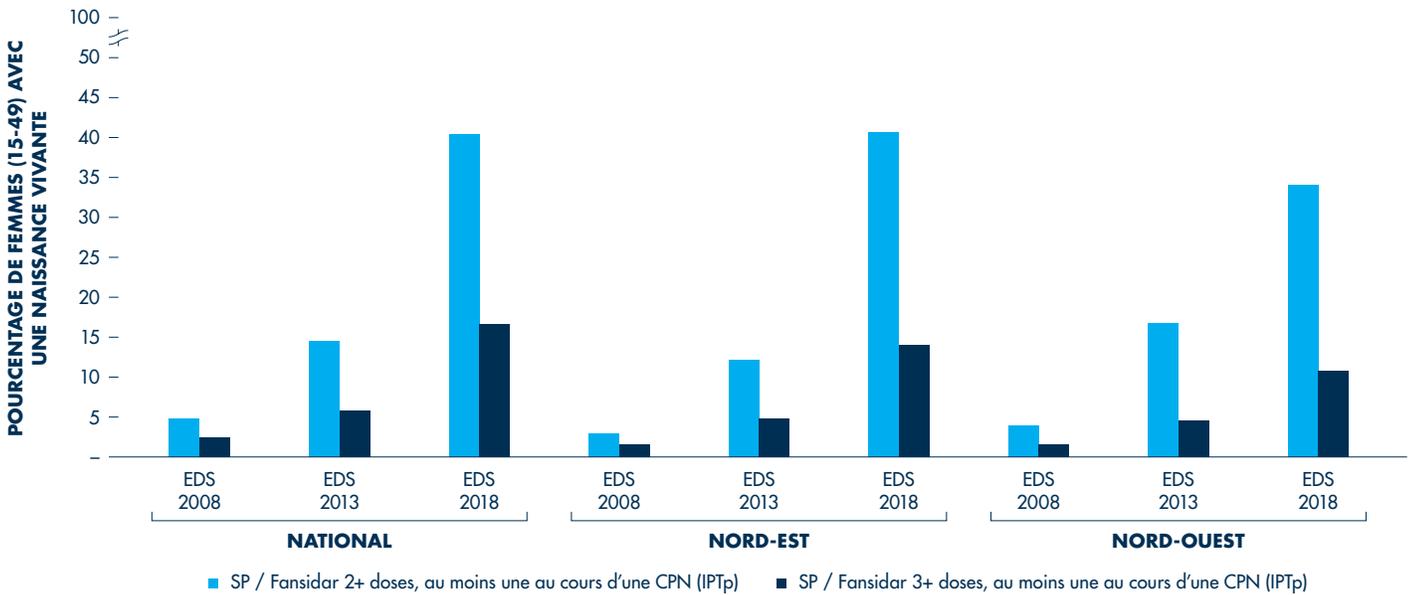
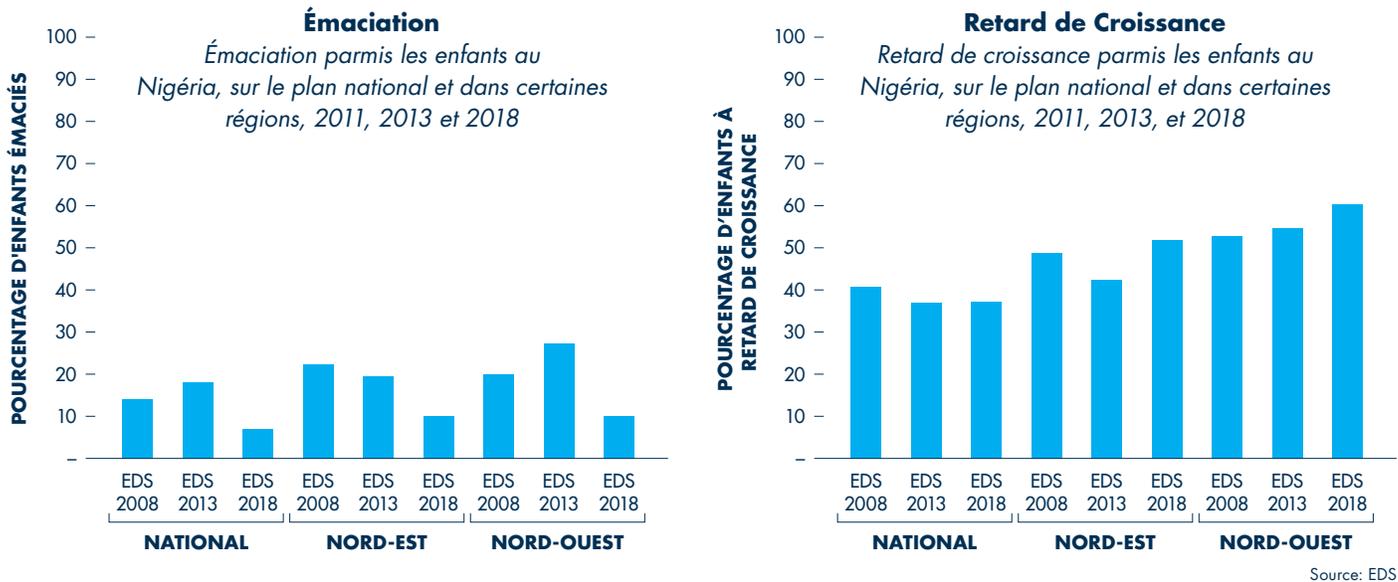


Figure 6 **Prévalence de l'émaciation et du retard de croissance parmi les enfants de moins de cinq ans au Nigéria, dans l'ensemble du pays et dans les régions du Nord, 2008-2013**

Alors que des améliorations radicales ont été constatées aux niveaux national et régional en matière d'émaciation des enfants, les retards de croissance parmi les enfants ont augmenté



Conclusion et Marche à Suivre

Avec l'expansion du NSHIP dans les régions du Nord du pays affectées par le conflit, les résultats de l'enquête EDS de 2018 montrent que les principaux résultats de SRMNEA-N ont été améliorés. Cependant, ces résultats soulignent également des lacunes en matière de prestation, de qualité et d'accès aux services ainsi qu'une situation nutritionnelle préoccupante.

En collaboration avec la Banque mondiale, le GFF et d'autres partenaires techniques, le gouvernement du Nigéria continuera à mettre en œuvre le projet ANRIN et cela, afin d'accélérer la réduction du retard de croissance parmi les enfants – une priorité de la Loi Nationale sur la Santé. Ce projet de 232 millions d'US\$ est cofinancé par le GFF et l'IDA et bénéficie d'un mécanisme de mise en commun de l'assistance technique financé par Power of Nutrition, la Fondation Aliko Dangote et la Fondation Bill and

Melinda Gates. Le projet se concentre géographiquement sur les 12 États, répartis dans toutes les régions du pays, où la prévalence du retard de croissance est la plus élevée. Il utilisera également une approche de passation de marché axée sur les résultats capables de mobiliser les acteurs non étatiques. Le projet répondra aux besoins nutritionnels des mères et des enfants et cela, en plaçant un accent particulier sur les besoins nutritionnels des adolescentes et de leurs enfants.



Tanzanie

Entre 2005 et 2015, la Tanzanie a réalisé d'importantes améliorations dans les domaines de la SRMNEA-N (Encadré 1). Au même moment, certains indicateurs ont enregistré des résultats mitigés, avec d'importantes variations régionales. L'engagement du pays en faveur de résultats améliorés dans les domaines de la santé reproductive, de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent et, de la nutrition (SRMNEA-N) est mis en évidence par son engagement à intégrer le GFF. La Tanzanie a continué à renforcer sa collaboration avec les partenaires pour coordonner le financement et la mise en œuvre des programmes de SRMNEA-N et cela, afin d'améliorer la qualité et la couverture des services de santé, conformément à son dossier d'investissement intitulé « One Plan II ». Cet effort de collaboration a permis d'améliorer la couverture et la qualité des services de santé maternelle et infantile, tels que mesurés par les indicateurs régulièrement suivis et décrits dans cette étude de cas. Les résultats soulignent également que pour continuer à progresser dans les domaines de la SRMNEA-N, des efforts plus ciblés seront requis pour étendre la couverture de certains services dans certaines régions où la couverture reste inférieure à 50 pour cent [par ex., au moins 4 visites de soins prénatals (CPN4 +)] et cela, tout en maintenant les améliorations de qualité enregistrées au cours des deux dernières années.



Encadré 1: Tendances des principaux indicateurs de SRMNEA-N (2005 à 2015, EDS)

- + **Taux de mortalité maternelle** : a baissé de 578 à 556 pour 100 000 naissances vivantes
- + **Taux de mortalité néonatale** : a baissé de 32 à 25 décès pour 1 000 naissances vivantes
- + **Taux de mortalité des moins de cinq ans** : a baissé de 112 à 67 décès pour 1 000 naissances vivantes
- + **Prévalence du retard de croissance parmi les enfants de moins de cinq ans** : a baissé de 44,3 à 34,4 pour cent
- + **Prévalence de l'émaciation parmi les enfants de moins de cinq ans** : a augmenté de 3,0 à 4,4 pour cent
- + **Proportion de femmes ayant donné naissance moins de 24 mois après la naissance précédente** : a augmenté de 16 à 18 pour cent
- + **Taux de fécondité cumulé** : a baissé de 5,7 à 5,2 enfants par femme

¹ Les partenaires comprennent les gouvernements du Canada, du Danemark, de l'Irlande et de la Suisse; l'Agence coréenne de coopération internationale (KOICA); l'UNICEF; la Banque mondiale et le Mécanisme de financement mondial (GFF); l'Agence américaine pour le développement international (USAID); Power of Nutrition; le Plan d'urgence du président des États-Unis pour la lutte contre le sida (PEPFAR); GAVI; le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme; et le Fonds des Nations Unies pour la population.



Priorités nationales : One Plan II

Constituant le dossier d'investissement de la Tanzanie, le One Plan II met l'accent sur l'amélioration de la SRMNEA-N en portant une attention particulière sur le renforcement de la qualité, la disponibilité des services de santé et la réduction de la morbidité et de la mortalité. La mise en œuvre du One Plan II repose sur la vision du Gouvernement de la Tanzanie qui vise à favoriser l'appropriation locale en accordant aux formations sanitaires une plus grande autonomie décisionnelle en matière de prestation de services et de qualité des soins, et en remédiant aux goulots d'étranglement inhérents au système de santé à travers des mécanismes capables de fournir un financement direct basé sur des résultats aux formations sanitaires. Ce modèle vise à donner aux prestataires de première ligne et aux gestionnaires de formations sanitaires les moyens d'améliorer la qualité et l'accès aux services de soins de santé et cela, tout en basant leurs financements sur la réalisation de résultats et sur des priorités de santé adaptées au contexte. En outre, il accroît la redevabilité au niveau communautaire en confiant les fonctions de surveillance et de gestion au comité directeur de chaque formation sanitaire. Axé sur l'utilisation des données, ce modèle permet aussi aux formations sanitaires de planifier, de suivre et de développer des solutions adaptées à leurs régions spécifiques.

L'engagement du GFF en Tanzanie a évolué pour s'appuyer des activités capables de contribuer à une amélioration de la couverture, de la qualité et de l'accès aux services. Ces activités sont axées sur le renforcement des systèmes de santé et sur l'utilisation des données et incluent notamment (i) l'alignement des partenaires sur un programme commun de financement de la santé et leur coordination efficace en vue de réduire la fragmentation existante dans le domaine de l'affectation des fonds au niveau national ; ii) le cofinancement du One Plan II par le biais du Programme de soins de santé primaire basé sur les Résultats (PHCfoR) ; et (iii) l'apport d'un appui pour l'examen à mi-parcours du One Plan II.

Alignement des partenaires sur un programme commun de mobilisation des ressources nationales et coordination pour une meilleure affectation des fonds

Selon une Revue des dépenses publiques, le Gouvernement de la Tanzanie consacre 7 pour cent de son budget général aux soins de santé. Les dépenses publiques ne représentent que 28 pour cent du total des dépenses de santé du pays, le reste étant fourni par les bailleurs (37 pour cent), les ménages (26 pour cent) et un système de paiement anticipé (9 pour cent). Bien que les dépenses publiques consacrées à la santé en tant que pourcentage du budget des administrations publiques soient modestes, maintenir ou augmenter le niveau des dépenses nationales du gouvernement représente un objectif important en Tanzanie. Pour discuter du besoin important d'accroître les ressources nationales du gouvernement, des réunions consultatives de haut niveau ont été menées avec le ministère de la Santé et des membres du Parlement, ce qui a permis de renforcer

la capacité du ministère de la Santé à plaider pour un financement accru en faveur du secteur. Le GFF et la Banque mondiale ont soutenu cet objectif de financement de la santé à travers un indicateur lié au décaissement (DLI) spécifique qui implique d'augmenter le financement national pour la santé au fil du temps.

Pour réduire la fragmentation en matière de financement, la Plateforme nationale de la Tanzanie comprend un groupe de travail technique de la SRMNEA piloté par le gouvernement ainsi qu'un groupe de travail technique axé sur l'Approche sectorielle qui se concentre sur le volet financier. L'amélioration de l'efficacité, la mise en commun des ressources et les achats stratégiques, en particulier au niveau des formations sanitaires, sont privilégiés par les partenaires et par le Gouvernement de la Tanzanie. Cet effort est renforcé par la mise à disposition de directives harmonisées axées sur la planification et les dépenses pour les formations sanitaires. Ces directives sont applicables à toutes les sources de financement.



Appui financier au One Plan II à travers le Programme de soins de santé primaire basé sur les résultats (PHCforR)

Le fonds fiduciaire du GFF cofinance le One Plan II par le biais du PHCforR, qui lie les financements à l'amélioration des résultats de santé en utilisant les DLI et cela, à tous les niveaux de prestation de services. L'USAID, Power of Nutrition, ainsi que la Banque mondiale et le Fonds fiduciaire du GFF fournissent tous un financement au niveau des formations sanitaires à travers le PHCforR pour améliorer les résultats de SRMNEA-N et cela, au moyen d'approches innovantes comme les modalités de paiement basé sur les résultats.

Les indicateurs liés aux décaissements sont utilisés dans le cadre de fiches de résultats qui mesurent la performance des autorités publiques locales. Cela contribue à éclairer le processus commun de planification annuelle, également soutenue par le Fonds commun pour le secteur de la santé.² La fiche de résultats comprend douze critères, qui correspondent aux principaux défis ou goulots d'étranglement identifiés par le gouvernement comme entravant la qualité des soins en Tanzanie. Parmi ces 12 critères, six critères couvrent des extraits de la prestation de services de santé maternelle, néonatale et infantile et de nutrition, et six critères couvrent la qualité des soins. Les fiches de résultats des autorités publiques locales appuient la redevabilité au niveau local, tout en encourageant un suivi systématique et continu des progrès réalisés et des lacunes existantes dans le cadre des indicateurs de couverture de la SRMNEA, alignés sur le One Plan II.

Pour améliorer les performances des formations sanitaires en termes de qualité de la prestation de services, l'initiative dite de « Classement par Étoiles » a été utilisée. Le système de Classement par Étoiles implique un classement national des formations sanitaires et cela, en fonction d'un score de 0 à 5 étoiles établis selon des critères qui correspondent à des améliorations réalisées en matière de qualité pour obtenir des résultats de santé maternelle, néonatale et infantile. L'initiative de Classement par Étoiles comprend un plan d'amélioration de la qualité ainsi que des efforts pour aider les formations sanitaires à améliorer la qualité structurelle des services fournis. Les critères utilisés comprennent les ressources humaines pour la santé, la disponibilité des médicaments essentiels, la redevabilité sociale et la complétude des données saisies.

Utilisation des médias sociaux pour améliorer les résultats en matière de santé en Tanzanie

Pour surmonter les lacunes qui existent en matière de données et de communication, le Gouvernement de la Tanzanie utilise des plateformes de messagerie sociale, telles que les groupes « WhatsApp ». Ces plateformes permettent de lier les prestataires de services de santé primaire au prestataires de services de santé tertiaire et de favoriser leur communication. Les groupes représentent des forums d'appui pour faire face à des situations comportant un risque vital, puisqu'ils permettent à leurs membres de partager leurs connaissances et leurs expériences en temps réel et cela, en rendant diverses expertises médicales disponibles pour gérer les urgences, en améliorant la qualité de l'aiguillage et le partage des ressources ainsi qu'en améliorant la coordination entre les programmes, les autorités régionales, les autorités de district, les organisations à base confessionnelle et les hôpitaux et centres de santé privés. L'existence de groupes de maternité « WhatsApp » a contribué à sauver des vies dans des cas complexes et à éviter des accidents « de justesse » pour les femmes enceintes et les nouveau-nés.

Revue à mi-parcours du One Plan II

La Tanzanie sera le premier pays du GFF à mener un examen à mi-parcours de son dossier d'investissement. Cet examen vise à suivre les progrès réalisés, de tirer des enseignements des succès et des échecs rencontrés et, à identifier des stratégies pour réaligner les activités afin que le One Plan II atteigne mieux les objectifs énoncés dans son cadre de résultats. Cet examen s'attache spécifiquement à mieux comprendre les goulots d'étranglement qui entravent les progrès, à identifier les populations extrêmement vulnérables qui ne sont pas atteintes et à définir une voie claire pour l'avenir. En parallèle, afin d'identifier les déficits financiers du financement du One Plan II, la Tanzanie bénéficie d'un soutien pour mener un nouvel exercice de cartographie des ressources. Les résultats de cet exercice de cartographie des ressources et de l'examen à mi-parcours seront décisifs pour le réalignement du plan.

Résultats

Les résultats du One Plan II sont partiellement financés à travers les DLI du programme de PHCforR, ce qui signifie que les résultats escomptés dans le cadre des deux documents sont directement alignés. Les résultats, tant dans le dossier d'investissement que dans le projet PHCforR, mettent l'accent sur tous les niveaux du système de santé et cela, avec l'objectif ultime d'améliorer la qualité et la disponibilité des services de SRMNEA-N et, à terme, réduire la morbidité et la mortalité.

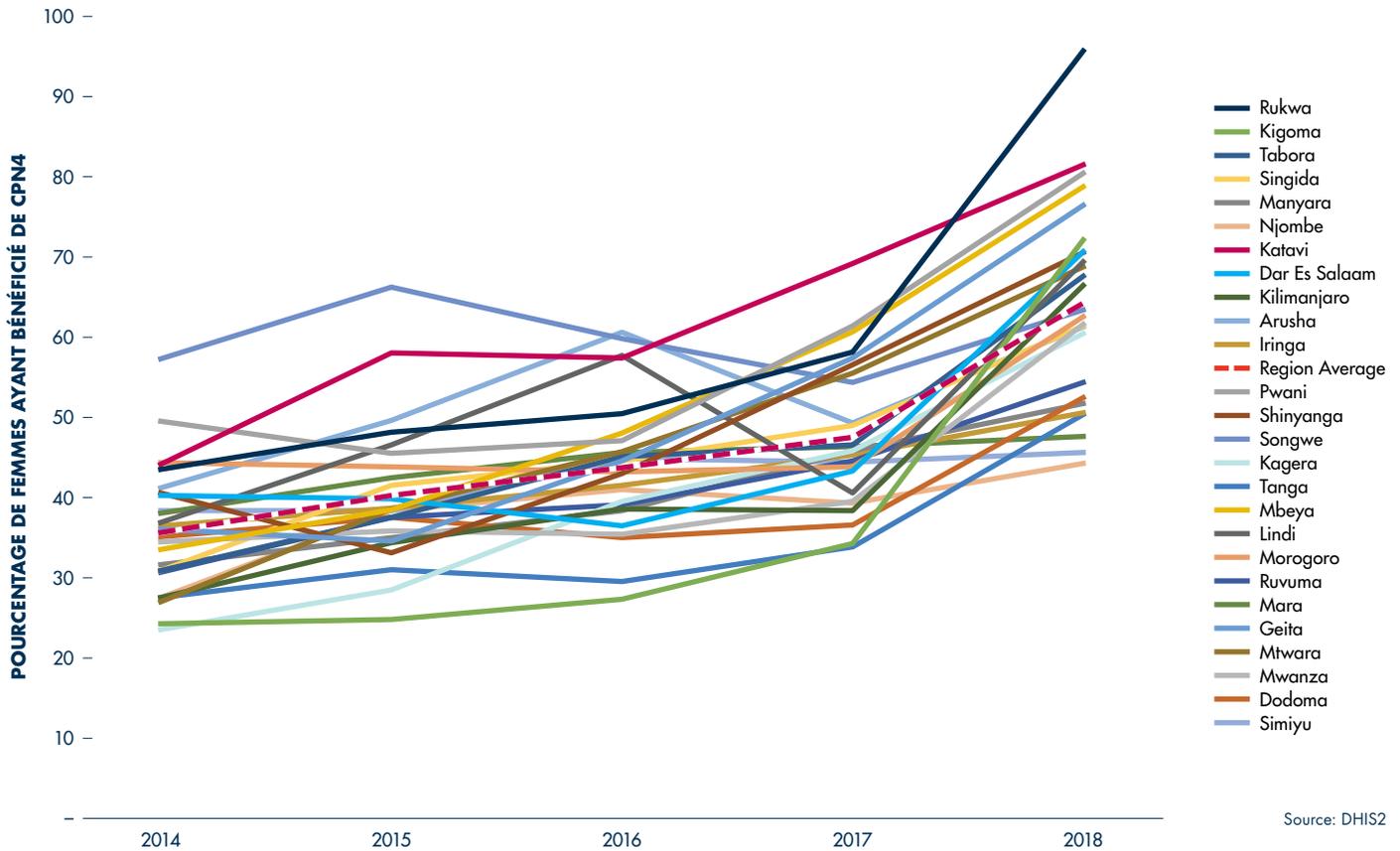
À ce jour, la Tanzanie a amélioré un bon nombre d'indicateurs liés à la couverture, à la qualité et à la prestation de services inscrits aux cadres de résultats du One Plan II et du PHCforR. Ces résultats ont été régulièrement suivis à travers les fiches de résultats des autorités publiques locales et l'Initiative de Classement par Étoiles et, indiquent une amélioration pour de nombreux indicateurs, notamment la couverture des soins prénatals, la qualité des services fournis au cours des consultations prénatales, les accouchements institutionnels et la présence d'un personnel qualifié. En définitive, la qualité des soins est soulignée par les catégories de services pourvus dans les formations sanitaires et, les améliorations réalisées dans le cadre de l'Initiative de Classement par Étoiles attestent encore davantage des progrès accomplis.

Les consultations prénatales se sont améliorées dans les 26 régions, passant d'une moyenne de 35,8 à 64,1 pour cent entre 2014 et 2018 (Graphique 1). Ces résultats découlent du fait que certaines régions affichent une fréquentation de plus de 70 pour cent (Dar Es Salaam, Geita, Katavi, Kigoma, Mbeya, Pwani, Rukwa et Shinyanga), alors que la couverture des CPN+ demeure en dessous de 50 pour cent dans de nombreuses régions. Cela souligne le besoin de redoubler d'effort pour accroître la couverture et cela, à la fois du côté de l'offre et du côté de la demande. En parallèle aux progrès réalisés en matière de CPN+, les moyennes régionales relatives à la part des naissances ayant eu lieu dans une formation sanitaire se sont accrues, passant de 67,0 à pour cent en 2014 à 70,6 pour cent en 2017 et à 79,6 pour cent en 2018 (Figure 2) (Bulletin 2019 de la SRMNEA).

² Les organisations partenaires – les gouvernements du Canada, du Danemark, de l'Irlande et de la Suisse ; KOICA ; l'UNICEF ; la Banque mondiale ; et le GFF – acheminent directement des fonds à travers le Fonds Commun pour le Secteur de la Santé de la Tanzanie. Le Fonds est un mécanisme de financement commun qui finance les plans annuels des autorités publiques locales dont les performances sont suivies par la fiche de résultats au moyen d'indicateurs alignés sur le One Plan II.

Figure 1 **Pourcentage de femmes ayant bénéficié d'au moins quatre consultations prénatales en Tanzanie, par région, 2014-2018**

Dans près du tiers des régions de la Tanzanie, au moins 70 pour cent des femmes ont bénéficié d'au moins 4 consultations prénatales (CPN4+), mais dans de nombreuses autres régions, la couverture demeure inférieure à 50 pour cent.



Source: DHIS2

Les améliorations parallèles réalisées dans la couverture du traitement préventif intermittent du paludisme (TPI) et de l'administration de fer et d'acide folique soulignent non seulement des progrès dans la couverture des services de soins prénatals, mais aussi dans la qualité de ces services. Entre 2014 et 2018, la proportion de femmes enceintes ayant reçu un TPI2 est passée de 36,4 à 82,8 pour cent. Le TPI3 a été introduit en 2016 et son utilisation est passée à 59 pour cent en 2018 (données non présentées). Comme le montre la Figure 3, la proportion moyenne de femmes enceintes ayant reçu du fer et de l'acide folique au cours de consultations prénatales a augmenté de 57 pour cent en 2014 à 75 pour cent en 2018, avec une grande majorité des régions atteignant une couverture de fer et d'acide folique supérieure à 70 pour cent au cours de CPN.

L'augmentation du nombre de formations sanitaires ayant atteint au moins 3 étoiles entre 2016 et 2018 (Graphique 4) témoigne également d'une amélioration de la qualité.

Figure 2 **Pourcentage des accouchements dans une formation sanitaire**

Région	2015	Point indique le point le plus élevé	2018	Région	2015	Point indique le point le plus élevé	2018
Manyara Region	47.6		54.0	Iringa Region	85.7		75.7
Kilimanjaro Region	56.9		56.5	Songwe Region	85.8		75.8
Dar Es Salaam Region	50.2		60.5	Kagera Region	52.5		77.7
Tanga Region	53.2		61.8	Mbeya Region	63.8		82.1
Arusha Region	60.1		67.6	Ruvuma Region	77.1		82.2
Lindi Region	58.6		68.3	Katavi Region	76.4		94.0
Dodoma Region	70.7		69.2	Tabora Region	65.9		96.8
Simiyu Region	53.8		69.7	Mwanza Region	67.5		97.6
Mtwara Region	60.8		70.6	Kigoma Region	56.7		100.3
Morogoro Region	62.6		71.5	Geita Region	51.9		103.7
Njombe Region	79.2		71.7	Pwani Region	88.3		107.0
Mara Region	64.4		72.4	Shinyanga Region	64.1		109.6
Singida Region	70.5		75.0	Rukwa Region	91.5		109.6

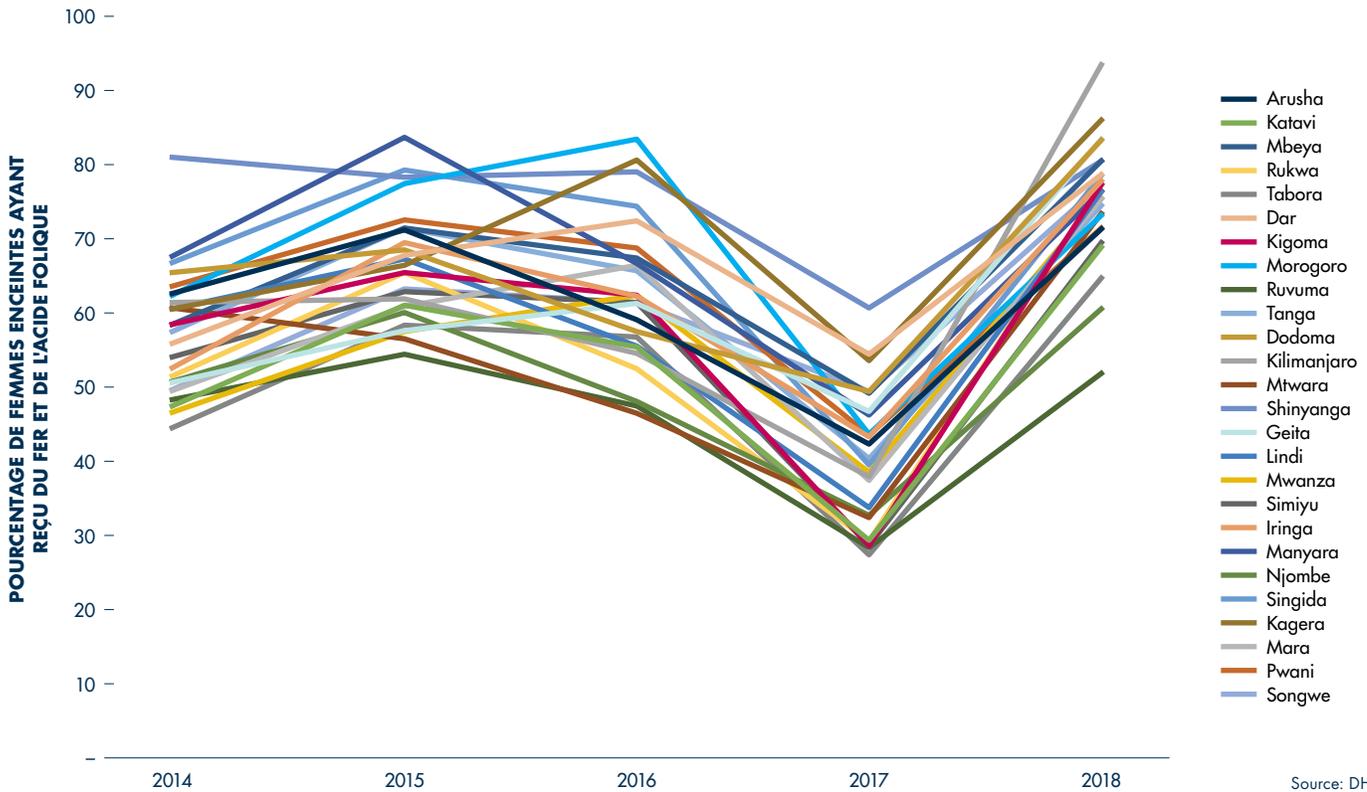
Plus de 80% des 26 régions de la Tanzanie ont connu une augmentation en matière d'accouchements dans une formation sanitaires entre 2017 et 2018

Source: DHIS2



Figure 3 **Figure 3 : Pourcentage de femmes enceintes ayant reçu du fer et de l'acide folique en Tanzanie, par région, 2014-2018**

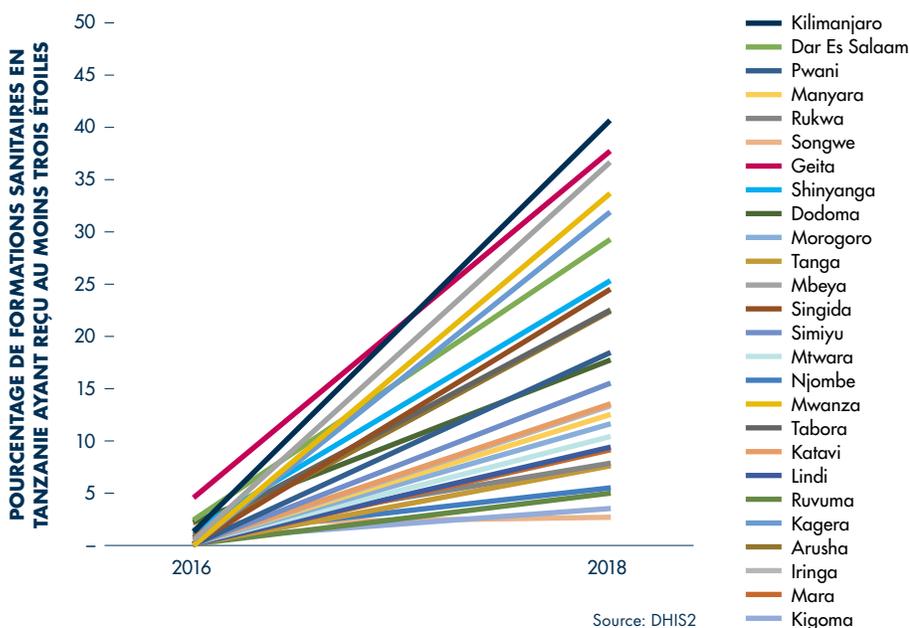
En 2018, plus de 70 pour cent des femmes enceintes ont reçu du fer et de l'acide folique et cela, dans une majorité de régions en Tanzanie.



Source: DHIS2

Note : L'importante réduction en matière de couverture survenue en 2017 résulte d'une utilisation accrue des services qui a mené à une importante rupture de stock à l'échelle nationale. Une fois le problème identifié, le Gouvernement de la Tanzanie s'est attaché à acheter du fer et de l'acide folique, ce qui a permis de restabiliser l'utilisation et la couverture en 2018.

Figure 4 **Pourcentage de formations sanitaires en Tanzanie ayant reçu au moins trois étoiles, par région, 2014-2018**



Source: DHIS2

En 2016, 137 formations sanitaires avaient obtenu un score d'au moins 3 étoiles et, en 2018, ce nombre avait considérablement augmenté pour atteindre 1 370 formations sanitaires en 2018 – ce qui représente une augmentation de la proportion des formations sanitaires ayant atteint au moins 3 étoiles de 0,9 pour cent en 2016 à 18 pour cent en 2018. En outre, en 2018, la région la plus performante avait enregistré 41,1 pour cent de formations sanitaires avec un score de 3 étoiles, alors que la région la moins performante n'a seulement affiché 2,8 pour cent de formations sanitaires avec un score de 3 étoiles.

L'augmentation du nombre de formations sanitaires disposant d'un score de trois étoiles reflète les améliorations réalisées en matière de couverture et de qualité des soins de SRMNEA-N au cours des deux dernières années en Tanzanie. Néanmoins, les résultats des districts et des régions indiquent toujours des variations en matière de performance, ce qui souligne la nécessité de tirer des enseignements des régions qui enregistrent les progrès les plus importants et d'appliquer ces enseignements, le cas échéant, aux régions les moins performantes.

Ouganda

Au cours des 20 dernières années, l'Ouganda a constamment progressé dans le cadre de plusieurs indicateurs importants de santé maternelle et infantile (Encadré 1). Malgré cela, d'importants défis subsistent et les dépenses publiques de santé demeurent faibles, représentant seulement à 7 pour cent du budget national (14US\$ par habitant) selon la Stratégie nationale de financement de la santé de l'Ouganda (2016). Sous le leadership du Gouvernement de l'Ouganda, le GFF s'est attaché à identifier les priorités communes du secteur de la santé ; à plaider en faveur d'un investissement accru ; à déterminer comment favoriser une efficacité accrue en matière d'utilisation des financements existants ; et à cibler ces ressources pour étendre la couverture des interventions à fort impact – et cela, en collaboration avec un large éventail de partenaires techniques et financiers.



Encadré 1: Tendances des principaux indicateurs de SRMNEA-N (1995-2016, EDS)

- + **Taux de mortalité maternelle** : a baissé de 506 à 336 décès pour 100 000
- + **Taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans** : a baissé de 147 à 64 décès pour 1 000 naissances vivantes
- + **Taux de fécondité parmi les adolescentes, spécifique à l'âge** : a baissé de 204 à 132 naissances pour 1 000 personnes âgées de 15 à 19 ans
- + **Proportion de femmes ayant donné naissance moins de 24 mois après la naissance précédente** : a baissé de 27,9 à 24,3 pour cent
- + **Prévalence du retard de croissance parmi les enfants de moins de cinq ans** : a baissé de 45 à 28,9 pour cent

Dans le cadre de cette collaboration, le gouvernement a privilégié un ensemble de services pour les femmes, les enfants et les adolescents et cela, en utilisant plusieurs approches de financement basé sur les résultats et d'achat de services. La mise en œuvre de ces approches a rapidement progressé et des résultats positifs – comme ceux présentés ici – ont commencé à émerger. Les améliorations enregistrées en matière de couverture et de qualité des services de soins prénatals et d'accouchements en milieu institutionnel, ainsi que les modifications substantielles apportées à l'éventail de méthodes de contraception, peuvent dénoter une progression positive en matière d'accès et de disponibilité des méthodes de contraception à durée d'action prolongée.

Priorités nationales : Plan renforcé

Le dossier d'investissement de l'Ouganda, communément appelé « Plan renforcé », vise à insuffler et à maintenir des améliorations importantes dans les domaines de la santé reproductive, de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent (SRMNEA) et cela, au moyen de cinq changements stratégiques. Sur le plan opérationnel, ces changements incluent :



- + **Changement 1** : Étendre l'accès à un ensemble d'interventions de SRMNEA à fort impact ;
- + **Changement 2** : Inclure un accès plus étendu pour les populations les plus touchées ; et,
- + **Changement 3** : Mettre l'accent sur le séquençage géographique (en priorisant les 40 districts les plus touchés).

Ces changements opérationnels sont complétés par deux changements d'orientation :

- + **Changement 4** : Aborder les déterminants sociaux des résultats de santé ; et
- + **Changement 5** : Assurer la redevabilité à travers des investissements axés sur les systèmes ainsi que sur le renforcement

des capacités relatives aux systèmes d'enregistrement et de statistiques de l'état civil (CRVS).

Le processus et les contributions financières du GFF visent à appuyer une mise en œuvre effective de ces changements stratégiques.

Renforcement des opérations de la plateforme nationale du pays pour améliorer la redevabilité et la coordination

Parmi les priorités du GFF en Ouganda figure un appui apporté au ministère de la Santé pour assurer la coordination et la mise en œuvre du financement du Plan renforcé. Cet appui est fourni en collaboration avec plus de deux douzaines de partenaires, y compris des organisations internationales et ougandaises de la société

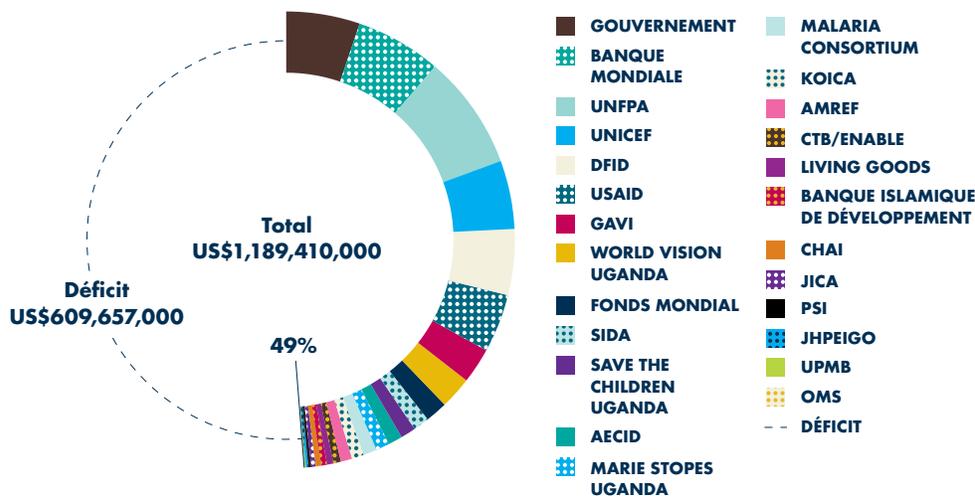
civile, des organismes internationaux de développement, des agences onusiennes et le secteur privé.¹ Un dossier d'investissement harmonisé (notamment le Plan renforcé), une cartographie systématique des ressources (Figure 1), la tenue régulière de réunions de coordination et un cadre de résultats partagé ont conjointement participé à aider le gouvernement et les partenaires à mieux planifier leurs activités et, par extension, à réduire les doubles emplois, à combler les lacunes et à élaborer une vision à long terme pour le système de santé.

Expansion de l'achat stratégique d'un ensemble de services de santé de base afin d'optimiser l'utilisation des ressources dans le secteur de la santé

Depuis longtemps, l'Ouganda expérimente des approches de financement axées sur l'offre et sur la demande en vue d'accroître l'utilisation et la qualité des services de santé prioritaires. En 2016, cette expérimentation a culminé avec l'élaboration du Cadre national de financement basé sur les résultats pour le secteur de la santé – stratégie identifiée comme l'une des stratégies décisives requises pour faire avancer les changements stratégiques décrits dans le Plan renforcé. Cofinancé par le Fonds fiduciaire du GFF, l'Agence suédoise de coopération internationale pour le développement (SIDA) et l'Association internationale pour le développement (IDA), le Projet d'amélioration des services de santé reproductive, maternelle et infantile de l'Ouganda (URMCHIP) constitue une source majeure de financement pour la mise en œuvre de cette stratégie.

L'accent placé sur les achats stratégiques s'aligne convenablement sur l'approche du GFF, puisqu'il implique de privilégier un ensemble de services prioritaires pour les femmes, les enfants et les adolescents, notamment la vaccination, la planification familiale, les soins prénatals, les soins obstétricaux d'urgence, les soins postnatals pour les mères et les enfants, les soins post-

Figure 1 **Cartographie des ressources pour le Plan Renforcé, 2018-2021**



¹ Les partenaires comprennent le Gouvernement ougandais ; la Banque africaine de développement ; Amer Health Africa ; la Fondation Bill & Melinda Gates ; BRAC ; la Coopération Technique Belge (CTB) ; Clinton Health Access Initiative (CHAI) ; Médecins avec l'Afrique CUAMM ; l'Agence danoise de développement international (DANIDA) ; le Département britannique pour le développement international (DFID) ; GAVI ; le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme ; la Banque islamique de développement ; l'Agence japonaise de coopération internationale (JICA) ; John Snow International (JSI) ; le Programme Johns Hopkins pour l'éducation internationale en santé de la reproduction (JHPIEGO) ; l'Agence coréenne de coopération internationale (KOICA) ; Living Goods ; Marie Stopes Uganda ; le Programme de survie de la mère et de l'enfant (MCSP) ; le Gouvernement de la Norvège ; Population Services International (PSI) ; Save the Children Uganda ; l'Agence suédoise de coopération internationale pour le développement (SIDA) ; le Bureau médical protestant d'Ouganda (UPMB) ; le Fonds des Nations Unies pour la population (UNFPA) ; le Haut-Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés (HCR) ; le Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF) ; le Bureau des Nations Unies pour les services d'appui aux projets (UNOPS) ; l'Agence américaine pour le développement international (USAID) ; Wellshare ; l'Organisation mondiale de la santé (OMS) ; la Banque mondiale ; et World Vision Uganda.

avortement et le traitement des affections courantes des enfants de moins de cinq ans. Compte tenu de la multitude de bailleurs de fonds, de zones géographiques et de systèmes impliqués, cette stratégie requière une solide coordination des partenaires pour couvrir tous les districts prioritaires, tirer parti des synergies qui existent entre les programmes et éviter les duplications involontaires.

Résultats

Mené par le gouvernement, l'achat stratégique du paquet de services de santé de base s'est rapidement développé. Au premier semestre de l'année 2019, cela a impliqué la participation de 341 formations

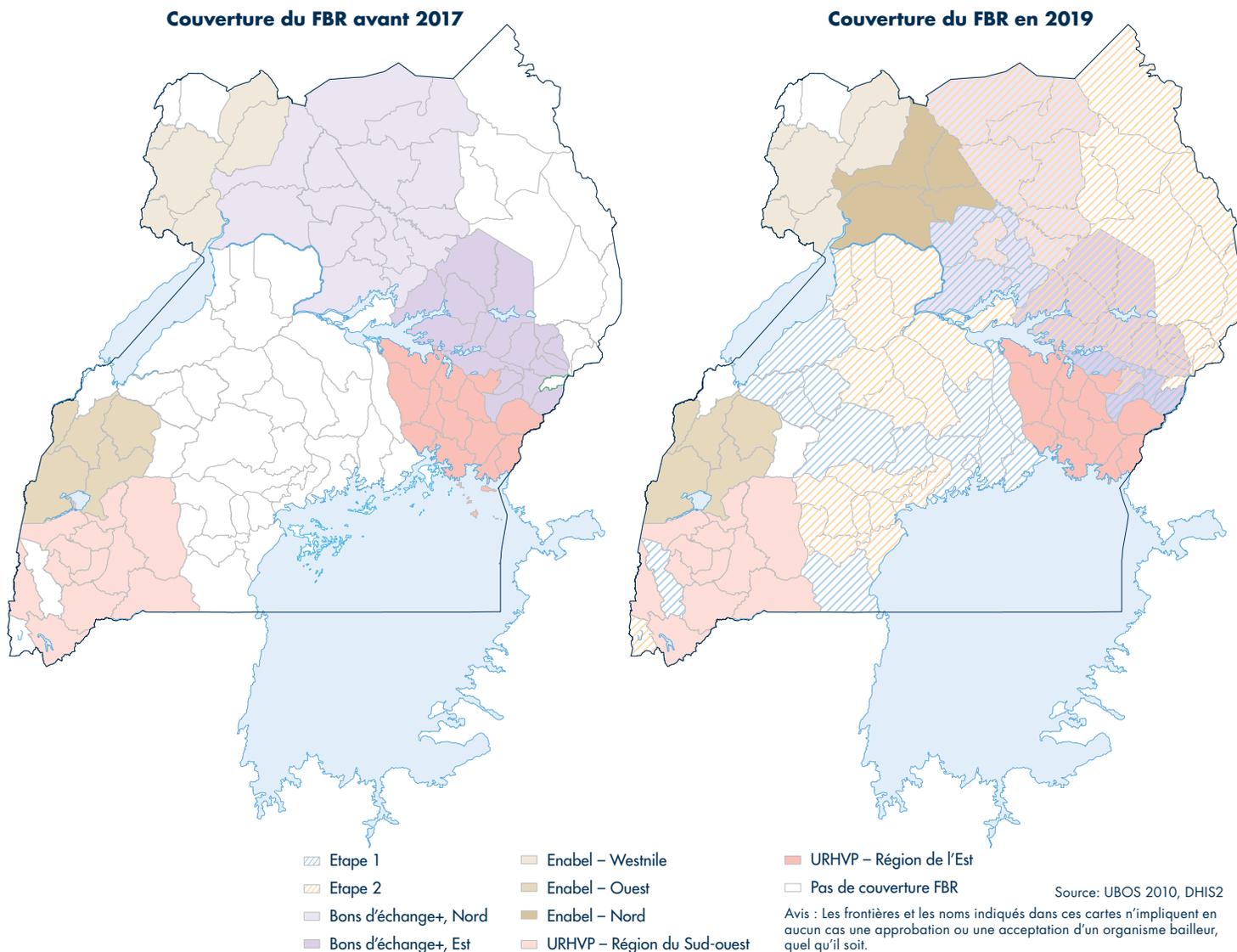
sanitaires dans 28 districts ainsi que l'achèvement, par 395 centres de santé dans 51 districts, des évaluations et des formations de pré-qualifications requises avant d'entreprendre la mise en œuvre. Au 1er juillet 2019, 79 districts participaient à la mise en œuvre à grande échelle (Figure 2).

Les résultats préliminaires² suggèrent que les interventions prioritaires du Plan renforcé – comme le mentorat pour les agents de santé, les bons d'échange et le financement basé sur les résultats – contribuent conjointement à créer les conditions requises pour une meilleure couverture des services là où ils sont fournis, notamment dans la Région du Nord. Cela représente un signe positif, puisque ces approches sont étendues à des zones comme la Région du Centre. Par exemple, le nombre

de femmes ayant bénéficié d'une et de quatre consultations prénatales (CPN1 et CPN4, respectivement) a augmenté dans la plupart des régions, en particulier dans la Région du Nord où le nombre de CPN4+ a augmenté de 11 points de pourcentage sur une période de deux ans (Figure 3).

Malgré les améliorations également apportées à la CPN1 au cours de cette période de deux ans, beaucoup reste encore à faire afin de promouvoir une utilisation précoce des services prénatals au cours de la grossesse et cela, d'autant plus que les taux d'utilisation demeurent inférieurs à 20 pour cent dans toutes les régions (données non présentées). Les activités de promotion seraient particulièrement utiles, puisque les données relatives aux services

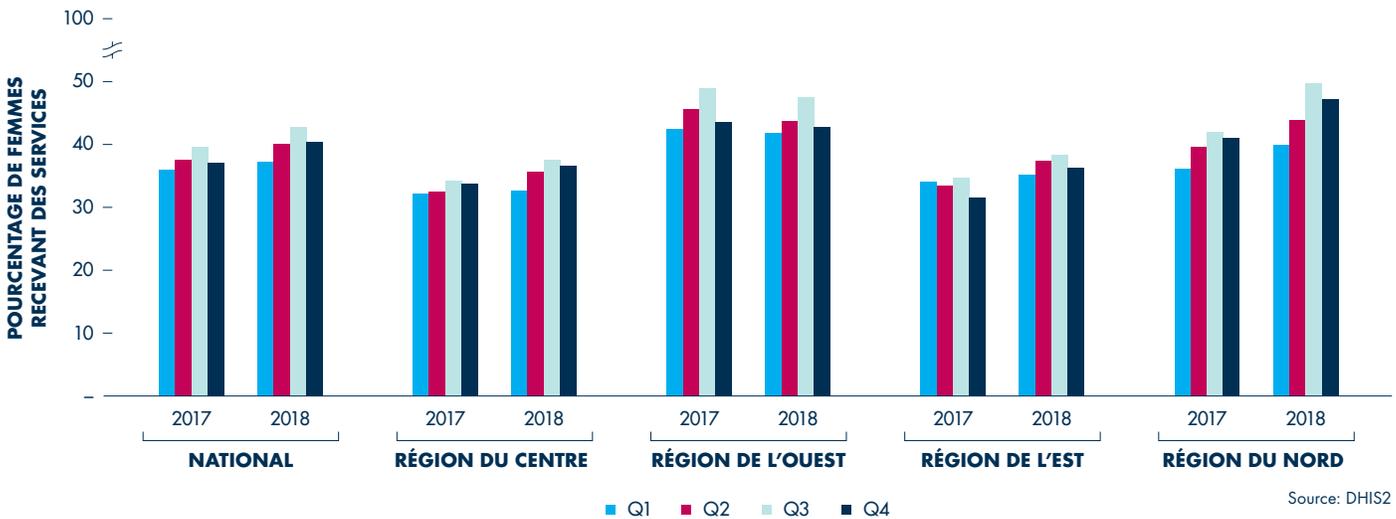
Figure 2 **Couverture des programmes de financement basé sur les résultats et de bons d'échanges, Ouganda, 2017 et 2019**



² Les estimations en matière de la couverture présentées dans cette section proviennent des statistiques du SGIS national. Elles ne sont, néanmoins, pas directement comparables aux estimations de couverture émanant des enquêtes menées auprès des ménages.

Figure 3 **Couverture des consultations prénatales de janvier 2017 à décembre 2018, par région, par trimestre**

La couverture des soins prénataux indique des augmentations dans toutes les régions. Ces augmentations sont plus prononcées dans les régions du Nord, avec le troisième trimestre affichant les gains les plus importants.



Source: DHIS2

que les femmes utilisent témoignent d'une amélioration de la qualité. Par exemple, 80 à 90 pour cent des femmes ayant effectué une CPN1 en 2018 ont reçu de l'acide folique et cela, dans toutes les régions, excepté la Région du Centre où cette proportion s'élevait à un peu plus de 70 pour cent (Figure 4). De même, la proportion de femmes ayant reçu la troisième dose du traitement préventif intermittent du paludisme (IPT3) au cours de leur grossesse a augmenté dans toutes les régions (Figure 5). Ces améliorations peuvent également être le reflet du changement de politique opéré

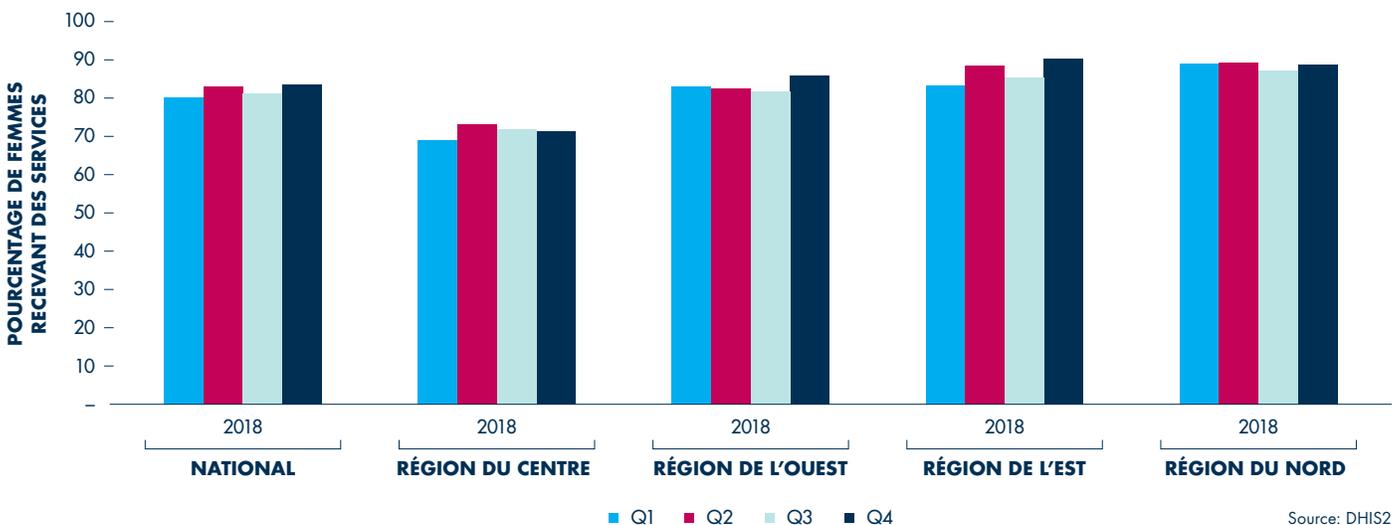
en 2017. Ce changement a non seulement affecté les protocoles et les rapports, mais il a aussi modifié la teneur de l'appui que les partenaires de développement fournissent afin d'améliorer le suivi des stocks et renforcer les capacités dans le cadre du système d'élaboration de rapports.

Certains éléments indiquent que davantage de femmes accèdent désormais aux services d'accouchement fournis par les formations sanitaires au sein du système officiel de la santé (Figure 4). Au premier trimestre de l'année 2018, environ 59,5 pour cent

des naissances étaient survenues dans des unités de santé.³ Au dernier trimestre 2018, cette proportion avait augmenté de 5 points de pourcentage. La région du Nord a enregistré une augmentation de 10 points de pourcentage, affichant ainsi le taux d'accouchement en milieu institutionnel le plus élevé du pays avec 71 pour cent (Figure 6). Cette amélioration correspond aux investissements, inhérents aux bons d'échange pour la santé maternelle et axés sur le côté de l'offre, effectués par les partenaires au cours des dernières années (Figure 2).

Figure 4 **Femmes ayant reçu de l'acide folique au cours de leur 1ère consultation prénatale, couverture de janvier 2018 à décembre 2018, par région et par trimestre**

Pas de changement significatif dans toutes les régions en ce qui concerne le nombre de femmes recevant de l'acide folique au cours de la première consultations prénatale

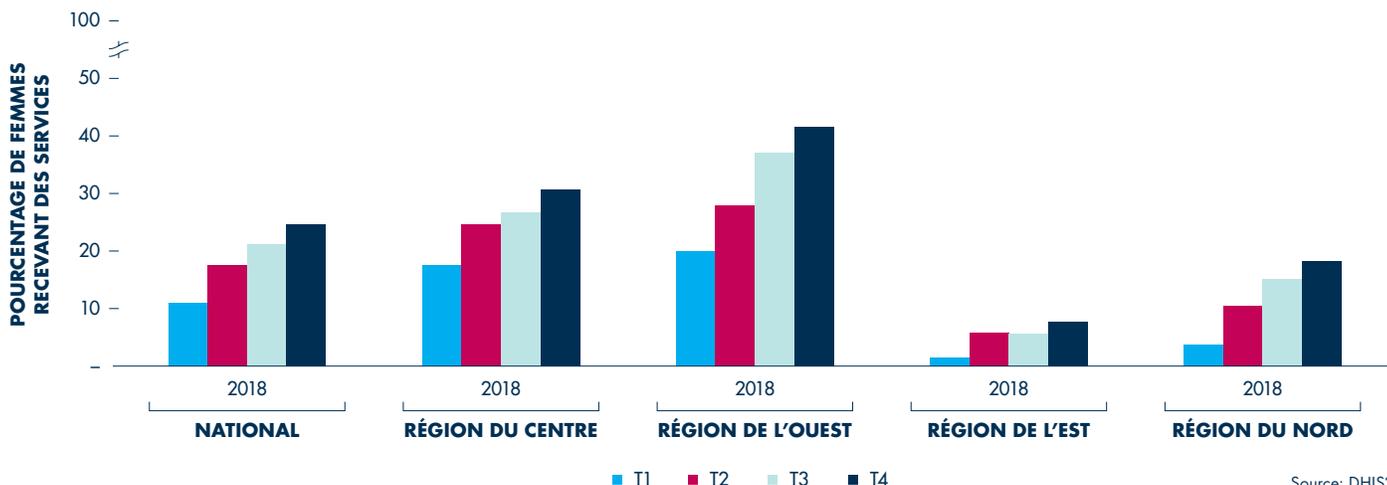


Source: DHIS2

³ Entre 2017 et 2018, l'indicateur utilisé pour les accouchements sans risque a été modifié. L'indicateur concernant les accouchements assistés par un personnel qualifié a été remplacé par le pourcentage d'accouchement en milieu institutionnel. Pour maintenir une certaine cohérence en matière d'indicateurs, seules les données de l'année 2018 sont présentées dans le cadre de cette étude de cas.

Figure 5 **Thérapie nationale de prévention intermittente (ITP3), par région, de janvier 2018 à décembre 2018**

Grâce à un changement politique opéré en 2017 et à une amélioration en matière de suivi des stocks, la proportion de femmes recevant une troisième dose du traitement préventif intermittent du paludisme (ITP3) s'est accrue dans toutes les régions.



Source: DHIS2

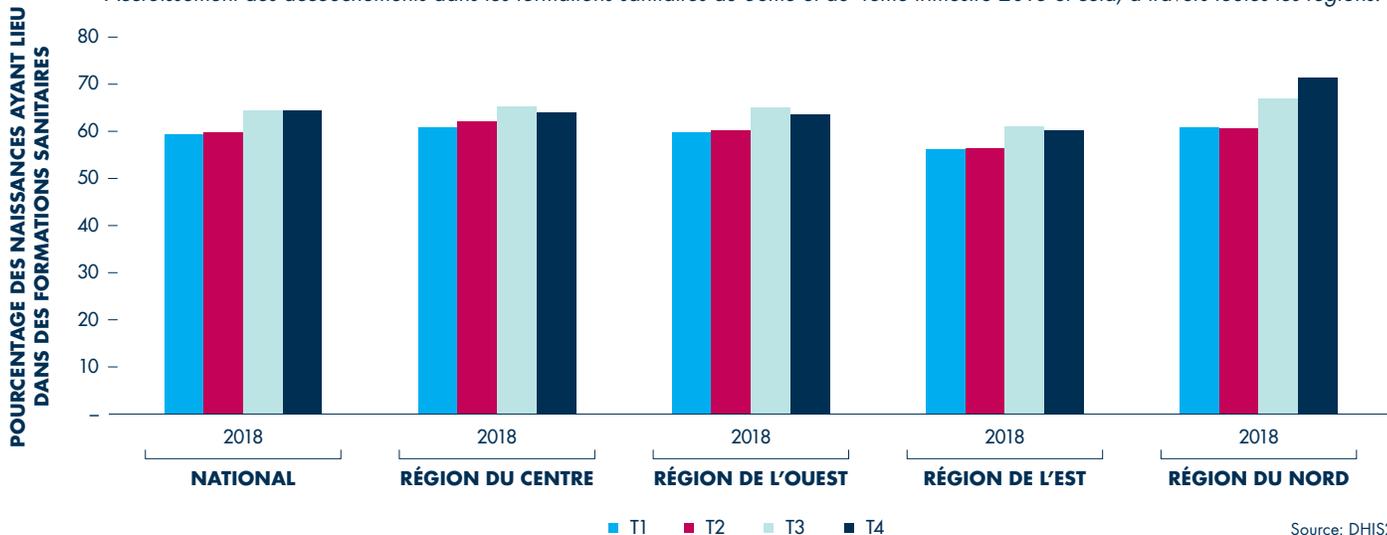
Entre 2017 et 2018, l'éventail de méthodes de planification familiale proposées a également changé : l'utilisation de contraceptifs à longue durée d'action a considérablement augmenté et, l'utilisation de méthodes à plus courte durée d'action a diminué (Figure 7). Par exemple, les insertions d'implants ont augmenté à raison de 73 pour cent, passant d'environ 65 000 au premier trimestre de l'année 2017 à près de 113 000 au quatrième trimestre de l'année 2018. Ce changement dans l'éventail de méthodes proposées traduit une expansion en matière de choix dans le secteur public, ce qui pourrait avoir des conséquences sur l'utilisation globale de la contraception, sur la continuité contraceptive et sur les résultats de santé pour les femmes et les jeunes filles en Ouganda.

Améliorer l'Enregistrement des Naissances

Menée en 2016 en Ouganda, l'Enquête démographique et de santé a révélé que seuls 32 pour cent des naissances des enfants de moins de cinq ans avaient été enregistrées. Cela s'explique en partie par le retard cumulé au début de la période inhérente au Plan renforcé – retard mesuré à 4,6 millions de naissances notifiées. Depuis le milieu de l'année 2018, l'Autorité nationale d'identification et d'enregistrement (NIRA) collabore étroitement avec le ministère de la Santé pour remédier à ce retard, notamment en utilisant – avec l'appui du GFF – un système mobile d'enregistrement des faits de l'état civil (MVRS). En outre, les investissements axés sur les systèmes et les efforts déployés dans le cadre de cette collaboration multisectorielle ont conjointement contribué à accroître l'enregistrement des naissances et cela, de 37 694 au cours de l'exercice financier 2016/2017 à plus de 600 000 au cours de l'exercice financier 2018/2019.

Figure 6 **Couverture des accouchements en milieu institutionnel, 2018, par région, par trimestre**

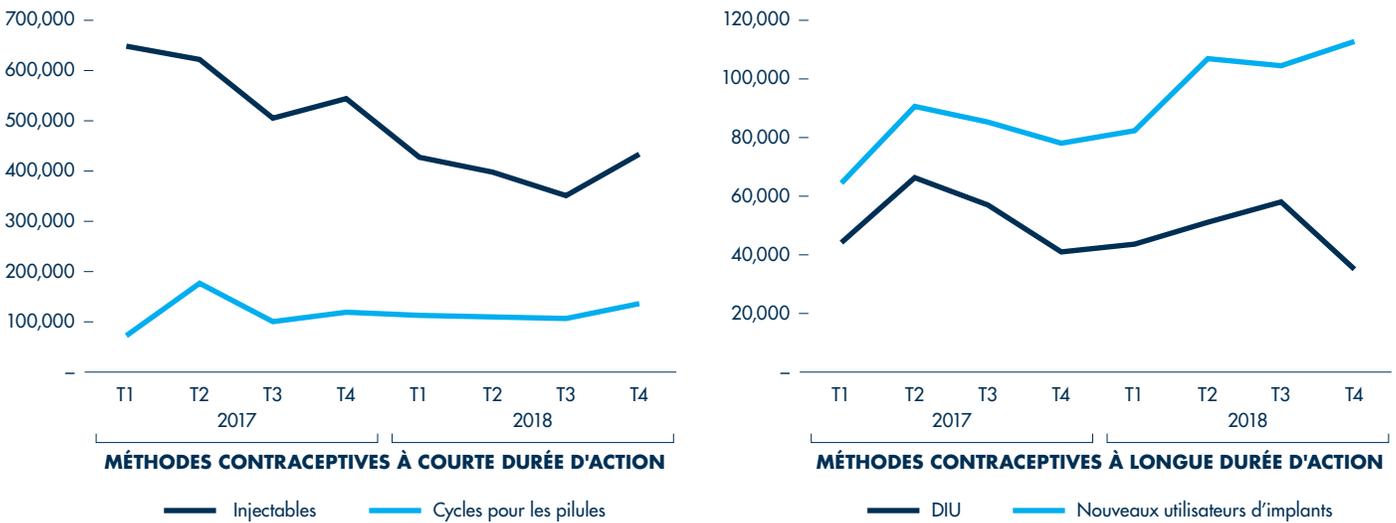
Accroissement des accouchements dans les formations sanitaires au 3ème et au 4ème trimestre 2018 et cela, à travers toutes les régions.



Source: DHIS2

Figure 7 **Au cours des deux dernières années, des changements notables ont été observés dans l'éventail des méthodes de planification familiale proposées au niveau national**

Entre 2017 et 2018, l'utilisation des contraceptifs à longue durée d'action a considérablement augmenté, tandis que l'utilisation des méthodes à court-terme a diminué.



Source: DHIS2

Conclusion

Déoulant du Plan renforcé de l'Ouganda, les résultats présentés ici soulignent le besoin urgent d'accélérer la mise en œuvre du plan. Les tendances inhérentes aux données

nationales révèlent également des succès au niveau infranational et démontrent la volonté de divers partenaires d'aligner et de coordonner leurs approches d'achats stratégiques. Ces observations portent à croire que les changements stratégiques

apporté par le Plan renforcé ainsi que ce partenariat sont susceptibles d'améliorer les résultats de santé et cela, de façon importante.



Afghanistan



AFGHANISTAN

Domaines prioritaires

- **Réaliser des gains d'efficacité** en gérant mieux les contrats avec les ONG (passant de la gestion des contrats à la gestion de la performance).
- **Réduire la fragmentation des ressources externes** en cartographiant et en suivant les dépenses hors budget et budgétisées pour compléter les contrats BPHS et EPHS de manière plus alignée et coordonnée.
- **Adopter des innovations** pour réduire la mortalité maternelle et le retard de croissance et améliorer l'accès et la qualité des interventions de SRMNEA-N telles que les services de planification familiale.

Indicateurs de base SRMNEA-N

Taux de mortalité maternelle :
Non disponible

Taux de mortalité néonatale :
39 pour 1 000 naissances vivantes

Taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans : **68 pour 1 000 naissances vivantes**

Taux de natalité parmi les adolescentes :
62 pour 1 000 femmes

Pourcentage des naissances <24 mois après la naissance précédente : **32.4%**

Retard de croissance parmi les enfants de moins de 5 ans : **36.6%**

Émaciation modérée à sévère parmi les enfants de moins de 5 ans : **5%**

Indicateurs de base Financement de la santé

Dépenses de santé par habitant financées à partir de sources nationales : **2.94US\$**

Ratio des dépenses publiques de santé par rapport aux dépenses publiques totales : **2.01%**

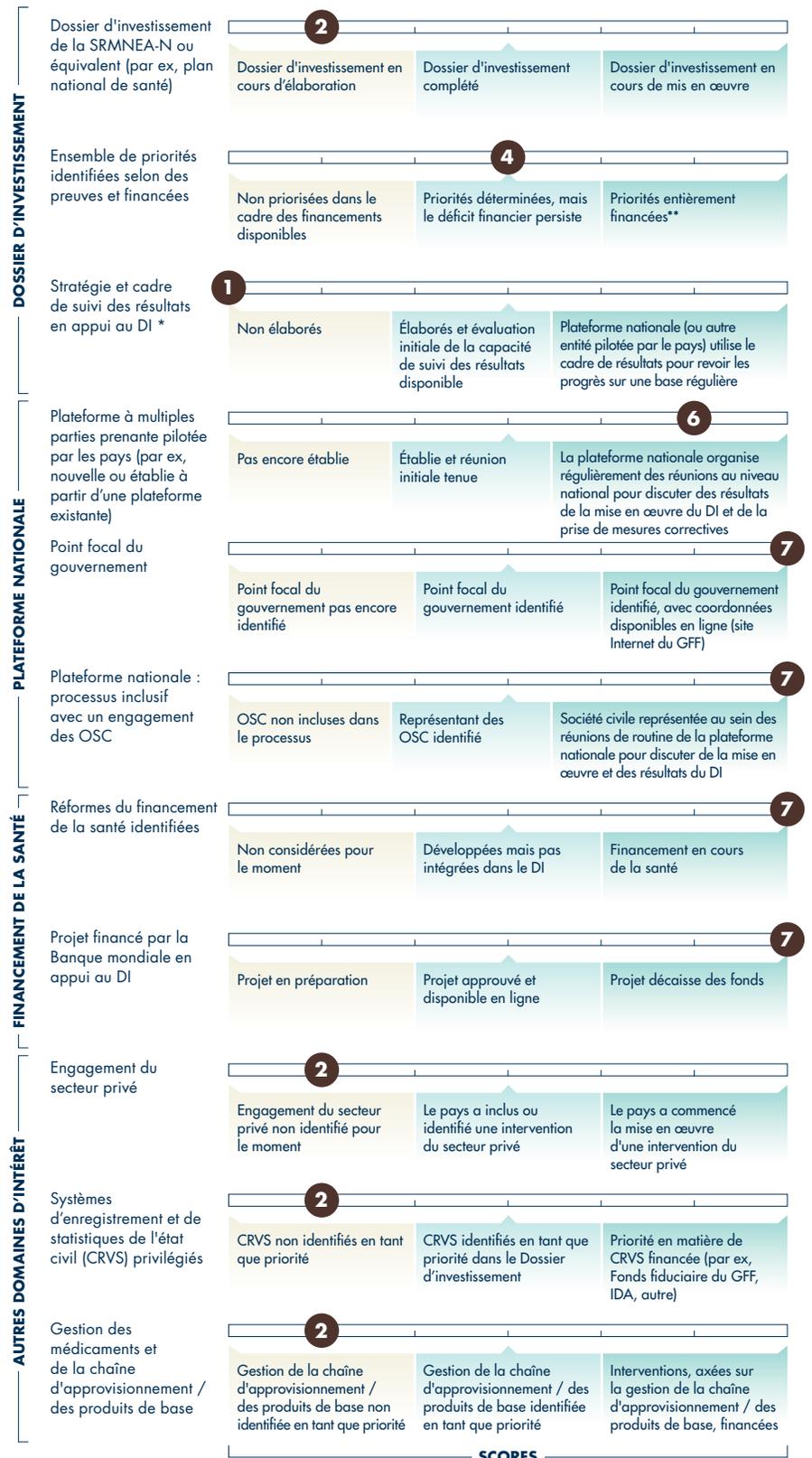
Part des dépenses de santé actuelles affectée aux soins de santé primaire/ambulatoires : **60.34%**

Incidence des dépenses de santé catastrophiques et appauvrissantes :
14.63% catastrophiques
4.52% appauvrissantes

Suivi du Processus Piloté par les Pays

Cartographie des ressources

La Cartographie des ressources est en cours en Afghanistan. La première phase de la Cartographie des ressources s'est concentrée sur le financement externe du secteur de la santé, et les résultats préliminaires ont été analysés. La deuxième phase se concentrera sur l'inclusion des financements externes au niveau infranational. En outre, la version élargie du dossier d'investissement est en cours d'élaboration et la deuxième phase s'attachera à identifier le déficit de financement du dossier d'investissement.



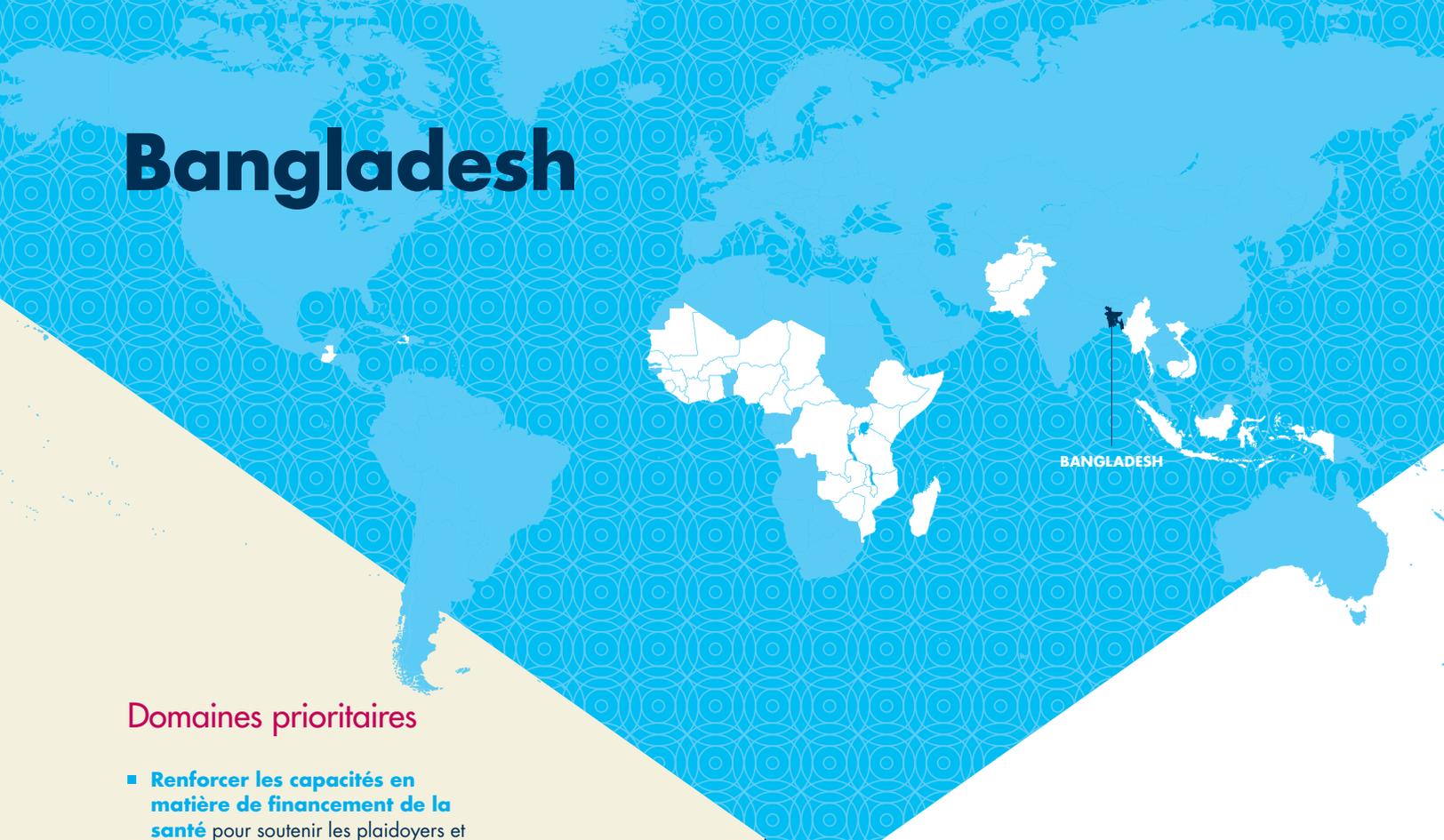
* Tous deux inclus dans le document du DI ou dans un document séparé.

** Cela signifie que le financement a été alloué, versé et libéré – le paiement a été effectué.

*** CPN4 = Quatre consultations prénatales

ART = Thérapie antirétrovirale ; ARV = Antirétroviraux ; DTC3 = Vaccination contre la diphtérie, le tétanos et la coqueluche ; SRO = Solution de réhydratation orale ; PTME = Prévention de la transmission de la mère à l'enfant ; CPoN = consultations postnatales

Bangladesh



BANGLADESH

Domaines prioritaires

- **Renforcer les capacités en matière de financement de la santé** pour soutenir les plaidoyers et l'apport de preuves en faveur d'une augmentation de la part du budget gouvernemental consacrée à la santé.
- **Accroître les dépenses en faveur des soins de santé primaire pour les pauvres** en accroissant la disponibilité des sages-femmes et en améliorant le fonctionnement budgétaire au niveau de l'*Upazila* (sous-district).
- **Appuyer le développement d'une gouvernance pour le système de santé**, la gestion et les capacités de prestation de services.
- **Fournir un paquet de services essentiels** comprenant des mesures principales de la SRMNEA-N et cela, en particulier dans les régions vulnérables de Sylhet et Chittagong.
- **Réduire le taux de grossesse des adolescentes** en assurant la continuité scolaire des filles et en améliorant l'accès des adolescents à des services de santé et de nutrition adaptés.
- **Renforcer l'engagement et la collaboration du secteur privé** dans le domaine de la prestation de services de santé.

Indicateurs de base SRMNEA-N

Taux de mortalité maternelle :
169 pour 100 000 naissances vivantes

Taux de mortalité néonatale :
16 pour 1 000 naissances vivantes

Taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans : **29 pour 1 000 naissances vivantes**

Taux de natalité parmi les adolescentes :
73,1 pour 1 000 femmes

Pourcentage des naissances <24 mois après la naissance précédente : **11.3%**

Retard de croissance parmi les enfants de moins de 5 ans : **36%**

Émaciation modérée à sévère parmi les enfants de moins de 5 ans : **14%**

Indicateurs de base Financement de la santé

Dépenses de santé par habitant financées à partir de sources nationales : **6.14US\$**

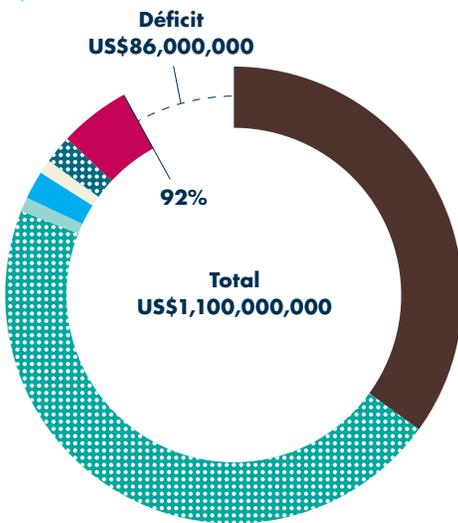
Ratio des dépenses publiques de santé par rapport aux dépenses publiques totales : **3.38%**

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

Incidence des dépenses de santé catastrophiques et appauvrissantes :
10.3% catastrophiques
2.6% appauvrissantes

Suivi du Processus Piloté par les Pays

Cartographie des ressources



La Cartographie des ressources du Bangladesh couvre les exercices financiers de 2018 à 2023. Ce graphique inclut un des deux projets de la Banque mondiale et porte spécifiquement sur la santé et la nutrition. Cofinancé par le GFF, le deuxième projet se concentre sur le domaine de l'éducation et s'attache à assurer la continuité scolaire des filles pour améliorer la santé des adolescents. Cependant, ce second projet n'est pas inclus dans la cartographie des ressources puisqu'il ne fait pas partie du secteur de la santé. Actuellement, le déficit de financement actuel inhérent au DI ne s'élève qu'à 8%.

DOMAINE	ÉTAT	ÉTAT	ÉTAT	
DOSSIER D'INVESTISSEMENT	Dossier d'investissement de la SRMNEA-N ou équivalent (par ex, plan national de santé)	Dossier d'investissement en cours d'élaboration	Dossier d'investissement complété	Dossier d'investissement en cours de mis en œuvre
	Ensemble de priorités identifiées selon des preuves et financées	Non priorisées dans le cadre des financements disponibles	Priorités déterminées, mais le déficit financier persiste	Priorités entièrement financées**
	Stratégie et cadre de suivi des résultats en appui au DI *	Non élaborés	Élaborés et évaluation initiale de la capacité de suivi des résultats disponible	Plateforme nationale (ou autre entité pilotée par le pays) utilise le cadre de résultats pour revoir les progrès sur une base régulière
PLATEFORME NATIONALE	Plateforme à multiples parties prenante pilotée par les pays (par ex, nouvelle ou établie à partir d'une plateforme existante)	Pas encore établie	Établie et réunion initiale tenue	La plateforme nationale organise régulièrement des réunions au niveau national pour discuter des résultats de la mise en œuvre du DI et de la prise de mesures correctives
	Point focal du gouvernement	Point focal du gouvernement pas encore identifié	Point focal du gouvernement identifié	Point focal du gouvernement identifié, avec coordonnées disponibles en ligne (site Internet du GFF)
	Plateforme nationale : processus inclusif avec un engagement des OSC	OSC non incluses dans le processus	Représentant des OSC identifié	Société civile représentée au sein des réunions de routine de la plateforme nationale pour discuter de la mise en œuvre et des résultats du DI
FINANCEMENT DE LA SANTÉ	Réformes du financement de la santé identifiées	Non considérées pour le moment	Développées mais pas intégrées dans le DI	Financement en cours de la santé
	Projet financé par la Banque mondiale en appui au DI	Projet en préparation	Projet approuvé et disponible en ligne	Projet décaisse des fonds
	Engagement du secteur privé	Engagement du secteur privé non identifié pour le moment	Le pays a inclus ou identifié une intervention du secteur privé	Le pays a commencé la mise en œuvre d'une intervention du secteur privé
AUTRES DOMAINES D'INTÉRÊT	Systèmes d'enregistrement et de statistiques de l'état civil (CRVS) privilégiés	CRVS non identifiés en tant que priorité	CRVS identifiés en tant que priorité dans le Dossier d'investissement	Priorité en matière de CRVS financée (par ex, Fonds fiduciaire du GFF, IDA, autre)
	Gestion des médicaments et de la chaîne d'approvisionnement / des produits de base	Gestion de la chaîne d'approvisionnement / des produits de base non identifiée en tant que priorité	Gestion de la chaîne d'approvisionnement / des produits de base identifiée en tant que priorité	Interventions, axées sur la gestion de la chaîne d'approvisionnement / des produits de base, financées

SCORES

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

** Cela signifie que le financement a été alloué, versé et libéré – le paiement a été effectué.

*** CPN4 = Quatre consultations prénatales

ART = Thérapie antirétrovirale ; ARV = Antirétroviraux ; DTC3 = Vaccination contre la diphtérie, le tétanos et la coqueluche ; SRO = Solution de réhydratation orale ; PTME = Prévention de la transmission de la mère à l'enfant ; CPoN = consultations postnatales

Burkina Faso



BURKINA FASO

Domaines prioritaires

- **Améliorer l'accès équitable et l'utilisation d'un ensemble intégré d'interventions de SRMNEA-N à fort impact.**
- **Renforcer les piliers des systèmes de santé, notamment la disponibilité des ressources humaines** ainsi que l'infrastructures, les équipements et les produits de base.
- **Améliorer la gouvernance du système de santé**, y compris le financement, l'enregistrement des faits de l'état civil, les systèmes d'information et la coordination multisectorielle.

Indicateurs de base SRMNEA-N

Taux de mortalité maternelle :
330 pour 100 000 naissances vivantes

Taux de mortalité néonatale :
23 pour 1 000 naissances vivantes

Taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans : **82 pour 1 000 naissances vivantes**

Taux de natalité parmi les adolescentes :
132 pour 1 000 femmes

Pourcentage des naissances <24 mois après la naissance précédente : **17.4%**

Retard de croissance parmi les enfants de moins de 5 ans : **25%**

Émaciation modérée à sévère parmi les enfants de moins de 5 ans : **8.4%**

Indicateurs de base Financement de la santé

Dépenses de santé par habitant financées à partir de sources nationales : **16.42US\$**

Ratio des dépenses publiques de santé par rapport aux dépenses publiques totales : **11.03%**

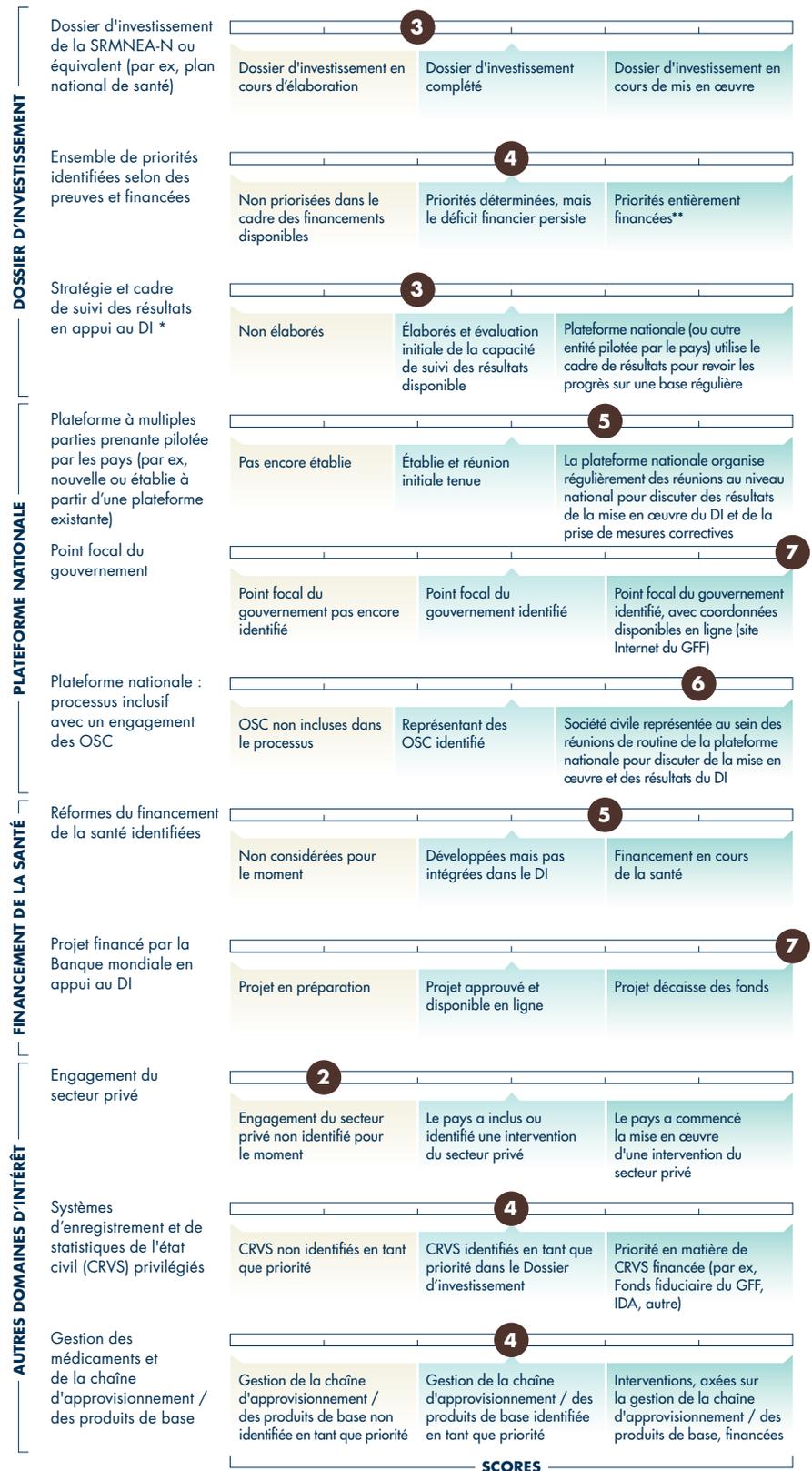
Part des dépenses de santé actuelles affectée aux soins de santé primaire/ambulatoires : **78.34%**

Incidence des dépenses de santé catastrophiques et appauvrissantes :
Catastrophiques **Non disponibles**
1.92% appauvrissantes

Suivi du Processus Piloté par les Pays

Cartographie des ressources

Le Burkina Faso a terminé une analyse préliminaire des ressources disponibles pour le dossier d'investissement. Alors que les ressources nationales du gouvernement représentent 48 pour cent des financements disponibles pour le dossier d'investissement, les ressources externes représentent 45 pour cent des financements disponibles pour le dossier d'investissement. Les dépenses directes des ménages représentent environ 7 pour cent des dépenses inhérentes au dossier d'investissement et moins de 1 pour cent des dépenses proviennent de sources privées.



* Tous deux inclus dans le document du DI ou dans un document séparé.
 ** Cela signifie que le financement a été alloué, versé et libéré – le paiement a été effectué.
 *** CPN4 = Quatre consultations prénatales
 ART = Thérapie antirétrovirale ; ARV = Antirétroviraux ; DTC3 = Vaccination contre la diphtérie, le tétanos et la coqueluche ; SRO = Solution de réhydratation orale ; PTME = Prévention de la transmission de la mère à l'enfant ; CPoN = consultations postnatales

Cambodge



CAMBODGE

Domaines prioritaires

- **Mettre l'accent sur une réduction de la dénutrition infantile**, de la mortalité néonatale et de la fécondité des adolescents dans sept provinces prioritaires dont les populations sont largement composées de minorités ethniques.
- **Soutenir l'amélioration de la qualité** et les initiatives de santé communautaire pour augmenter la couverture des services de SRMNEA-N de bonne qualité.
- **Augmenter la sensibilisation communautaire** ainsi que la demande pour des services de santé préventifs, consultatifs et curatifs.
- **Remédier aux goulots d'étranglement du côté de l'offre**, notamment le manque de formation et de capacité des prestataires ; la redevabilité limitée en matière de prestation de services de santé et de nutrition selon en fonction de directives cliniques ; et l'insuffisance des équipements, des produits de base et du matériel nécessaires.
- **Défragmenter le financement de la SRMNEA-N** et intégrer la prestation de services dans les systèmes et les réformes généraux du gouvernement afin d'améliorer la coordination et la durabilité des activités et des interventions de SRMNEA-N.

Indicateurs de base SRMNEA-N

Taux de mortalité maternelle :
170 pour 100 000 naissances vivantes

Taux de mortalité néonatale :
18 pour 1 000 naissances vivantes

Taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans : **35 pour 1 000 naissances vivantes**

Taux de natalité parmi les adolescentes :
57 pour 1 000 femmes

Pourcentage des naissances <24 mois après la naissance précédente : **13.3%**

Retard de croissance parmi les enfants de moins de 5 ans : **32.4%**

Émaciation modérée à sévère parmi les enfants de moins de 5 ans : **9.6%**

Indicateurs de base Financement de la santé

Dépenses de santé par habitant financées à partir de sources nationales : **16.94US\$**

Ratio des dépenses publiques de santé par rapport aux dépenses publiques totales : **6.16%**

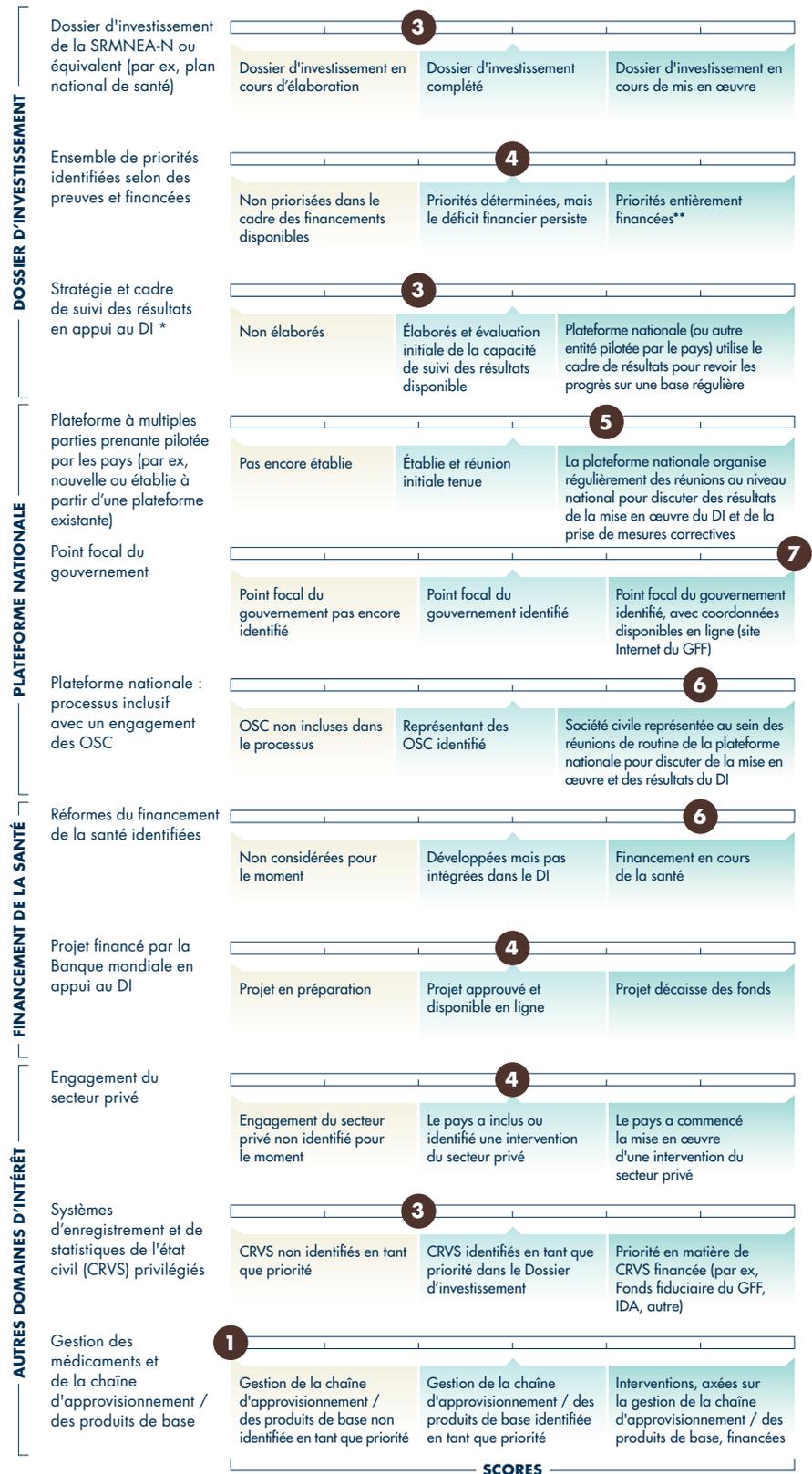
Part des dépenses de santé actuelles affectée aux soins de santé primaire/ambulatoires : **67.37%**

Incidence des dépenses de santé catastrophiques et appauvrissantes :
19.97% catastrophiques
2.99% appauvrissantes

Suivi du Processus Piloté par les Pays

Cartographie des ressources

Le dossier d'investissement du Cambodge se concentre sur trois dimensions importantes : réduire la mortalité néonatale, réduire la dénutrition infantile et réduire le taux de fécondité des adolescents. L'objectif est de finaliser le dossier d'investissement d'ici à la fin de l'année 2019. Afin de relier les activités actuelles de cartographie des ressources à la cartographie effectuée pour le dossier d'investissement, une collaboration est en cours de constitution avec le Réseau des donateurs du Mouvement SUN et avec les agences des Nations Unies. Le dossier d'investissement a identifié un déficit de financement de 53,56 millions d'US\$ sur cinq ans, dont 80% seront financés par un projet de 53 millions d'US\$, intitulé « *Cambodia Nutrition Project (2019-2024)* » et financé par le Gouvernement Royal du Cambodge (12 millions d'US\$), l'IDA (15 millions d'US\$), le GFF (10 millions d'US\$), le KfW allemand (9 millions d'US\$), le DFAT australien (5 millions d'US\$) et le Fonds fiduciaire à multiples bailleurs de fonds pour une amélioration de l'équité de santé et de la qualité et cela, avec des financements de l'Australian Aid, du KfW allemand et de KOICA (2 millions d'US\$). Un déficit de financement pour la santé des adolescents, la formation initiale et continue des ressources humaines, l'accès aux soins obstétricaux et néonataux d'urgence (SONU) ainsi que pour résoudre d'autres problèmes subsistent. Des investissements supplémentaires de la part des bailleurs de fonds sont en attente / en suspens pour aligner les efforts et réduire le déficit de financement restant.



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

** Cela signifie que le financement a été alloué, versé et libéré – le paiement a été effectué.

*** CPN4 = Quatre consultations prénatales

ART = Thérapie antirétrovirale ; ARV = Antirétroviraux ; DTC3 = Vaccination contre la diphtérie, le tétanos et la coqueluche ; SRO = Solution de réhydratation orale ;

PTME = Prévention de la transmission de la mère à l'enfant ;

CPoN = consultations postnatales

Cameroun



Domaines prioritaires

- **Aider le Gouvernement à augmenter la part du budget consacré à la santé** et cela, de 3,9 pour cent en 2018 à 3,97 pour cent en 2019 et à accroître la part du budget de la santé consacrée aux soins de santé primaire et secondaire et cela, de 8 pour cent en 2017 à 21 pour cent en 2019.
- **Etendre le financement basé sur les résultats dans les régions défavorisées** afin d'améliorer l'équité en matière de dépenses.
- **Renforcer la technique de la mère kangourou pour les soins de santé néonatale** et cela, à travers une obligation à impact sur le développement visant à réduire la mortalité néonatale ainsi que le nombre de nourrissons prématurés et le nombre de nourrissons ayant un faible poids de naissance.
- **Mettre l'accent sur la santé reproductive des adolescents** afin de réduire les taux élevés de fécondité et de grossesses non désirées parmi les adolescents, accroître l'accès des adolescents aux services sociaux et améliorer les possibilités d'éducation, en particulier pour les filles.
- **Encourager l'enregistrement des naissances** à travers un financement basé sur la performance ; adopter des normes internationales pour l'enregistrement des faits de l'état civil ; améliorer l'interopérabilité des systèmes ; et augmenter les centres d'enregistrement ainsi que le nombre d'agents de l'état civil.

Indicateurs de base SRMNEA-N

Taux de mortalité maternelle :
596 pour 100 000 naissances vivantes

Taux de mortalité néonatale :
28 pour 1 000 naissances vivantes

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

Taux de natalité parmi les adolescentes :
122 pour 1 000 femmes

Pourcentage des naissances <24 mois après la naissance précédente : **21.3%**

Retard de croissance parmi les enfants de moins de 5 ans : **28.9%**

Émaciation modérée à sévère parmi les enfants de moins de 5 ans : **4.3%**

Indicateurs de base Financement de la santé

Dépenses de santé par habitant financées à partir de sources nationales : **8.60US\$**

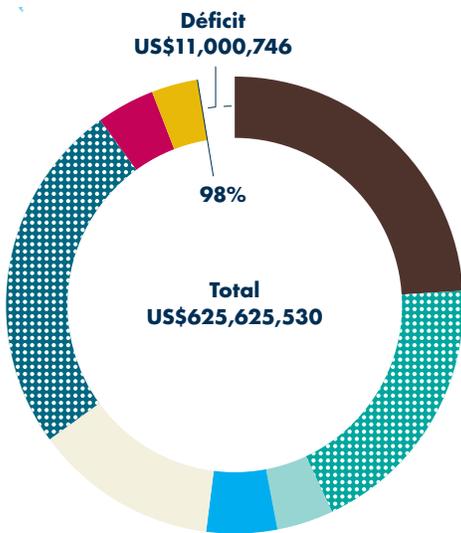
Ratio des dépenses publiques de santé par rapport aux dépenses publiques totales : **2.95%**

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

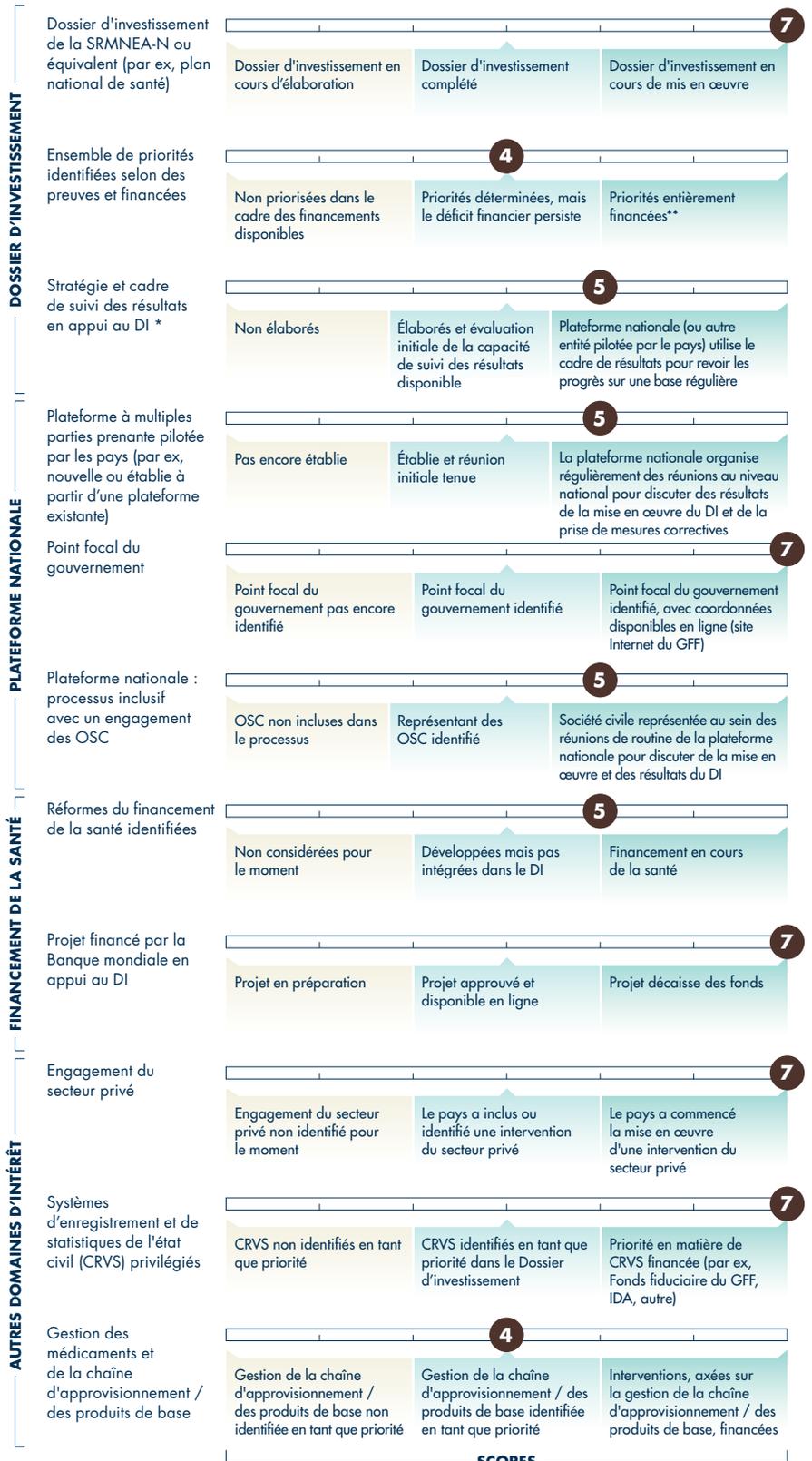
Incidence des dépenses de santé catastrophiques et appauvrissantes :
10.78% catastrophiques
1.86% appauvrissantes

Suivi du Processus Piloté par les Pays

Cartographie des ressources



Menée en 2018 et mise à jour en 2019, cette cartographie des ressources fournit des estimations pour la mise en œuvre du dossier d'investissement et cela, pour les exercices financiers de 2017 à 2020. Au moment de la cartographie des ressources, le déficit de financement du DI s'élevait à 2%.



SCORES

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

** Cela signifie que le financement a été alloué, versé et libéré – le paiement a été effectué.

*** CPN4 = Quatre consultations prénatales

ART = Thérapie antirétrovirale ; ARV = Antirétroviraux ; DTC3 = Vaccination contre la diphtérie, le tétanos et la coqueluche ; SRO = Solution de réhydratation orale ; PTME = Prévention de la transmission de la mère à l'enfant ; CPoN = consultations postnatales

Côte d'Ivoire



CÔTE D'IVOIRE

Domaines prioritaires

- **Opérationnaliser l'engagement du gouvernement** d'accroître la part du budget de la santé de 15 pour cent par an – un engagement pris à l'occasion du premier Dialogue national sur le Financement de la santé organisé du 15 au 18 avril 2019.
- **Augmenter les dépenses publiques de santé pour les services de santé primaire**, y compris les services de santé communautaire et cela, à travers la décentralisation, la mise à l'échelle nationale des achats stratégiques et la mise en réseau du régime universel d'assurance maladie.
- **Impliquer les prestataires de services du secteur privé dans les réformes liées aux achats stratégiques** et cela, par le biais de mécanismes de réglementation, d'accréditation et de passation de marchés.

Indicateurs de base SRMNEA-N

Taux de mortalité maternelle :
614 pour 100 000 naissances vivantes

Taux de mortalité néonatale :
33 pour 1 000 naissances vivantes

Taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans : **96 pour 1 000 naissances vivantes**

Taux de natalité parmi les adolescentes :
124 pour 1 000 femmes

Pourcentage des naissances <24 mois après la naissance précédente : **14.9%**

Retard de croissance parmi les enfants de moins de 5 ans : **21.6%**

Émaciation modérée à sévère parmi les enfants de moins de 5 ans : **6%**

Indicateurs de base Financement de la santé

Dépenses de santé par habitant financées à partir de sources nationales : **17.41US\$**

Ratio des dépenses publiques de santé par rapport aux dépenses publiques totales : **4.88%**

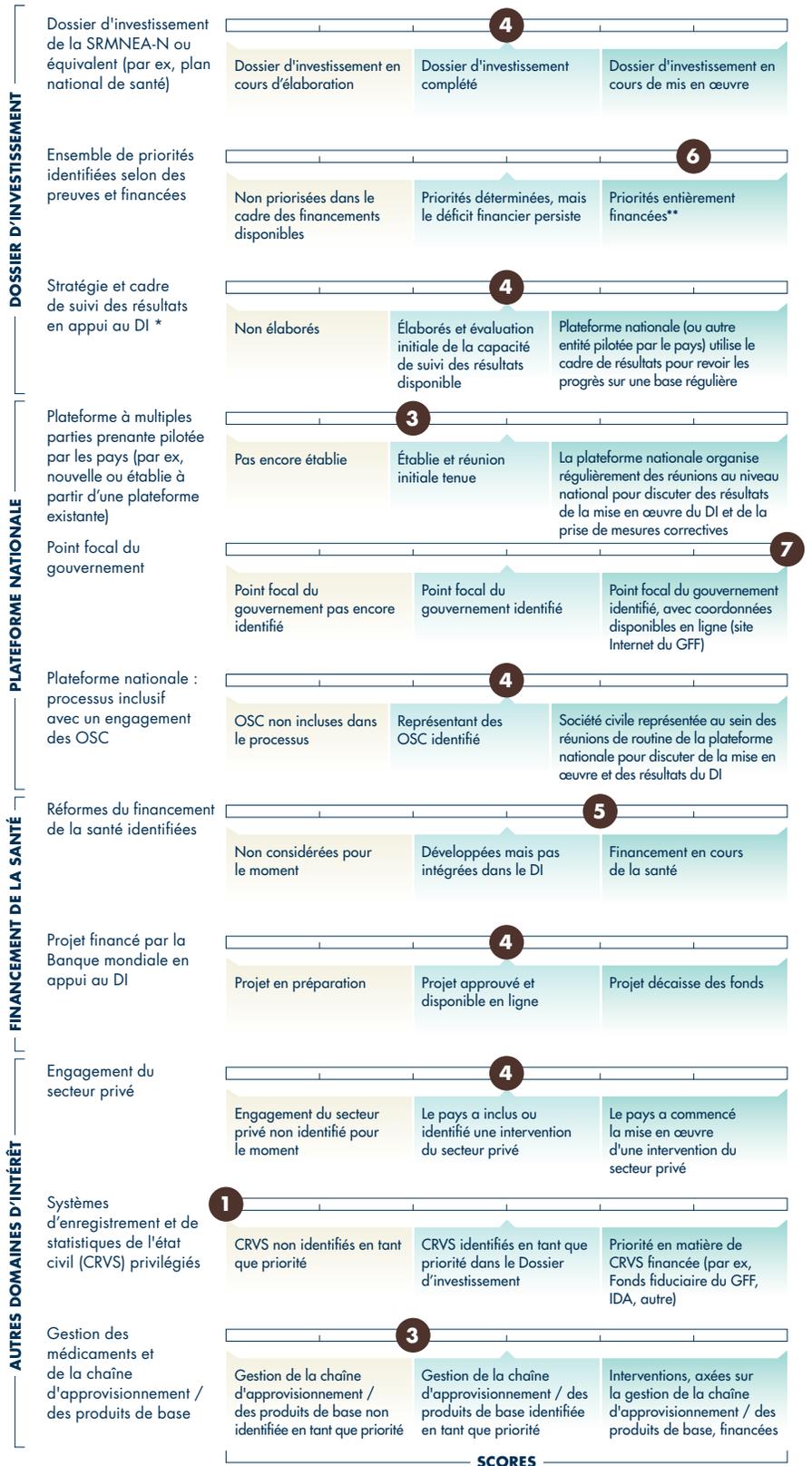
Part des dépenses de santé actuelles affectée aux soins de santé primaire/ambulatoires : **77.78%**

Incidence des dépenses de santé catastrophiques et appauvrissantes :
8.82% catastrophiques
1.73% appauvrissantes

Suivi du Processus Piloté par les Pays

Cartographie des ressources

La Côte d'Ivoire a complété la première étape de la cartographie des ressources en estimant le total des ressources disponibles pour la mise en œuvre du dossier d'investissement. Etant donné que le dossier d'investissement n'a pas encore été chiffré, aucun déficit de financement n'a été identifié. Il est néanmoins prévu que les résultats finaux, incluant le déficit de financement, seront disponibles d'ici mars 2020. Les résultats préliminaires pour les exercices financiers de 2016 à 2018 (y compris les engagements) indiquent que les ressources nationales du gouvernement représentent plus de 60% du financement du dossier d'investissement et que les partenaires externes représentent le reste. Actuellement, plus de 15 partenaires externes sont alignés sur le dossier d'Investissement de la Côte d'Ivoire et se sont engagés à le financer.



SCORES

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

** Cela signifie que le financement a été alloué, versé et libéré – le paiement a été effectué.

*** CPN4 = Quatre consultations prénatales

ART = Thérapie antirétrovirale ; ARV = Antirétroviraux ; DTC3 = Vaccination contre la diphtérie, le tétanos et la coqueluche ; SRO = Solution de réhydratation orale ; PTME = Prévention de la transmission de la mère à l'enfant ; CPoN = consultations postnatales

Éthiopie



Domaines prioritaires

- **Ajouter des ressources du GFF et de la Banque mondiale dans le fonds commun des ODD** et cela, avec 10 autres partenaires. Ce fonds permet au ministère de la Santé à la fois d'acheter des médicaments et du matériel médical pour les formations sanitaires au niveau régional, de mettre en œuvre le HSTP/dossier d'investissement, et d'appuyer la réalisation de meilleurs résultats de SRMNEA.
- **Appuyer les efforts du gouvernement pour augmenter la part du budget consacrée à la santé**, de 7 pour cent en 2015 à 11 pour cent en 2020.
- **Améliorer l'équité des dépenses publiques** en augmentant la proportion des mécanismes communautaires d'assurance-maladie qui sont fonctionnels et cela, de 23 pour cent en 2017 à 53 pour cent en 2021.
- **Appuyer les réformes axées sur la gestion des finances publiques** afin d'améliorer l'exécution budgétaire et augmenter la mobilisation des ressources nationales.
- **Renforcer l'engagement du secteur privé**, soutenir les dialogues « publics et privés », renforcer les capacités et constituer des opportunités de collaboration.
- **Renforcer le suivi, la supervision et le stockage sécurisé des documents de l'état civil**, et appuyer les campagnes de plaidoyer et de sensibilisation.

Indicateurs de base SRMNEA-N

Taux de mortalité maternelle :
412 pour 100 000 naissances vivantes

Taux de mortalité néonatale :
30 pour 1 000 naissances vivantes

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

Taux de natalité parmi les adolescentes :
80 pour 1 000 femmes

Pourcentage des naissances <24 mois après la naissance précédente : **21.7%**

Retard de croissance parmi les enfants de moins de 5 ans : **37%**

Émaciation modérée à sévère parmi les enfants de moins de 5 ans : **7%**

Indicateurs de base Financement de la santé

Dépenses de santé par habitant financées à partir de sources nationales : **10.60US\$**

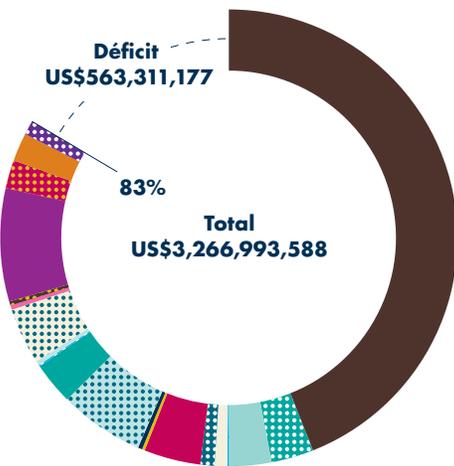
Ratio des dépenses publiques de santé par rapport aux dépenses publiques totales : **8.1%**

Part des dépenses de santé actuelles affectée aux soins de santé primaire/ambulatoires : **89%**

Incidence des dépenses de santé catastrophiques et appauvrissantes :
4.91% catastrophiques
0.95% appauvrissantes

Suivi du Processus Piloté par les Pays

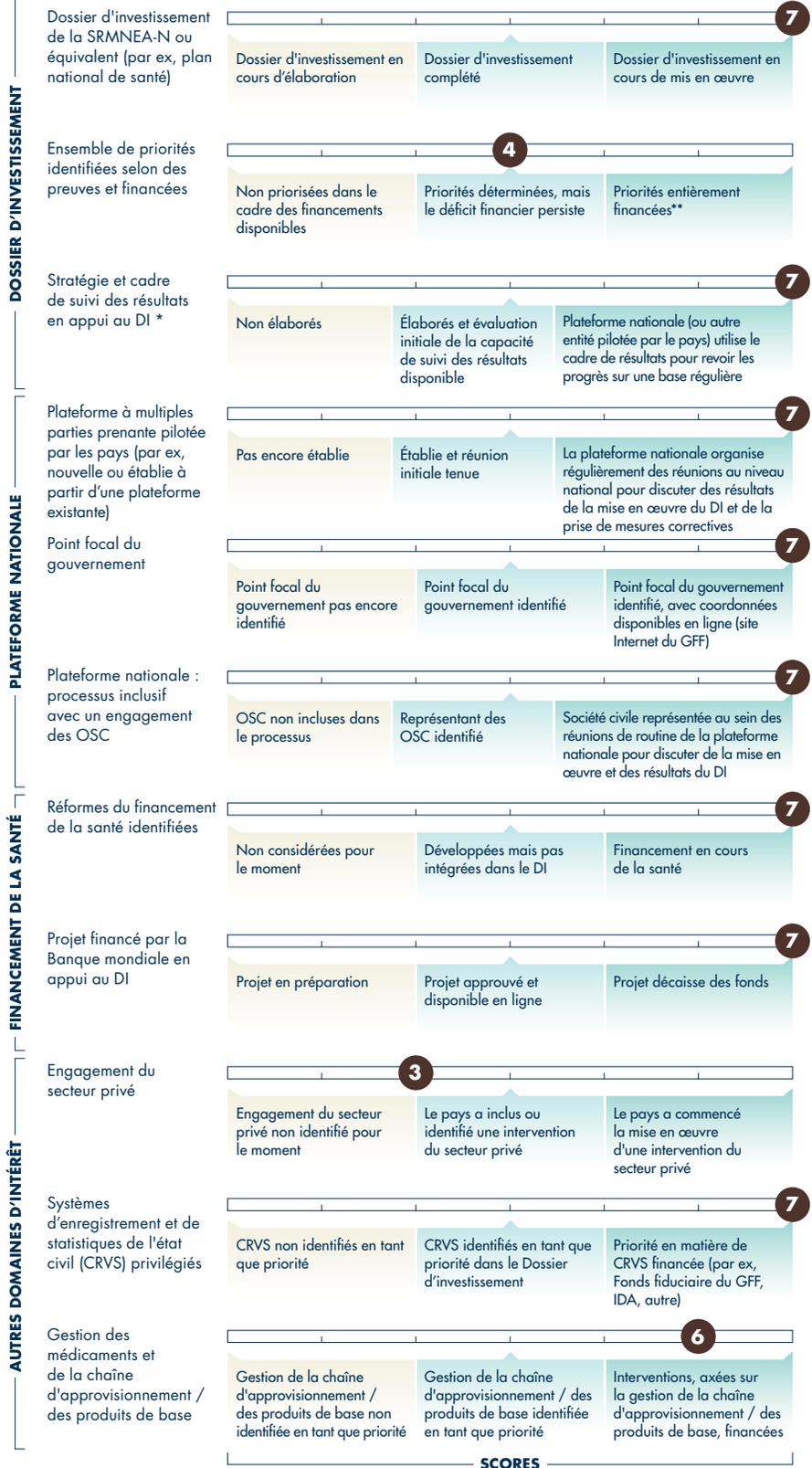
Cartographie des ressources



- GOUVERNEMENT**
- COOPÉRATION SUISSE POUR LE DÉVELOPPEMENT**
- BANQUE MONDIALE**
- FONDS MONDIAL**
- DFID**
- UNAIDS**
- AECID**
- UNFPA**
- USAID**
- OMF**
- CIFF**
- COMMISSION EUROPÉENNE**
- OMS**
- GAVI**
- PAYS-BAS**
- ONG CANAL 3**
- FONDS CANAL 2**
- COMMUNAUTÉ**
- ASSURANCE MALADIE / CBHI**
- IRISH AID**
- AICS**
- FONDATION PFIZER**
- DÉFICIT**

« Communauté » représente ici la force de travail fournie gratuitement par la communauté et convertie en valeur monétaire.

La cartographie des ressources présentée ici concerne les exercices financiers de 2018 à 2019. Actuellement, plus de 15 partenaires externes, en plus du ministère de la Santé, sont alignés sur le dossier d'Investissement et se sont engagés à le financer. L'Éthiopie a procédé à une cartographie détaillée des ressources, y compris des contributions communautaires converties en valeur monétaire et des contributions du régime communautaires d'assurance-maladie (CBHI) qui subventionne le programme de soins de santé primaire. L'Éthiopie dispose également de deux flux de financement supplémentaires qui ne sont généralement pas documentés dans d'autres pays. Les fonds du Circuit 2 font référence à un financement prévu dans le plan, mais pas au budget, tandis que les fonds du Circuit 3 font référence aux financements fournis aux ONG du secteur de la santé qui ne transitent pas par le système du gouvernement.



SCORES

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

** Cela signifie que le financement a été alloué, versé et libéré – le paiement a été effectué.

*** CPN4 = Quatre consultations prénatales

ART = Thérapie antirétrovirale ; ARV = Antirétroviraux ; DTC3 = Vaccination contre la diphtérie, le tétanos et la coqueluche ; SRO = Solution de réhydratation orale ;

PTME = Prévention de la transmission de la mère à l'enfant ;

CPoN = consultations postnatales

Guatemala



GUATEMALA

Domaines prioritaires

- **Améliorer l'efficacité** en fournissant une assistance technique sur la planification stratégique, la gestion des finances publiques, les réseaux intégrés de prestation de services, et sur l'élaboration de politiques fondées sur des données.
- **Libérer des ressources nationales à partir des paiements de la dette**, avec l'achat par le GFF de prêts à taux concessionnels. Cet achat de prêts à taux concessionnels implique que le ministère des Finances sécurise et garantit le double du montant de l'achat à taux conditionnel (c.à.d. 18 millions d'US\$) pour le programme national de transferts monétaires conditionnels qui avait auparavant souffert de déficits budgétaires.
- **Réduire les retards de croissance et la malnutrition chronique** par le biais d'approches multisectorielles visant à améliorer la qualité et augmenter la demande pour des services de santé, de nutrition, de protection sociale et d'assainissement.

Indicateurs de base SRMNEA-N

Taux de mortalité maternelle :
140 pour 100 000 naissances vivantes

Taux de mortalité néonatale :
17 pour 1 000 naissances vivantes

Taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans : **35 pour 1 000 naissances vivantes**

Taux de natalité parmi les adolescentes :
92 pour 1 000 femmes

Pourcentage des naissances <24 mois après la naissance précédente : **18.8%**

Retard de croissance parmi les enfants de moins de 5 ans : **47%**

Émaciation modérée à sévère parmi les enfants de moins de 5 ans : **1%**

Indicateurs de base Financement de la santé

Dépenses de santé par habitant financées à partir de sources nationales : **89.82US\$**

Ratio des dépenses publiques de santé par rapport aux dépenses publiques totales : **17.94%**

Part des dépenses de santé actuelles affectée aux soins de santé primaire/ambulatoires : **65.32%**

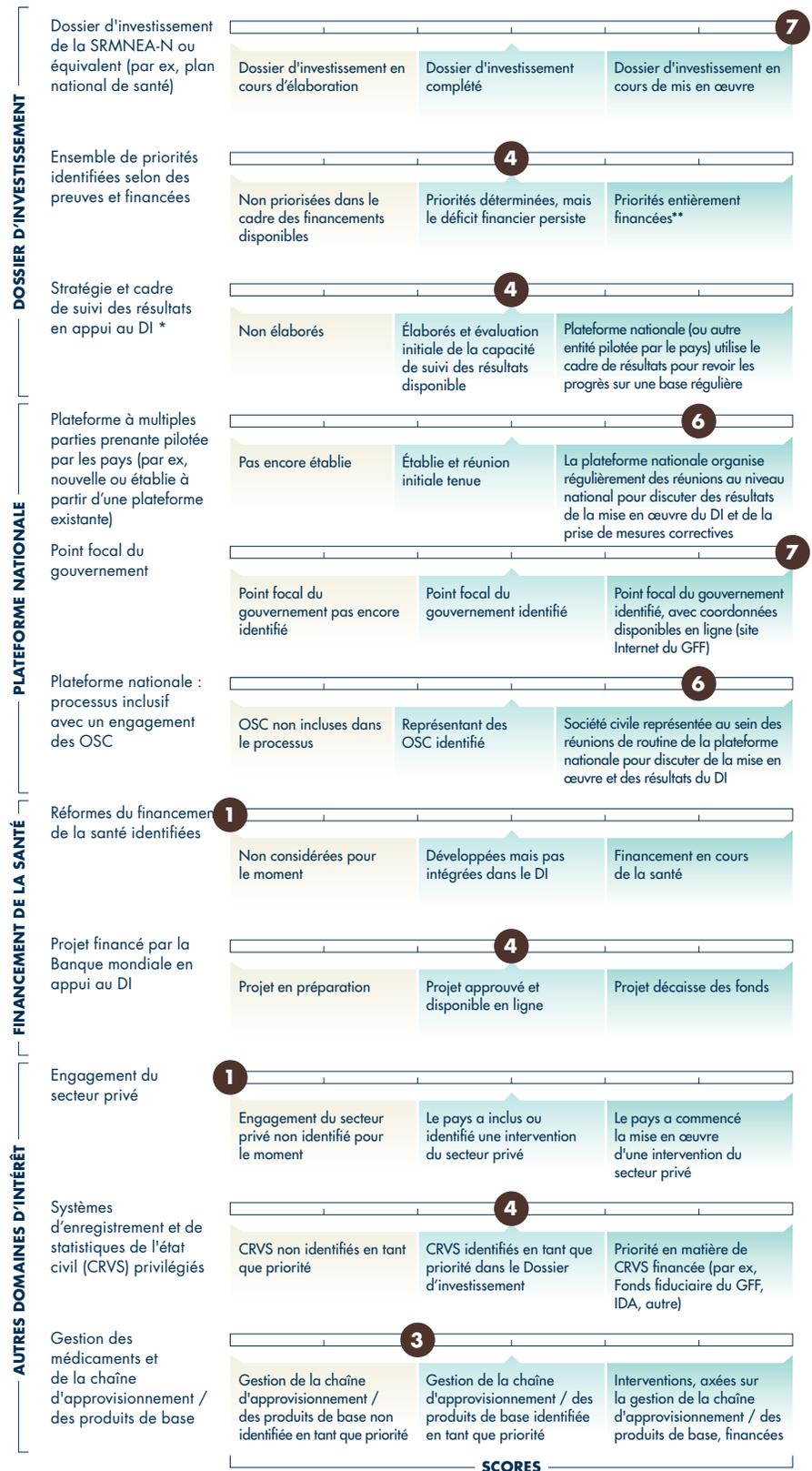
Incidence des dépenses de santé catastrophiques et appauvrissantes :
1.36% catastrophiques
0.29% appauvrissantes

Suivi du Processus Piloté par les Pays

Cartographie des ressources

Bien que la cartographie des ressources n'ait pas encore été réalisée au Guatemala, la Revue des dépenses publiques (PER), les évaluations du secteur de la santé et le suivi des dépenses par le biais des Comptes nationaux de santé (CNS) ont été complétés en 2012, 2015 et 2017. Le Guatemala ne dépend pas de financements externes : moins de 2 pour cent du financement total du secteur de la santé provient de sources externes.

Le Guatemala est en bonne voie de réaliser les initiatives escomptées pour l'amélioration de l'efficacité et des systèmes de gestion des finances publiques – objectif important de la cartographie des ressources. Le GFF appuie les efforts qui visent à améliorer la planification, les flux financiers et l'utilisation des ressources du ministère central de la Santé, particulièrement par les départements appartenant au ministère, et cela, grâce à un meilleur alignement des plans annuels d'achat et grâce à un meilleur fonctionnement.



SCORES

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

** Cela signifie que le financement a été alloué, versé et libéré – le paiement a été effectué.

*** CPN4 = Quatre consultations prénatales

ART = Thérapie antirétrovirale ; ARV = Antirétroviraux ; DTC3 = Vaccination contre la diphtérie, le tétanos et la coqueluche ; SRO = Solution de réhydratation orale ; PTME = Prévention de la transmission de la mère à l'enfant ; CPoN = consultations postnatales

Guinée



GUINÉE

Domaines prioritaires

- **Aligner la Stratégie du gouvernement sur la SRMNEA-N** avec un dossier d'investissement nouvellement élaboré.
- **Appuyer le Programme de Pipeline Rural et la Stratégie de santé communautaire**, qui amènent le personnel de santé dans les centres de santé ruraux.
- **Appuyer l'intégration des déclarations de naissances et de décès et de l'enregistrement des causes de décès dans le Système d'information pour la Gestion Sanitaire de District. 2 (DHIS2)** ; améliorer la qualité et la sécurité des formulaires et des registres ; et renforcer les capacités en matière d'enregistrement des faits d'état civil.

Indicateurs de base SRMNEA-N

Taux de mortalité maternelle :
550 pour 100 000 naissances vivantes

Taux de mortalité néonatale :
32 pour 1 000 naissances vivantes

Taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans : **111 pour 1 000 naissances vivantes**

Taux de natalité parmi les adolescentes :
120 pour 1 000 femmes

Pourcentage des naissances <24 mois après la naissance précédente : **16%**

Retard de croissance parmi les enfants de moins de 5 ans : **30.3%**

Émaciation modérée à sévère parmi les enfants de moins de 5 ans : **9.2%**

Indicateurs de base Financement de la santé

Dépenses de santé par habitant financées à partir de sources nationales : **4.61US\$**

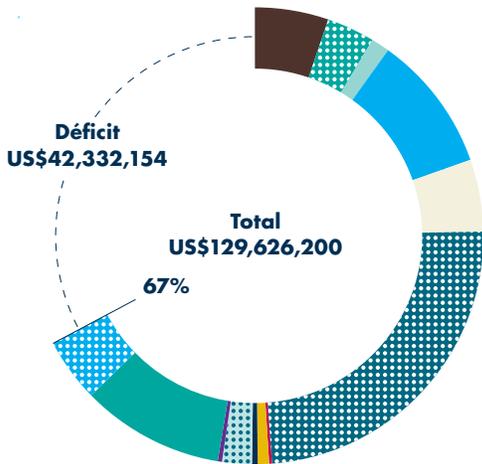
Ratio des dépenses publiques de santé par rapport aux dépenses publiques totales : **4.11%**

Part des dépenses de santé actuelles affectée aux soins de santé primaire/ambulatoires : **78.12%**

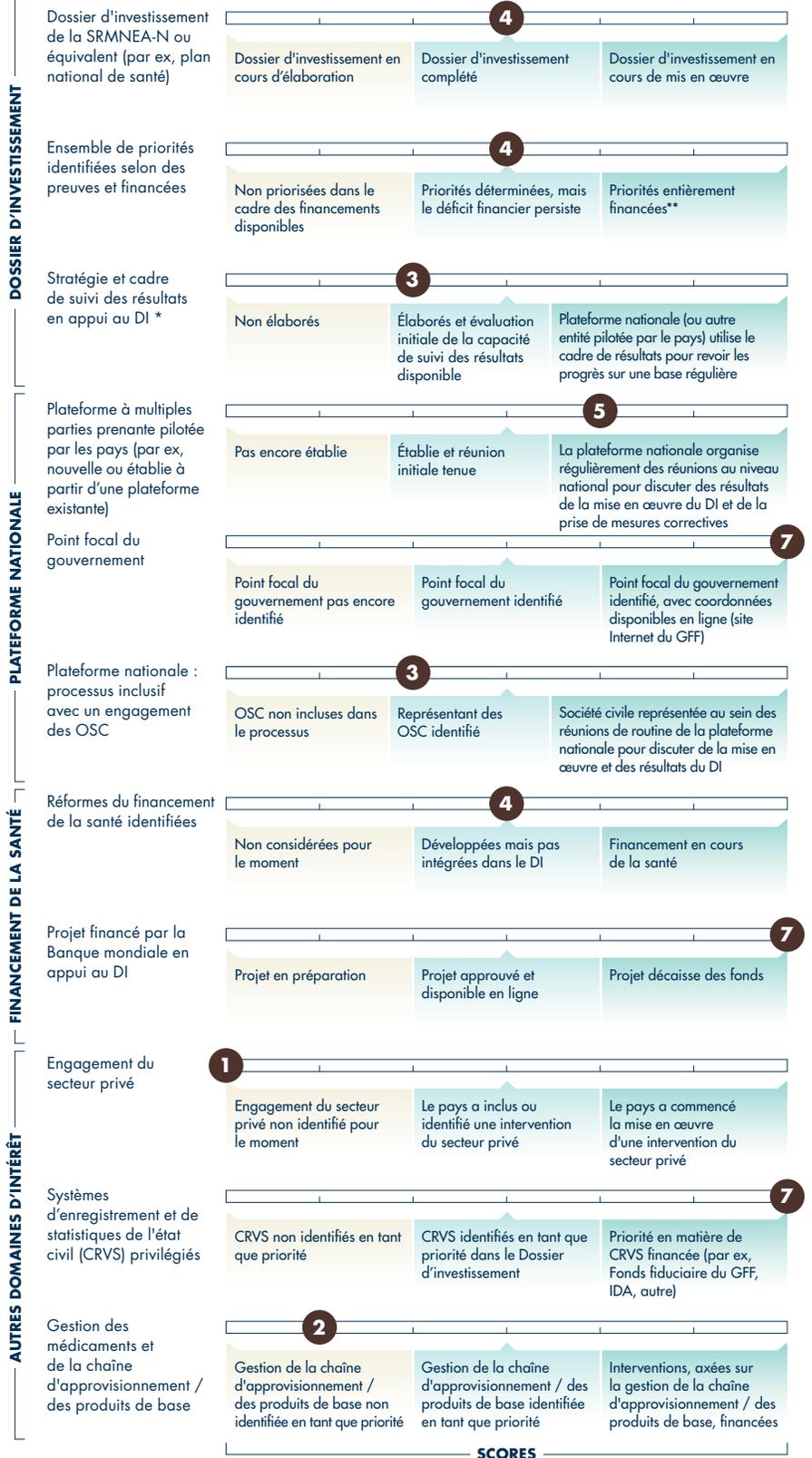
Incidence des dépenses de santé catastrophiques et appauvrissantes :
6.97% catastrophiques
2.48% appauvrissantes

Suivi du Processus Piloté par les Pays

Cartographie des ressources



La cartographie des ressources présentée ici concerne l'exercice 2018. Actuellement, plus de 10 bailleurs de fonds se sont alignés sur le dossier d'investissement de la Guinée et se sont engagés à le financer. Même si un déficit de financement de plus de 30% demeure, la Guinée s'est fermement engagée à réduire la mortalité maternelle de 15% et la mortalité néonatale et infantile de 30% et cela, au cours des 3 prochaines années. Bien que ces objectifs soient ambitieux, le pays espère les atteindre en augmentant le financement du DI et en améliorant l'efficacité de l'allocation.



SCORES

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

** Cela signifie que le financement a été alloué, versé et libéré – le paiement a été effectué.

*** CPN4 = Quatre consultations prénatales

ART = Thérapie antirétrovirale ; ARV = Antirétroviraux ; DTC3 = Vaccination contre la diphtérie, le tétanos et la coqueluche ; SRO = Solution de réhydratation orale ; PTME = Prévention de la transmission de la mère à l'enfant ; CPoN = consultations postnatales

Haïti



Domaines prioritaires

- **Introduire un changement de paradigme pour améliorer la coordination des bailleurs de fonds et l'efficacité de l'aide extérieure** afin d'appuyer les efforts qui visent à améliorer l'utilisation et l'impact des ressources disponibles.
- **Élaborer une stratégie de santé communautaire et un plan de mise en œuvre** pour accroître l'efficacité et l'ampleur de la prestation et de l'utilisation des services.
- **Améliorer l'efficacité des ressources disponibles dans le secteur de la santé** en utilisant une budgétisation basée sur les programmes et en transitant vers une gestion basée sur résultats.
- **Développer un plan stratégique (2020-2030) pour la rationalisation des ressources humaines**, notamment pour parvenir à une répartition et à une combinaison plus efficaces des catégories de ressources humaines dans l'ensemble du pays.
- **Cartographier et suivre les ressources** afin d'améliorer la coordination et l'efficacité des ressources externes pour la santé, qui ont diminué.
- **Améliorer le Système national d'approvisionnement et de distribution de produits médicaux (SNADI)** afin de garantir la disponibilité et l'accessibilité permanentes des médicaments essentiels à chaque point de prestation de services du pays.

Indicateurs de base SRMNEA-N

Taux de mortalité maternelle :
529 pour 100 000 naissances vivantes

Taux de mortalité néonatale :
32 pour 1 000 naissances vivantes

Taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans : **81 pour 1 000 naissances vivantes**

Taux de natalité parmi les adolescentes :
55 pour 1 000 femmes

Pourcentage des naissances <24 mois après la naissance précédente : **17.8%**

Retard de croissance parmi les enfants de moins de 5 ans : **21.9%**

Émaciation modérée à sévère parmi les enfants de moins de 5 ans : **3.6%**

Indicateurs de base Financement de la santé

Dépenses de santé par habitant financées à partir de sources nationales : **5.79US\$**

Ratio des dépenses publiques de santé par rapport aux dépenses publiques totales : **4.42%**

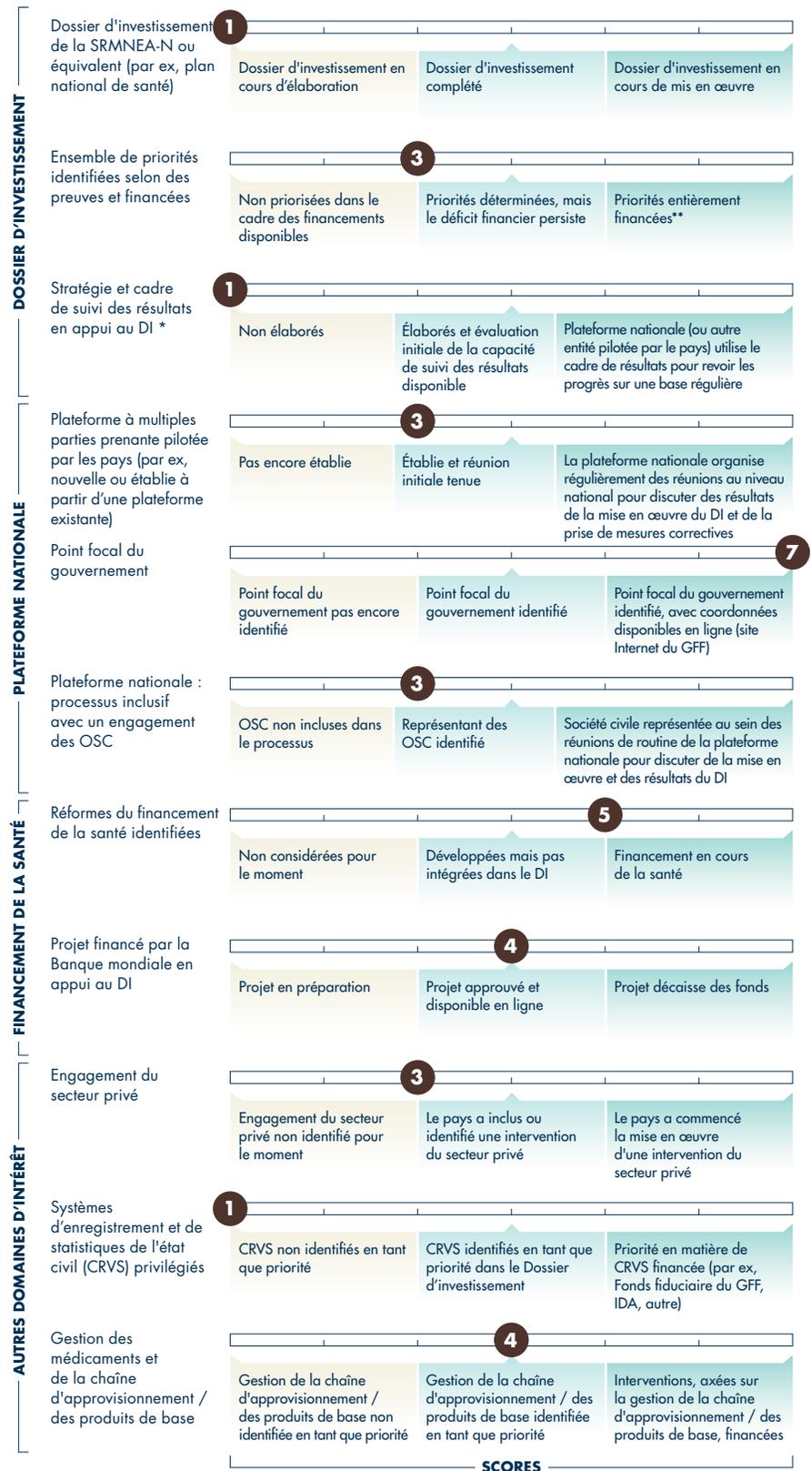
Part des dépenses de santé actuelles affectée aux soins de santé primaire/ambulatoires : **74.24%**

Incidence des dépenses de santé catastrophiques et appauvrissantes :
11.54% catastrophiques
2.62% appauvrissantes

Suivi du Processus Piloté par les Pays

Cartographie des ressources

En juillet 2019, la division de la Coopération Externe de l'unité de Planification du ministère de la Santé Publique et de la Population d'Haïti a lancé une cartographie des ressources du secteur de la santé (budget national et financement externe). Parmi les objectifs de cet exercice de cartographie figure une évaluation de la manière dont les financements disponibles correspondent aux besoins budgétaires décrits dans les stratégies et les plans sectoriels. Ces stratégies et plans incluent le dossier d'investissement en cours d'élaboration, les réformes principales du secteur de la santé et la répartition géographique des fonds. Haïti envisage de finaliser sa cartographie des ressources d'ici à 2020.



SCORES

* Tous deux inclus dans le document du DI ou dans un document séparé.
 ** Cela signifie que le financement a été alloué, versé et libéré – le paiement a été effectué.
 *** CPN4 = Quatre consultations prénatales
 ART = Thérapie antirétrovirale ; ARV = Antirétroviraux ; DTC3 = Vaccination contre la diphtérie, le tétanos et la coqueluche ; SRO = Solution de réhydratation orale ; PTME = Prévention de la transmission de la mère à l'enfant ; CPoN = consultations postnatales

Indonésie



INDONÉSIE

Domaines prioritaires

- **Mettre en place un système de gestion et de redevabilité** afin de mettre en œuvre la Stratégie nationale du Vice-Président pour une accélération de la prévention du retard de croissance et cela, par le biais d'une approche de convergence multisectorielle, comprenant l'amélioration des services au niveau communautaire et le renforcement de l'engagement citoyen.
- **Améliorer l'efficacité des ressources publiques** en introduisant une évaluation de la performance des transferts fiscaux au niveau des districts et des villages.
- **Mettre au point des outils pour suivre les dépenses publiques consacrées à la nutrition**, afin de renforcer la redevabilité en matière de résultats.
- **Appuyer le déploiement de solutions technologiques innovantes pour fournir des services et améliorer l'engagement des citoyens et cela, à grande échelle**, y compris la fiche de résultats de la convergence villageoise, les matelas pour enfants et la mobilisation d'un Agent de développement humain (HDW) pour donner à plus de 70 000 villages les moyens de réduire le retard de croissance.
- **Appuyer une sensibilisation durable du public et un changement de comportement parmi les communautés** grâce à une communication interpersonnelle ciblée et adaptée aux conditions locales, à un plaidoyer continu auprès des décideurs et à un renforcement des capacités.
- **Appuyer les analyses axées sur l'établissement de programmes dans les domaines émergents stratégiques**, tels que l'engagement du secteur privé, les statistiques de l'état civil, les applications numériques pour le HDW et la nutrition des adolescents.

Indicateurs de base SRMNEA-N

Taux de mortalité maternelle :
305 pour 100 000 naissances vivantes

Taux de mortalité néonatale :
15 pour 1 000 naissances vivantes

Taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans : **32 pour 1 000 naissances vivantes**

Taux de natalité parmi les adolescentes :
36 pour 1 000 femmes

Pourcentage des naissances <24 mois après la naissance précédente : **9%**

Retard de croissance parmi les enfants de moins de 5 ans : **30.8%**

Émaciation modérée à sévère parmi les enfants de moins de 5 ans : **10.2%**

Indicateurs de base Financement de la santé

Dépenses de santé par habitant financées à partir de sources nationales : **49.90US\$**

Ratio des dépenses publiques de santé par rapport aux dépenses publiques totales : **8.31%**

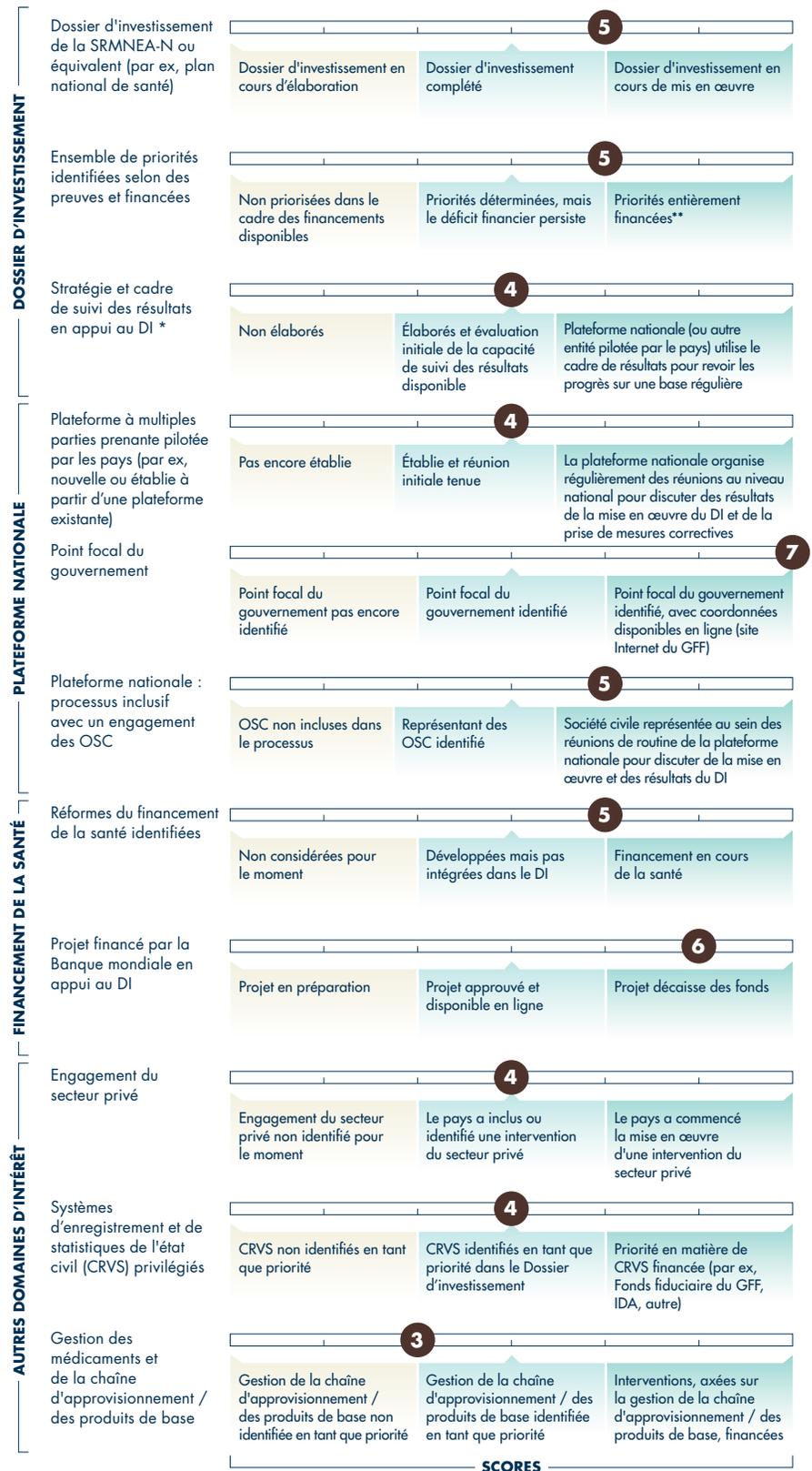
Part des dépenses de santé actuelles affectée aux soins de santé primaire/ambulatoires : **Non disponible**

Incidence des dépenses de santé catastrophiques et appauvrissantes :
3.61% catastrophiques
0.31% appauvrissantes

Suivi du Processus Piloté par les Pays

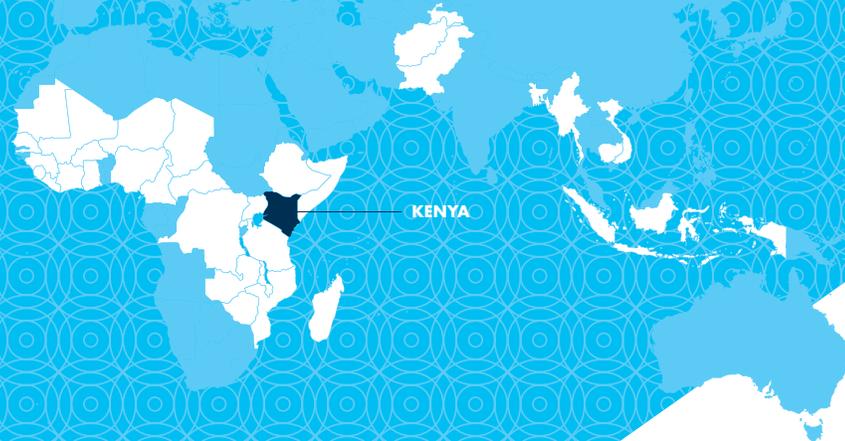
Cartographie des ressources

Puisque le dossier d'investissement de l'Indonésie se concentre sur la nutrition, la cartographie des ressources du pays couvre plusieurs secteurs. L'Agence de Planification et le ministère des Finances indonésiens mènent actuellement une évaluation multisectorielle du suivi des dépenses et cela, avec l'appui de la Banque mondiale et du GFF. Cet exercice comprend également une cartographie multisectorielle des ressources. Les résultats ont été finalisés en début de l'année 2019.



* Tous deux inclus dans le document du DI ou dans un document séparé.
 ** Cela signifie que le financement a été alloué, versé et libéré – le paiement a été effectué.
 *** CPN4 = Quatre consultations prénatales
 ART = Thérapie antirétrovirale ; ARV = Antirétroviraux ; DTC3 = Vaccination contre la diphtérie, le tétanos et la coqueluche ; SRO = Solution de réhydratation orale ; PTME = Prévention de la transmission de la mère à l'enfant ; CPoN = consultations postnatales

Kenya



Domaines prioritaires

- **Fournir des incitations financières** afin que les comtés consacrent au moins 20 pour cent de leurs budgets à la santé.
- **Réduire la fragmentation** et améliorer l'efficacité des dépenses au niveau du comté en fournissant un appui technique pour les plans de travail annuels des comtés et cela, à travers le Fonds fiduciaire à multiples bailleurs de fonds.
- **Appuyer les plateformes pour un dialogue et un engagement stratégiques du secteur privé.**
- **Étendre l'enregistrement des naissances** avec les services de santé maternelle et infantile, renforcer les capacités de suivi et de surveillance des agents d'enregistrement et les capacités de certification des causes de décès et d'encodage des responsables de la santé, et inciter l'enregistrement des naissances.

Indicateurs de base SRMNEA-N

Taux de mortalité maternelle :
362 pour 100 000 naissances vivantes

Taux de mortalité néonatale :
22 pour 1 000 naissances vivantes

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

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

Pourcentage des naissances <24 mois après la naissance précédente : **17.9%**

Retard de croissance parmi les enfants de moins de 5 ans : **26%**

Émaciation modérée à sévère parmi les enfants de moins de 5 ans : **4%** modérée ; **1%** sévère

Indicateurs de base Financement de la santé

Dépenses de santé par habitant financées à partir de sources nationales : **23.95US\$**

Ratio des dépenses publiques de santé par rapport aux dépenses publiques totales : **6.06%**

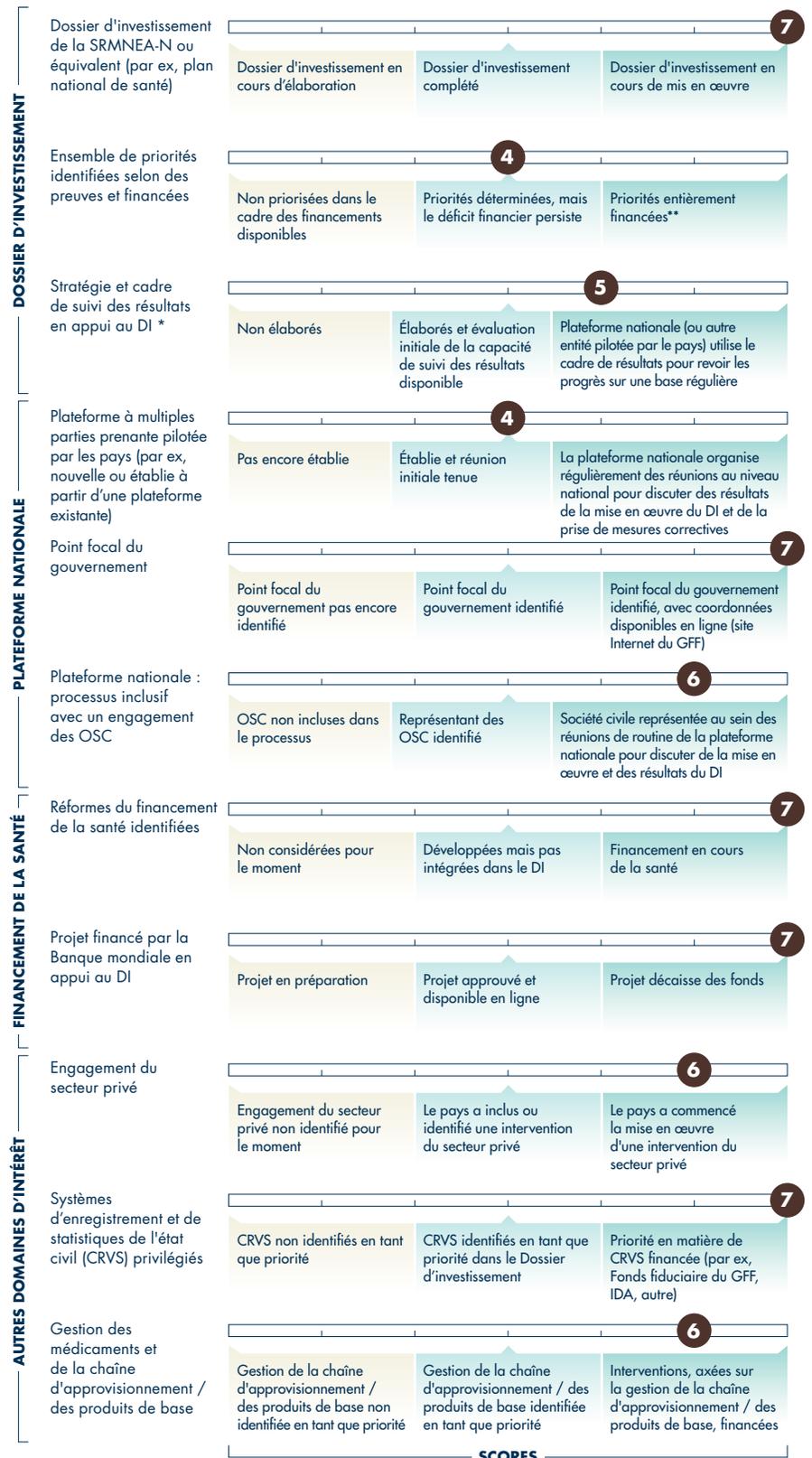
Part des dépenses de santé actuelles affectée aux soins de santé primaire/ambulatoires : **63.98%**

Incidence des dépenses de santé catastrophiques et appauvrissantes : **5.83%** catastrophiques ; **1.5%** appauvrissantes

Suivi du Processus Piloté par les Pays

Cartographie des ressources

La cartographie des ressources informe et appuie la mise en œuvre du dossier d'investissement de la SRMNEA. Les besoins financiers en matière de SRMNEA pour les 20 comtés prioritaires ont été estimés à 989 millions d'US\$ de 2017-18 à 2019-20 (source : cadre d'investissement de la SRMNEA). Bien que des informations détaillées ne soient pas actuellement disponibles, le ministère de la Santé du Kenya estime que les dépenses de santé sont couvertes à 40 pour cent par le gouvernement, 31 pour cent par les ménages (par le biais de paiements directs), 23 pour cent par les bailleurs de fonds et 6 pour cent par des sources de financement privées (source : NHA). Ceci représente une évolution, lente mais constante, vers une augmentation de la part des financements provenant du gouvernement et vers une diminution de la part provenant des partenaires externes. Les principaux partenaires/bailleurs de santé externes comprennent la Fondation Bill & Melinda Gates, Clinton Health Access Initiative, Fonds mondial, Gavi, les gouvernements du Danemark, du Japon (JICA), du Royaume-Uni (DFID) et des États-Unis (PEPFAR, USAID, CDC) ainsi que les partenaires de l'ONU H6 et la Banque mondiale.



SCORES

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

** Cela signifie que le financement a été alloué, versé et libéré – le paiement a été effectué.

*** CPN4 = Quatre consultations prénatales

ART = Thérapie antirétrovirale ; ARV = Antirétroviraux ; DTC3 = Vaccination contre la diphtérie, le tétanos et la coqueluche ; SRO = Solution de réhydratation orale ; PTME = Prévention de la transmission de la mère à l'enfant ; CPoN = consultations postnatales

Libéria



LIBÉRIA

Domaines prioritaires

- **Réduire la fragmentation** et mieux aligner l'appui financier à travers une cartographie et un suivi améliorés des ressources.
- **Construire la résilience**, améliorer les capacités et renforcer les politiques et les systèmes pour réduire la mortalité maternelle et néonatale et accroître l'accès des adolescents aux services de santé.
- **Améliorer la qualité des soins** dans les hôpitaux et l'**utilisation** des services de santé primaire tout en renforçant les capacités des équipes de santé du comté.
- **Élargir les points de prestation de services d'enregistrement des faits de l'état civil**, réviser les formulaires d'enregistrement, élaborer des manuels d'enregistrement, renforcer la déclaration et l'enregistrement des décès et le codage des causes de décès, et établir un système intégré de gestion des registres de l'état civil.

Indicateurs de base SRMNEA-N

Taux de mortalité maternelle :
1 072 pour 100 000 naissances vivantes

Taux de mortalité néonatale :
26 pour 1 000 naissances vivantes

Taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans : **94 pour 1 000 naissances vivantes**

Taux de natalité parmi les adolescentes :
149 pour 1 000 femmes

Pourcentage des naissances <24 mois après la naissance précédente : **15.5%**

Retard de croissance parmi les enfants de moins de 5 ans : **32%**

Émaciation modérée à sévère parmi les enfants de moins de 5 ans : **6%**

Indicateurs de base Financement de la santé

Dépenses de santé par habitant financées à partir de sources nationales : **9.73US\$**

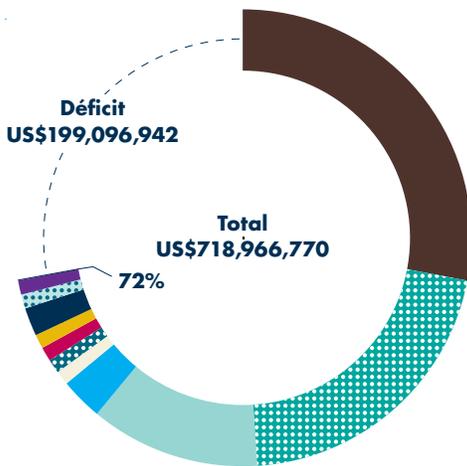
Ratio des dépenses publiques de santé par rapport aux dépenses publiques totales : **3.86%**

Part des dépenses de santé actuelles affectée aux soins de santé primaire/ambulatoires : **67.71%**

Incidence des dépenses de santé catastrophiques et appauvrissantes :
Non disponibles : dépenses catastrophiques
Non disponibles : dépenses appauvrissantes

Suivi du Processus Piloté par les Pays

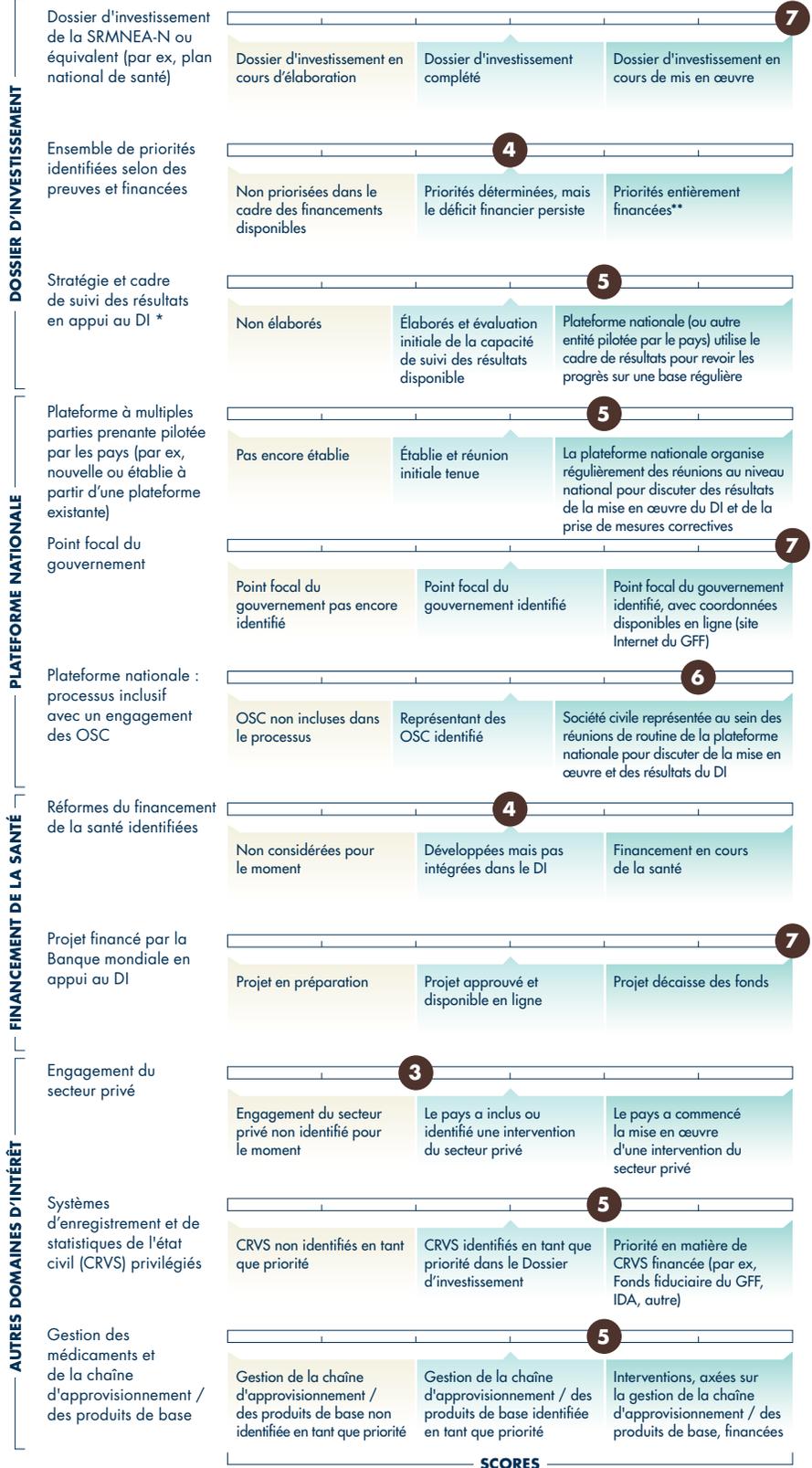
Cartographie des ressources



- GOUVERNEMENT**
- OMS**
- BANQUE MONDIALE / FONDS FIDUCIAIRE**
- COMMISSION EUROPÉENNE**
- USAID**
- GAVI**
- FONDS MONDIAL**
- IRISH AID**
- UNFPA**
- AUTRES**
- DÉFICIT**
- DFID**

Cartographie des ressources complétées en 2017.

La cartographie des ressources présentée ici couvre les exercices financiers de 2016 à 2020. Au Libéria, près de 10 bailleurs se sont alignés sur le dossier d'investissement et se sont engagés à le financer. Les ressources du gouvernement national représentent environ 28% du financement total du DI. Le Libéria est déterminé à réduire le déficit de financement du DI, à la fois en mobilisant des ressources et en utilisant plus efficacement les financements existants. C'est pourquoi une analyse des dépenses axée sur la façon d'améliorer l'efficacité des dépenses et des achats stratégiques, est en cours de réalisation.



SCORES

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

** Cela signifie que le financement a été alloué, versé et libéré – le paiement a été effectué.

*** CPN4 = Quatre consultations prénatales

ART = Thérapie antirétrovirale ; ARV = Antirétroviraux ; DTC3 = Vaccination contre la diphtérie, le tétanos et la coqueluche ; SRO = Solution de réhydratation orale ; PTME = Prévention de la transmission de la mère à l'enfant ; CPoN = consultations postnatales

Madagascar



Domaines prioritaires

- **Augmenter l'allocation de ressources pour les prestataires de première ligne** en améliorant la distribution et la disponibilité de personnes qualifiées dans les zones mal desservies et en renforçant la décentralisation du budget de la santé.
- **Augmenter la demande pour des services à fort impact** et cela, par les populations vulnérables.
- **Améliorer l'accès des populations vulnérables aux mécanismes de protection financière.**
- **Renforcer le réseau de prestation de services**, afin de garantir la prestation d'un ensemble de services de santé de SRMNE-N à fort impact.
- **Appuyer la mise en œuvre du plan stratégique national pour les systèmes d'enregistrement et de statistiques de l'état civil** et cela, dans le cadre de l'appui fourni pour le renforcement des systèmes d'information et l'amélioration de la redevabilité des résultats.

Indicateurs de base SRMNE-N

Taux de mortalité maternelle :
498 pour 100 000 naissances vivantes

Taux de mortalité néonatale :
24 pour 1 000 naissances vivantes

Taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans : **72 pour 1 000 naissances vivantes**

Taux de natalité parmi les adolescentes :
152 pour 1 000 femmes

Pourcentage des naissances <24 mois après la naissance précédente : **39.7%**

Retard de croissance parmi les enfants de moins de 5 ans : **48.9%**

Émaciation modérée à sévère parmi les enfants de moins de 5 ans : **7.9%**

Indicateurs de base Financement de la santé

Dépenses de santé par habitant financées à partir de sources nationales : **11.49US\$**

Ratio des dépenses publiques de santé par rapport aux dépenses publiques totales : **17.83%**

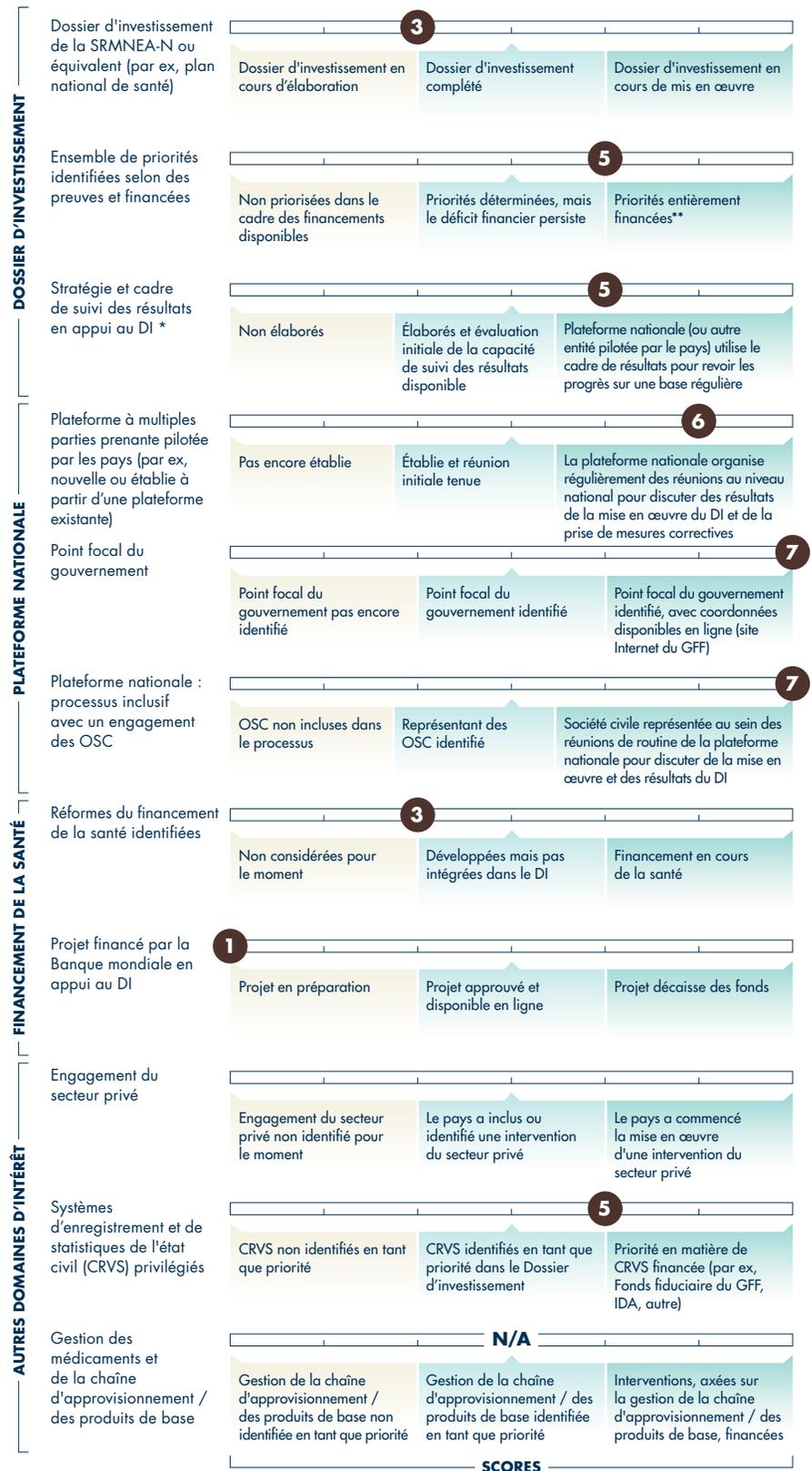
Part des dépenses de santé actuelles affectée aux soins de santé primaire/ambulatoires : **Non disponible**

Incidence des dépenses de santé catastrophiques et appauvrissantes :
1.64% catastrophiques
0.39% appauvrissantes

Suivi du Processus Piloté par les Pays

Cartographie des ressources

Madagascar a achevé une analyse préliminaire des ressources disponibles pour la mise en œuvre du dossier d'investissement et cela, à partir des exercices financiers de 2018 à 2020. Toutefois, puisque le dossier d'investissement est en cours de révision, un chiffrage sera complété pour identifier le déficit de financement. Actuellement, près de 10 bailleurs de fonds sont alignés sur le dossier d'investissement de Madagascar et se sont engagés à le financer.



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

** Cela signifie que le financement a été alloué, versé et libéré – le paiement a été effectué.

*** CPN4 = Quatre consultations prénatales

ART = Thérapie antirétrovirale ; ARV = Antirétroviraux ; DTC3 = Vaccination contre la diphtérie, le tétanos et la coqueluche ; SRO = Solution de réhydratation orale ; PTME = Prévention de la transmission de la mère à l'enfant ; CPoN = consultations postnatales

Malawi

1

MALAWI

Domaines prioritaires

- **Augmenter les capacités en matière de planification au niveau infranational.**
- **Améliorer la gouvernance au niveau des formations sanitaires aux niveaux des districts et des communautés.**
- **Développer et mettre en œuvre des stratégies pour motiver et fidéliser les agents de santé dans le système de santé**, en particulier dans les régions difficiles à atteindre.
- **Renforcer la mise en œuvre d'un système national d'enregistrement des faits de l'état civil** et la production de statistiques de l'état civil.
- **Augmenter l'utilisation de l'information sur la santé** au niveau des points de service.

Indicateurs de base SRMNEA-N

Taux de mortalité maternelle :
439 pour 100 000 naissances vivantes

Taux de mortalité néonatale :
27 pour 1 000 naissances vivantes

Taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans : **63 pour 1 000 naissances vivantes**

Taux de natalité parmi les adolescentes :
136 pour 1 000 femmes

Pourcentage des naissances <24 mois après la naissance précédente : **11.5%**

Retard de croissance parmi les enfants de moins de 5 ans : **37.1%**

Émaciation modérée à sévère parmi les enfants de moins de 5 ans : **2.7%**

Indicateurs de base Financement de la santé

Dépenses de santé par habitant financées à partir de sources nationales : **8.30US\$**

Ratio des dépenses publiques de santé par rapport aux dépenses publiques totales : **9.83%**

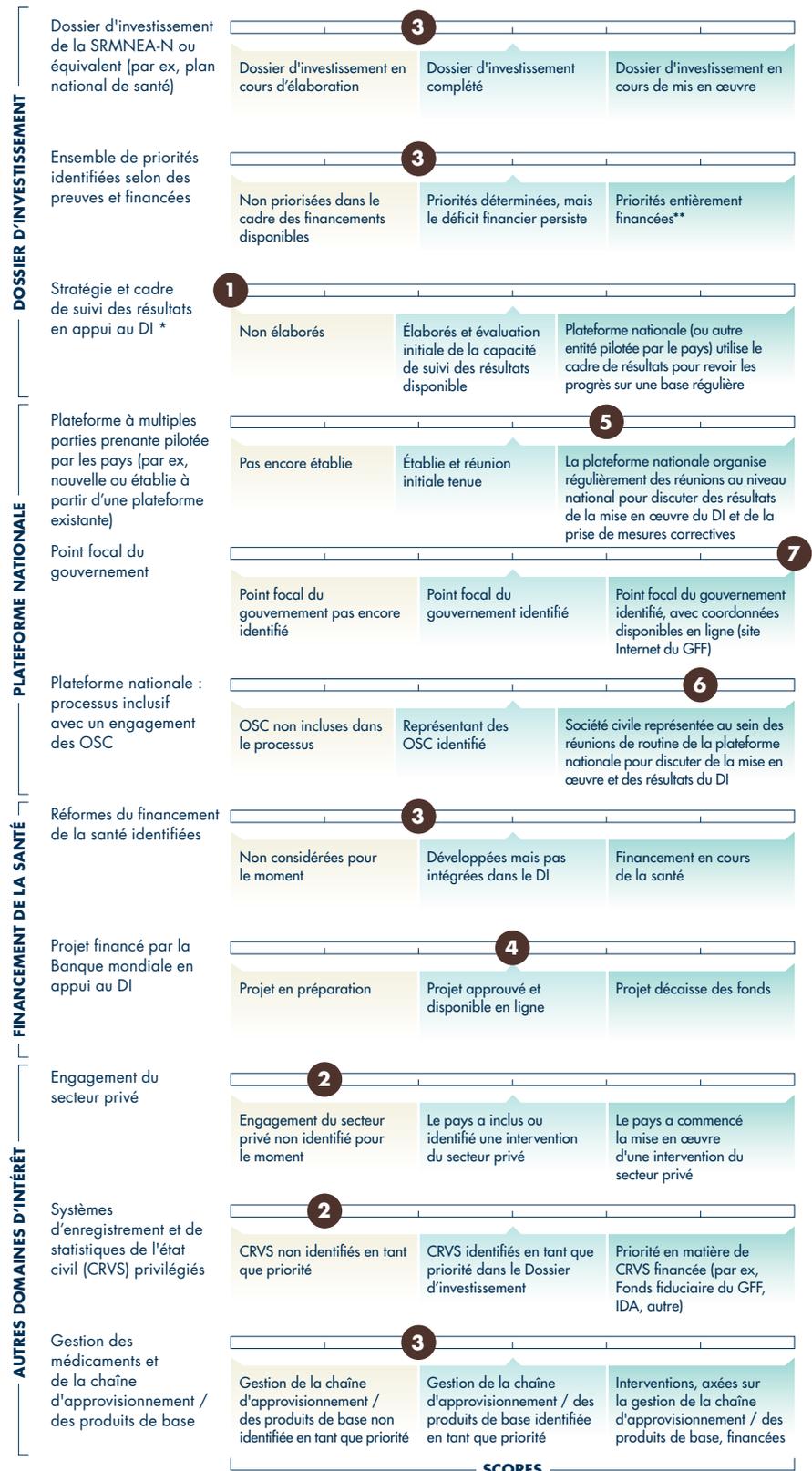
Part des dépenses de santé actuelles affectée aux soins de santé primaire/ambulatoires : **Non disponible**

Incidence des dépenses de santé catastrophiques et appauvrissantes :
1.3% catastrophiques
0.52% appauvrissantes

Suivi du Processus Piloté par les Pays

Cartographie des ressources

Le Malawi a mené de nombreux exercices de cartographie de ressources du secteur de la santé. Le dossier d'investissement est en cours d'élaboration et, une fois finalisé et son chiffrage réalisé, la cartographie des ressources du secteur de la santé sera reliée à la cartographie des ressources axée sur la mise en œuvre du dossier d'investissement. Au Malawi, plus de 180 bailleurs de fonds et partenaires de mise en œuvre contribuent au Financement de la santé et cela, avec un financement externe représentant 75 pour cent du financement. Les budgets, les priorités et les processus décisionnels de chacun de ces bailleurs et partenaires sont distincts. Dans ce cadre, l'amélioration de la coordination de l'aide a été identifiée en tant que priorité à aborder dans le dossier d'investissement.



SCORES

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

** Cela signifie que le financement a été alloué, versé et libéré – le paiement a été effectué.

*** CPN4 = Quatre consultations prénatales

ART = Thérapie antirétrovirale ; ARV = Antirétroviraux ; DTC3 = Vaccination contre la diphtérie, le tétanos et la coqueluche ; SRO = Solution de réhydratation orale ; PTME = Prévention de la transmission de la mère à l'enfant ; CPoN = consultations postnatales

Mali



Domaines prioritaires

- **Appuyer la mise en œuvre des réformes du plan national du secteur de la santé** qui incluent la gratuité des soins pour les femmes enceintes et les enfants de moins de cinq ans et la mise à l'échelle nationale du programme axé sur les agents de santé communautaire.
- **Étendre le financement basé sur la performance**, afin d'améliorer le flux des financements et l'accès à des services de santé de première ligne, de qualité.

Indicateurs de base SRMNEA-N

Taux de mortalité maternelle :
325 pour 100 000 naissances vivantes

Taux de mortalité néonatale :
33 pour 1 000 naissances vivantes

Taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans : **54 pour 1 000 naissances vivantes**

Taux de natalité parmi les adolescentes :
164 pour 1 000 femmes

Pourcentage des naissances <24 mois après la naissance précédente : **28.8%**

Retard de croissance parmi les enfants de moins de 5 ans : **27%**

Émaciation modérée à sévère parmi les enfants de moins de 5 ans : **9%**

Indicateurs de base Financement de la santé

Dépenses de santé par habitant financées à partir de sources nationales : **9.27US\$**

Ratio des dépenses publiques de santé par rapport aux dépenses publiques totales : **5.34%**

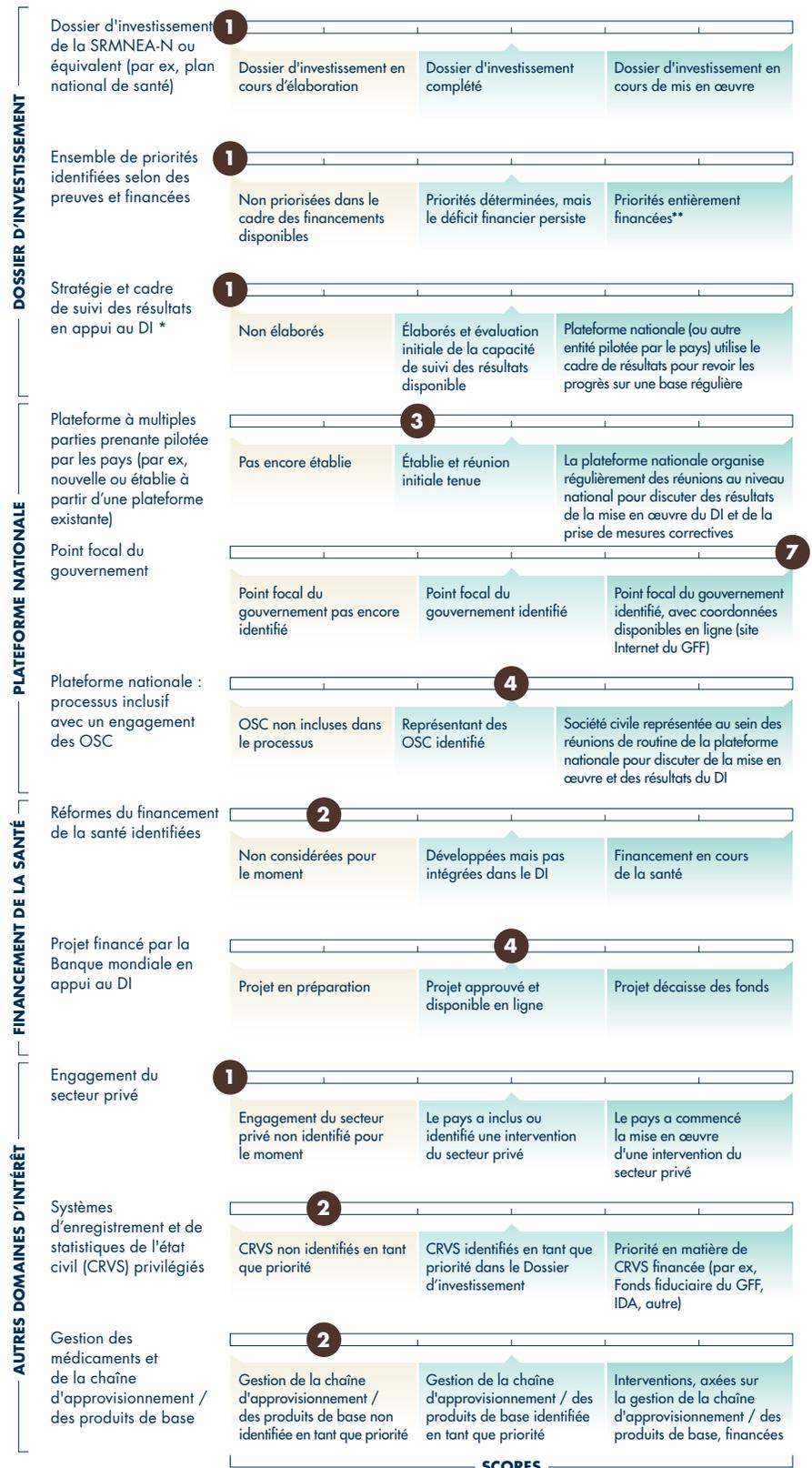
Part des dépenses de santé actuelles affectée aux soins de santé primaire/ambulatoires : **81.60%**

Incidence des dépenses de santé catastrophiques et appauvrissantes :
6.5% catastrophiques
1.91% appauvrissantes

Suivi du Processus Piloté par les Pays

Cartographie des ressources

Ayant intégré le GFF en 2018, le Gouvernement du Mali a lancé le processus du GFF en mars 2019. Le dossier d'investissement du Mali est en cours d'élaboration, conformément au prochain plan sectoriel de la santé (PRODESS), et vise à soutenir les réformes récemment annoncées (gratuité) pour fournir des soins gratuits aux femmes enceintes et aux enfants de moins de cinq ans. Le dossier d'investissement devrait également appuyer la mise à l'échelle nationale des agents de santé communautaire et cela, afin d'assurer une prestation renforcée des services de première ligne.



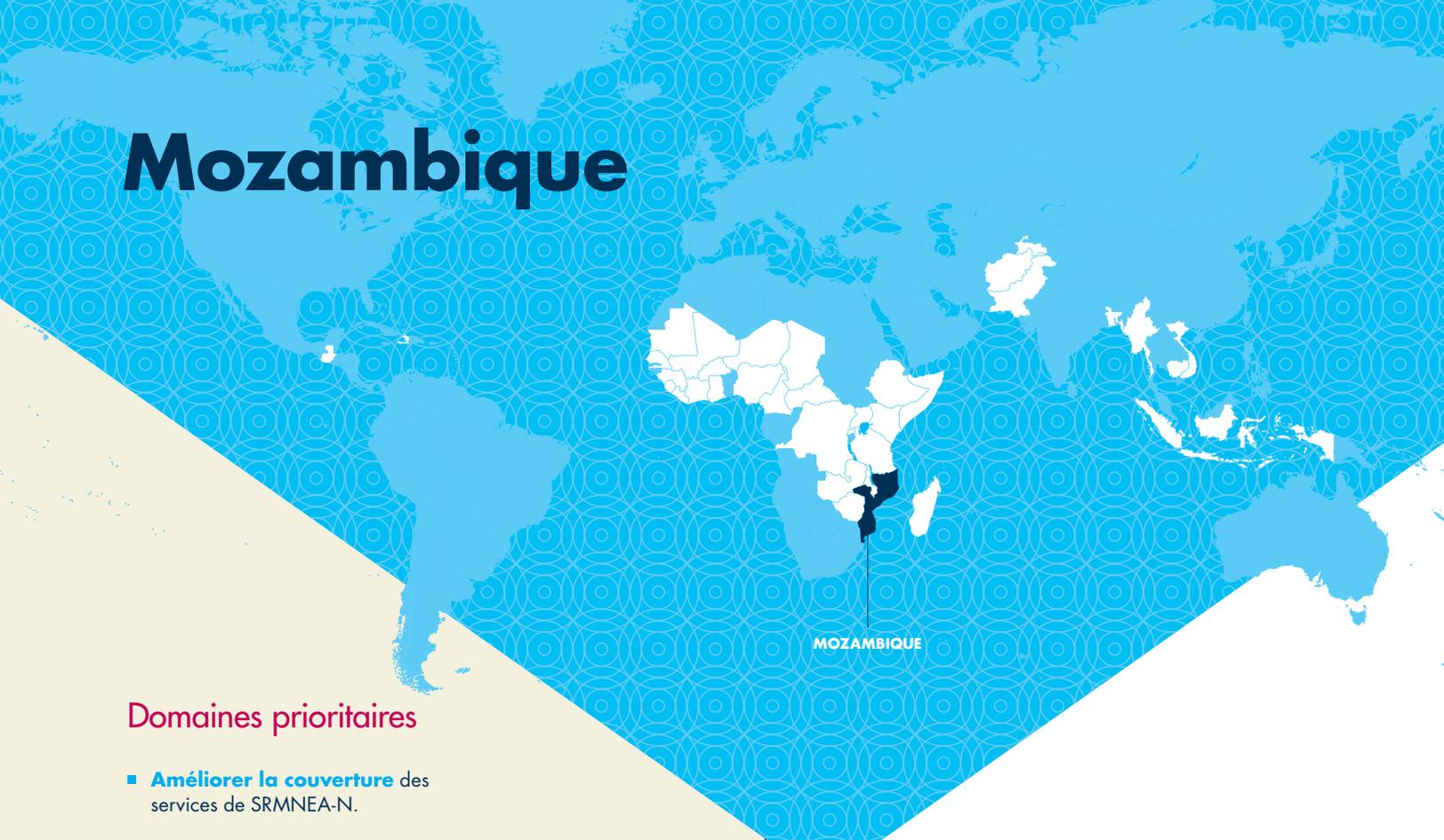
* Tous deux inclus dans le document du DI ou dans un document séparé.

** Cela signifie que le financement a été alloué, versé et libéré – le paiement a été effectué.

*** CPN4 = Quatre consultations prénatales

ART = Thérapie antirétrovirale ; ARV = Antirétroviraux ; DTC3 = Vaccination contre la diphtérie, le tétanos et la coqueluche ; SRO = Solution de réhydratation orale ; PTME = Prévention de la transmission de la mère à l'enfant ; CPoN = consultations postnatales

Mozambique



MOZAMBIQUE

Domaines prioritaires

- **Améliorer la couverture** des services de SRMNEA-N.
- **Appuyer l'engagement du gouvernement** pour d'abord stabiliser la part des dépenses publiques consacrées à la santé par rapport aux dépenses publiques totales à 7,9 pour cent et pour ensuite l'augmenter à 9,5 pour cent d'ici à 2021.
- **Augmenter le personnel technique sanitaire** et les agents de santé communautaire ; la disponibilité des médicaments essentiels dans les formations sanitaires primaires ; et les dépenses dans les provinces et les districts défavorisés.
- **Réduire la fragmentation** à travers un appui du Fonds à Bailleurs Multiples du dossier d'investissement.
- **Encourager l'enregistrement des décès**, la certification et le codage des causes de décès pour les décès ayant lieu dans des formations sanitaires, et la publication de rapports statistiques.
- **Mettre en œuvre les réformes axées sur la chaîne d'approvisionnement du secteur privé.**

Indicateurs de base SRMNEA-N

Taux de mortalité maternelle :
408 pour 100 000 naissances vivantes

Taux de mortalité néonatale :
30 pour 1 000 naissances vivantes

Taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans : **97 pour 1 000 naissances vivantes**

Taux de natalité parmi les adolescentes :
194 pour 1 000 femmes

Pourcentage des naissances <24 mois après la naissance précédente : **18.8%**

Retard de croissance parmi les enfants de moins de 5 ans : **42.6%**

Émaciation modérée à sévère parmi les enfants de moins de 5 ans : **5.9%**

Indicateurs de base Financement de la santé

Dépenses de santé par habitant financées à partir de sources nationales : **10.25US\$**

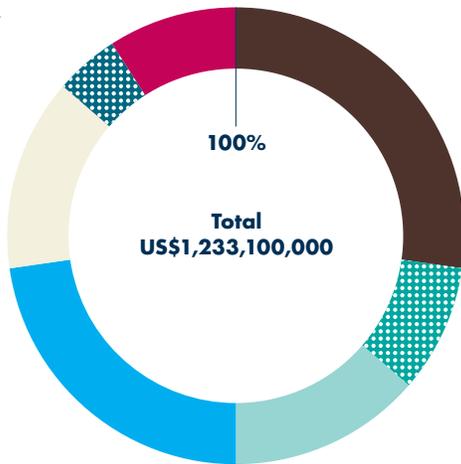
Ratio des dépenses publiques de santé par rapport aux dépenses publiques totales : **8.35%**

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

Incidence des dépenses de santé catastrophiques et appauvrissantes :
1.61% catastrophiques
0.55% appauvrissantes

Suivi du Processus Piloté par les Pays

Cartographie des ressources



- **BANQUE MONDIALE**
- **ROYAUME-UNI** (FONDS FIDUCIAIRE À MULTIPLES BAILLEURS DE FONDS)
- **FONDS FIDUCIAIRE DU GFF**
- **PAYS-BAS** (FONDS FIDUCIAIRE À MULTIPLES BAILLEURS DE FONDS)
- **PROSAUDE**
- **CANADA** (FONDS FIDUCIAIRE À MULTIPLES BAILLEURS DE FONDS)
- **USAID** (FONDS FIDUCIAIRE À BAILLEUR DE FONDS UNIQUE)

La cartographie des ressources a été menée dans le cadre de l'élaboration du dossier d'investissement. Le Mozambique s'est engagé à développer un dossier d'investissement pleinement financé, avec des investissements priorités, pour éviter tout déficit de financement. Ces budgets représentent les engagements indicatifs pour l'année 2019 et au-delà. Toutes les contributions indiquées dans le graphique sont canalisées à travers les circuits gouvernementaux. En outre, des partenaires de développement financent le DI par le biais de financements parallèles (par ex, la première contribution du DFID au dossier d'investissement a été acheminée par le biais des agences onusiennes). Il existe deux fonds fiduciaires à multiples bailleurs de fonds. Le premier fonds fiduciaire comporte des financements du DFID, des Pays-Bas, du Canada, de l'USAID (via un fonds fiduciaire à bailleur unique géré par la Banque mondiale), la Banque mondiale et le GFF. Le second, intitulé « PROSAUDE », représente le fonds commun du secteur de la santé et fournit un appui budgétaire au ministère de la Santé. Plusieurs partenaires, dont le Fonds mondial, Gavi et le Gouvernement suédois, contribuent au DI, mais canalisent leurs financements par le biais d'autres mécanismes.

DOSSIER D'INVESTISSEMENT	SCORES
Dossier d'investissement de la SRMNEA-N ou équivalent (par ex, plan national de santé)	7
Ensemble de priorités identifiées selon des preuves et financées	4
Stratégie et cadre de suivi des résultats en appui au DI *	4
Plateforme à multiples parties prenante pilotée par les pays (par ex, nouvelle ou établie à partir d'une plateforme existante)	4
Point focal du gouvernement	7
Plateforme nationale : processus inclusif avec un engagement des OSC	4
Réformes du financement de la santé identifiées	5
Projet financé par la Banque mondiale en appui au DI	7
Engagement du secteur privé	6
Systèmes d'enregistrement et de statistiques de l'état civil (CRVS) privilégiés	7
Gestion des médicaments et de la chaîne d'approvisionnement / des produits de base	7

* Tous deux inclus dans le document du DI ou dans un document séparé.
 ** Cela signifie que le financement a été alloué, versé et libéré – le paiement a été effectué.
 *** CPN4 = Quatre consultations prénatales
 ART = Thérapie antirétrovirale ; ARV = Antirétroviraux ; DTC3 = Vaccination contre la diphtérie, le tétanos et la coqueluche ; SRO = Solution de réhydratation orale ; PTME = Prévention de la transmission de la mère à l'enfant ; CPoN = consultations postnatales

Myanmar



Domaines prioritaires

- **Fournir un appui technique au processus de formulation de la Stratégie de Financement de la santé** et cela, spécifiquement dans le cadre d'un outil de budgétisation pour le Plan national de Santé.
- **Renforcer la gestion des finances publiques** afin d'améliorer l'exécution budgétaire et appuyer les plaidoyers en faveur d'une part plus importante du budget du gouvernement (en rapide croissance rapide) consacrée à la santé.
- **Augmenter les accouchements au sein des formations sanitaires** afin de réduire la mortalité maternelle et néonatale et créer un point de départ pour une réforme plus large du système de santé.
- **S'engager avec le gouvernement** sur un plan d'action du secteur privé.

Indicateurs de base SRMNEA-N

Taux de mortalité maternelle :
227 pour 100 000 naissances

Taux de mortalité néonatale :
227 pour 100 000 naissances

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

Taux de natalité parmi les adolescentes :
36 pour 1 000 femmes

Pourcentage des naissances <24 mois après la naissance précédente : **13.2%**

Retard de croissance parmi les enfants de moins de 5 ans : **29.2%**

Émaciation modérée à sévère parmi les enfants de moins de 5 ans : **6.9%**

Indicateurs de base Financement de la santé

Dépenses de santé par habitant financées à partir de sources nationales : **12.48US\$**

Ratio des dépenses publiques de santé par rapport aux dépenses publiques totales : **4.79%**

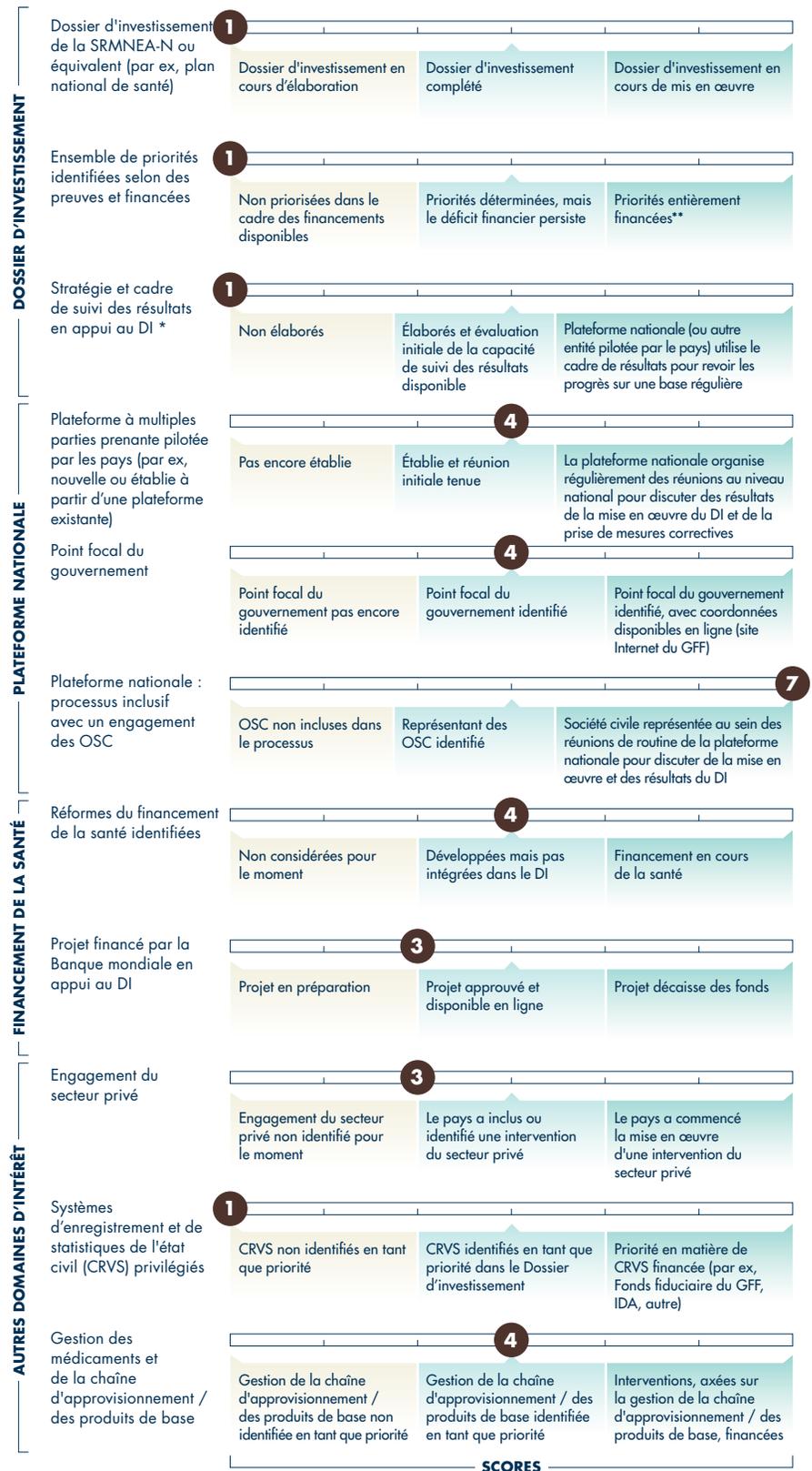
Part des dépenses de santé actuelles affectée aux soins de santé primaire/ambulatoires : **Non disponible**

Incidence des dépenses de santé catastrophiques et appauvrissantes :
13.82% catastrophiques
2.25% appauvrissantes

Suivi du Processus Piloté par les Pays

Cartographie des ressources

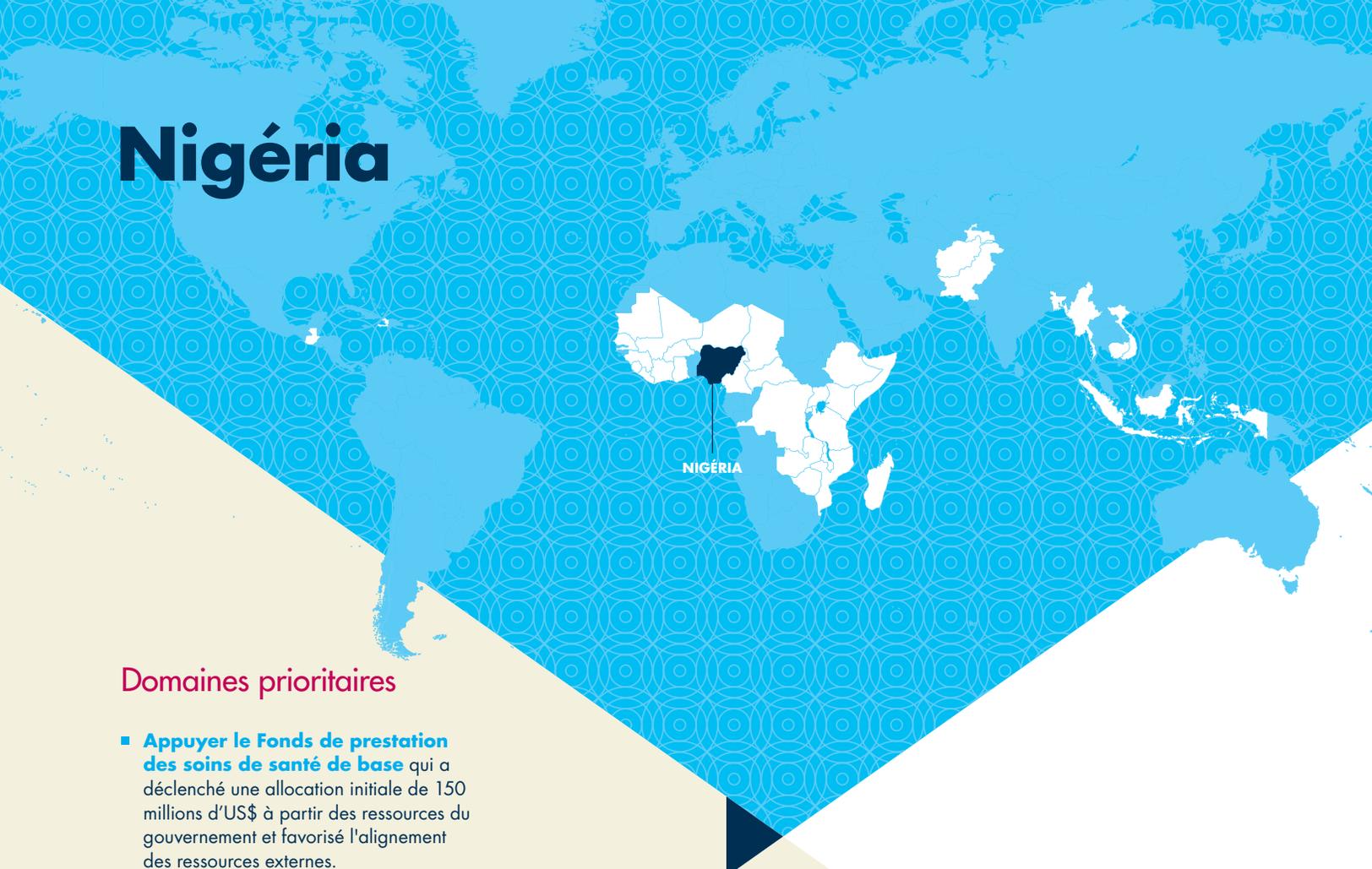
Le processus de cartographie des ressources est actuellement traité par les autorités publiques. La cartographie des ressources devrait être initiée d'ici fin 2018.



SCORES

* Tous deux inclus dans le document du DI ou dans un document séparé.
 ** Cela signifie que le financement a été alloué, versé et libéré – le paiement a été effectué.
 *** CPN4 = Quatre consultations prénatales
 ART = Thérapie antirétrovirale ; ARV = Antirétroviraux ; DTC3 = Vaccination contre la diphtérie, le tétanos et la coqueluche ; SRO = Solution de réhydratation orale ; PTME = Prévention de la transmission de la mère à l'enfant ; CPoN = consultations postnatales

Nigéria



NIGERIA

Domaines prioritaires

- **Appuyer le Fonds de prestation des soins de santé de base** qui a déclenché une allocation initiale de 150 millions d'US\$ à partir des ressources du gouvernement et favorisé l'alignement des ressources externes.
- **Améliorer l'efficacité en définissant et en fournissant un ensemble de services universel, gratuit et renforcé** par le biais d'approches basées sur la performance, notamment en mettant l'accent sur des priorités oubliées telles que la malnutrition chronique et la santé des adolescents.
- **Rétablir, grâce à un financement basé sur la performance, les services de santé de base** dans les régions du Nord-Est, fragiles et touchées par le conflit.

Indicateurs de base SRMNEA-N

Taux de mortalité maternelle :
576 pour 100 000 naissances vivantes

Taux de mortalité néonatale :
37 pour 1 000 naissances vivantes

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

Taux de natalité parmi les adolescentes :
120 pour 1 000 femmes

Pourcentage des naissances <24 mois après la naissance précédente : **32.7%**

Retard de croissance parmi les enfants de moins de 5 ans : **44%**

Émaciation modérée à sévère parmi les enfants de moins de 5 ans : **11%**

Indicateurs de base Financement de la santé

Dépenses de santé par habitant financées à partir de sources nationales : **10.33US\$**

Ratio des dépenses publiques de santé par rapport aux dépenses publiques totales : **5.01%**

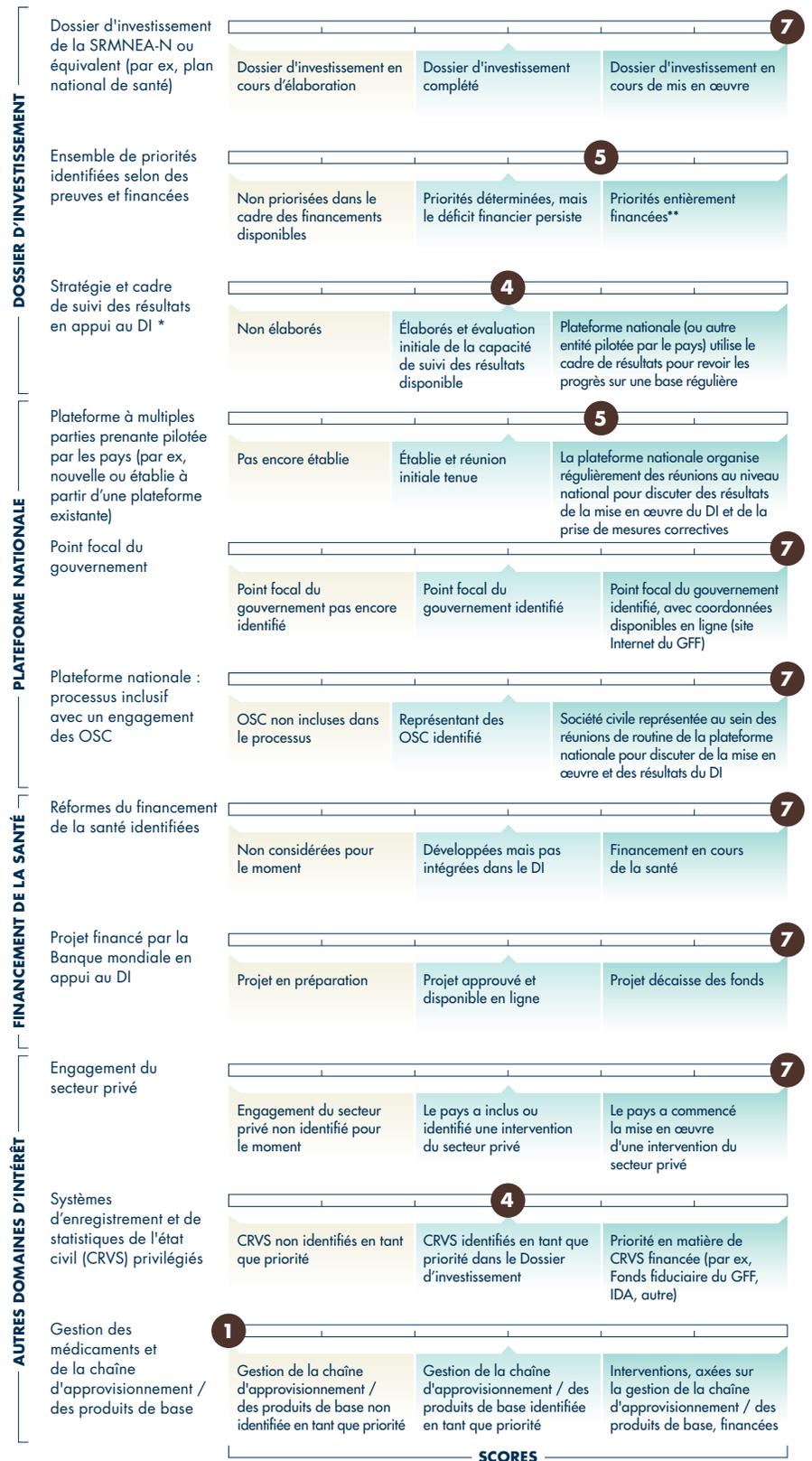
Part des dépenses de santé actuelles affectée aux soins de santé primaire/ambulatoires : **Non disponible**

Incidence des dépenses de santé catastrophiques et appauvrissantes :
15.1% catastrophiques
3.5% appauvrissantes

Suivi du Processus Piloté par les Pays

Cartographie des ressources

Le Nigéria a complété la phase initiale de la cartographie des ressources pour le DI. La Banque mondiale finance trois projets de santé avec le cofinancement du GFF qui se situent actuellement à divers stades de mise en œuvre, avec deux d'entre eux étant à un stade très précoce. Dans ce cadre, les données de la cartographie des ressources sont incomplètes. Une attention particulière a été accordée à la cartographie des financements de GAVI et du Fonds mondial. Le principal objectif du DI est la prestation du Paquet universel minimum de services de santé (BMPHS) pour la mise à l'échelle nationale et le renforcement d'un programme national de nutrition. Bien qu'un déficit de financement important existe, une fois que les décaissements des projets de la Banque mondiale auront commencé et que tous les financiers du dossier d'investissement auront été cartographiés, une réduction significative du déficit est escomptée.



* Tous deux inclus dans le document du DI ou dans un document séparé.
 ** Cela signifie que le financement a été alloué, versé et libéré – le paiement a été effectué.
 *** CPN4 = Quatre consultations prénatales
 ART = Thérapie antirétrovirale ; ARV = Antirétroviraux ; DTC3 = Vaccination contre la diphtérie, le tétanos et la coqueluche ; SRO = Solution de réhydratation orale ; PTME = Prévention de la transmission de la mère à l'enfant ; CPoN = consultations postnatales

Ouganda



Domaines prioritaires

- **Appuyer la production de preuves pour déterminer le potentiel d'une série de fonds fiduciaires financés par les impôts afin de générer des recettes en faveur du secteur de la santé** (y compris taxer les vices et l'assurance auto), et cela, afin d'augmenter le budget public pour la santé.
- **Améliorer la qualité et l'efficacité des formations sanitaires** à travers un financement basé sur les résultats et accroître l'accès aux services à travers les bons d'échanges du côté de la demande.
- **Élargir l'accès à un ensemble d'interventions de SRMNEA à fort impact par niveau**, avec un accent placé sur les populations particulièrement exposées et les 40 districts les plus touchés.
- **Améliorer les services communautaires et la fonctionnalité des centres de santé** afin de fournir des services de santé maternelle, néonatale et infantile de qualité.
- **Augmenter les capacités au niveau des districts** afin de favoriser l'amélioration des résultats et renforcer la capacité des prestataires de services de SRMNEA et cela, en établissant des pôles de compétences.
- **Aborder le contexte plus large des résultats de santé** en se concentrant sur les déterminants sociaux de la santé parmi les adolescents.
- **Renforcer les services d'enregistrement des naissances et des décès**, et développer une stratégie de communication pour les CRVS.

Indicateurs de base SRMNEA-N

Taux de mortalité maternelle :
336 pour 100 000 naissances vivantes

Taux de mortalité néonatale :
27 pour 1 000 naissances vivantes

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

Taux de natalité parmi les adolescentes :
132 pour 1 000 femmes

Pourcentage des naissances <24 mois après la naissance précédente : **24.3%**

Retard de croissance parmi les enfants de moins de 5 ans : **28.9%**

Émaciation modérée à sévère parmi les enfants de moins de 5 ans : **3.4%**

Indicateurs de base Financement de la santé

Dépenses de santé par habitant financées à partir de sources nationales : **6.23US\$**

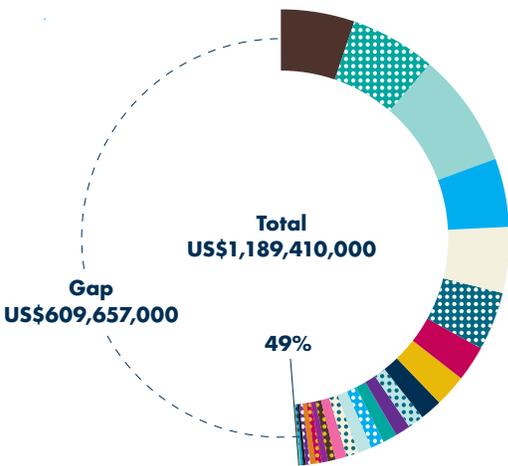
Ratio des dépenses publiques de santé par rapport aux dépenses publiques totales : **5.14%**

Part des dépenses de santé actuelles affectée aux soins de santé primaire/ambulatoires : **58.26%**

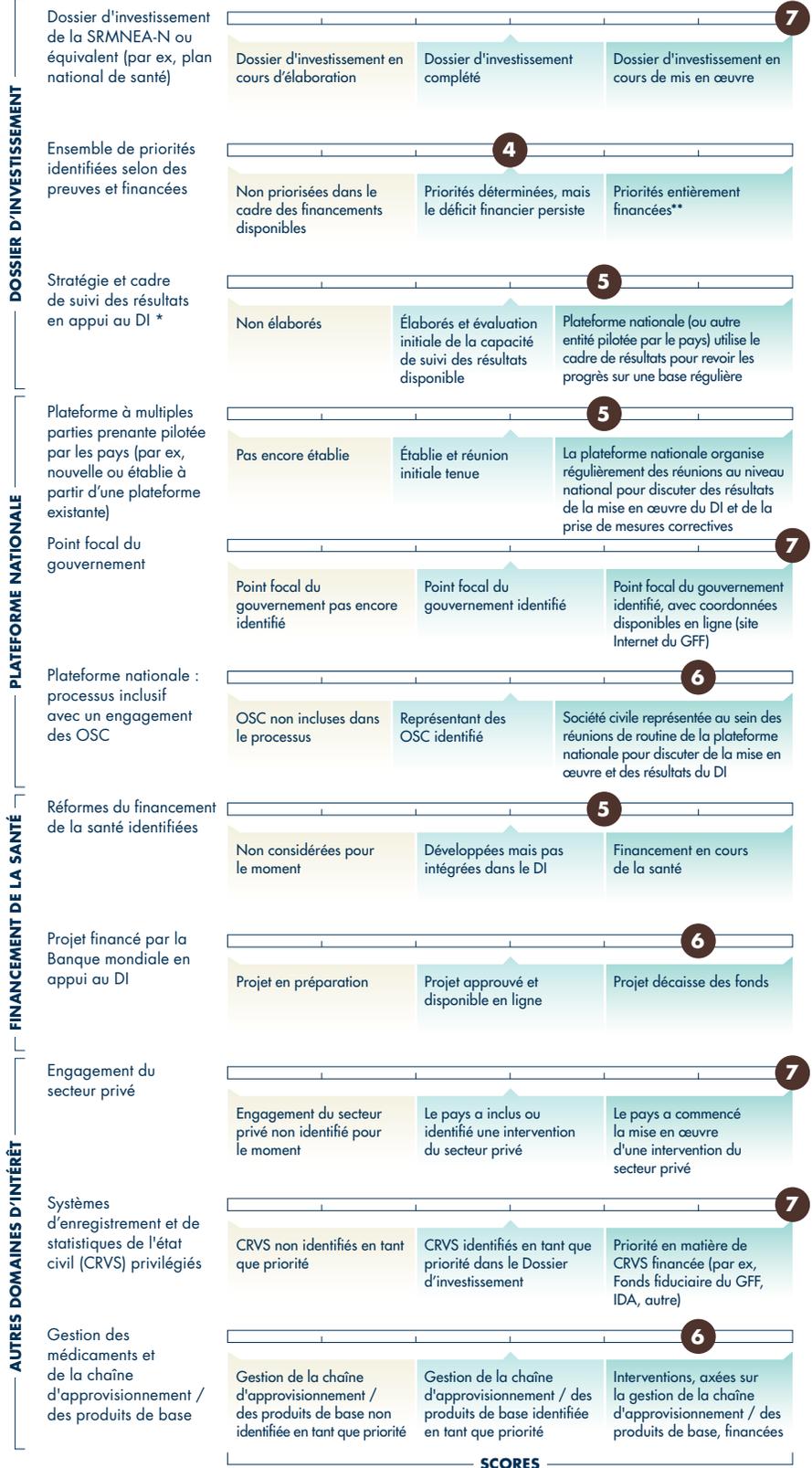
Incidence des dépenses de santé catastrophiques et appauvrissantes :
15.27% catastrophiques
3.18% appauvrissantes

Suivi du Processus Piloté par les Pays

Cartographie des ressources



En Ouganda, la cartographie des ressources couvre les exercices financiers de 2018 à 2021, incluant plus de 26 bailleurs alignés sur le DI. Le dossier d'investissement comporte néanmoins un déficit de financement de 51% pour les 5 ans prochaines années. Le budget du gouvernement ougandais représente environ 10% du financement total disponible pour le DI.



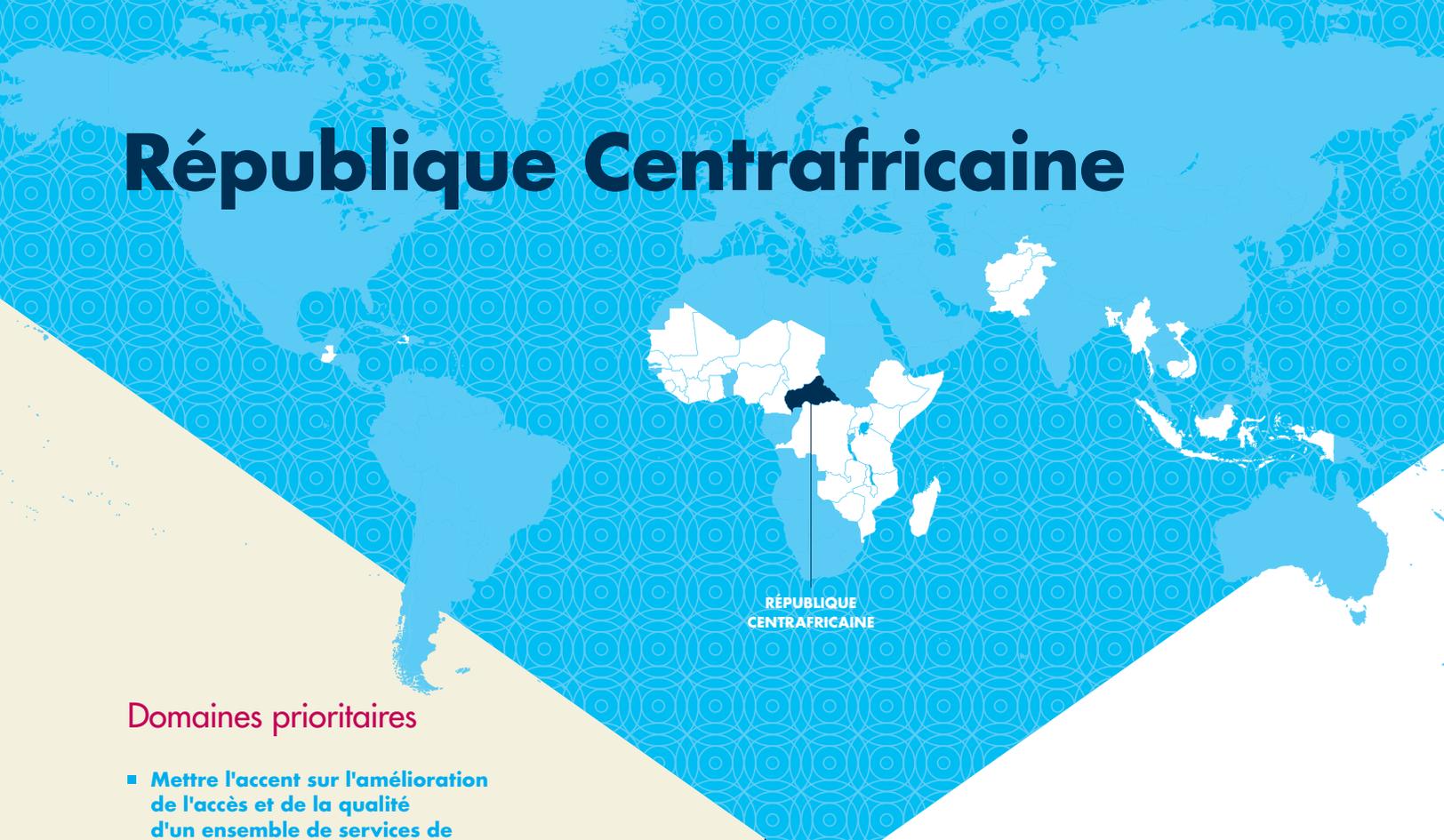
* Tous deux inclus dans le document du DI ou dans un document séparé.

** Cela signifie que le financement a été alloué, versé et libéré – le paiement a été effectué.

*** CPN4 = Quatre consultations prénatales

ART = Thérapie antirétrovirale ; ARV = Antirétroviraux ; DTC3 = Vaccination contre la diphtérie, le tétanos et la coqueluche ; SRO = Solution de réhydratation orale ; PTME = Prévention de la transmission de la mère à l'enfant ; CPoN = consultations postnatales

République Centrafricaine



RÉPUBLIQUE
CENTRAFRICAINE

Domaines prioritaires

- **Mettre l'accent sur l'amélioration de l'accès et de la qualité d'un ensemble de services de SRMNEA-N à fort impact** et cela, à travers un financement basé sur la performance et la gratuité des services pour les femmes enceintes et allaitantes, les enfants de moins de cinq ans et les victimes de violences sexistes.
- **Réduire la fragmentation** en intégrant les financements de l'action humanitaire et du développement.
- **Renforcer les systèmes d'information sur la santé** en alignant le cadre de résultats du dossier d'investissement sur les réformes en cours du système d'information sur la santé.

Indicateurs de base SRMNEA-N

Taux de mortalité maternelle :
882 pour 100 000 naissances vivantes

Taux de mortalité néonatale :
41,5 pour 1 000 naissances vivantes

Taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans : **121,5 pour 1 000 naissances vivantes**

Taux de natalité parmi les adolescentes :
105,8 pour 1 000 femmes

Pourcentage des naissances <24 mois après la naissance précédente :
Absence de données

Retard de croissance parmi les enfants de moins de 5 ans : **39.6%**

Émaciation modérée à sévère parmi les enfants de moins de 5 ans : **7.6%**

Indicateurs de base Financement de la santé

Dépenses de santé par habitant financées à partir de sources nationales : **2.43US\$**

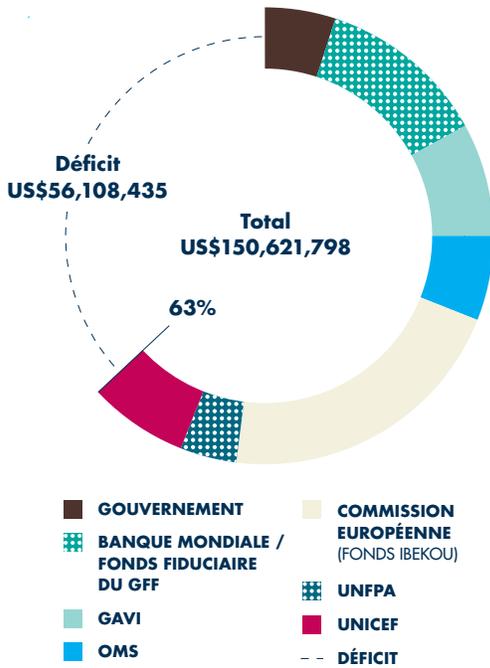
Ratio des dépenses publiques de santé par rapport aux dépenses publiques totales : **5.06%**

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

Incidence des dépenses de santé catastrophiques et appauvrissantes :
6.75% catastrophiques
1.06% appauvrissantes

Suivi du Processus Piloté par les Pays

Cartographie des ressources



La Cartographie des ressources présentée ici couvre les AF 2020-2022. Actuellement, plus de 5 partenaires externes sont alignés sur le Dossier d'investissement de la République centrafricaine (RCA) et se sont engagés à le financer. Le financement du gouvernement représente 5% des besoins totaux du Dossier d'investissement. En RCA, l'objectif principal est d'utiliser plus efficacement les ressources existantes et de veiller à ce que les partenaires externes soient alignés.

Domaine	État	Score
DOSSIER D'INVESTISSEMENT	Dossier d'investissement de la SRMNEA-N ou équivalent (par ex, plan national de santé)	5
	Ensemble de priorités identifiées selon des preuves et financées	5
	Stratégie et cadre de suivi des résultats en appui au DI *	3
PLATEFORME NATIONALE	Plateforme à multiples parties prenante pilotée par les pays (par ex, nouvelle ou établie à partir d'une plateforme existante)	6
	Point focal du gouvernement	7
	Plateforme nationale : processus inclusif avec un engagement des OSC	6
FINANCEMENT DE LA SANTÉ	Réformes du financement de la santé identifiées	3
	Projet financé par la Banque mondiale en appui au DI	6
	Engagement du secteur privé	1
AUTRES DOMAINES D'INTÉRÊT	Systèmes d'enregistrement et de statistiques de l'état civil (CRVS) privilégiés	N/A
	Gestion des médicaments et de la chaîne d'approvisionnement / des produits de base	2

* Tous deux inclus dans le document du DI ou dans un document séparé.
 ** Cela signifie que le financement a été alloué, versé et libéré – le paiement a été effectué.
 *** CPN4 = Quatre consultations prénatales
 ART = Thérapie antirétrovirale ; ARV = Antirétroviraux ; DTC3 = Vaccination contre la diphtérie, le tétanos et la coqueluche ; SRO = Solution de réhydratation orale ; PTME = Prévention de la transmission de la mère à l'enfant ; CPoN = consultations postnatales

République démocratique du Congo

RÉPUBLIQUE DÉMOCRATIQUE
DU CONGO

Domaines prioritaires

- **Le Plan national de développement de la santé 2019-2022 actualisé, qui représente** une version priorisée du Plan national de développement de la santé (PNDS), constitue le dossier d'investissement.
- **Aligner le budget de la santé du gouvernement sur le nouveau PNDS**, afin de suivre les augmentations en matière de dépenses nationales et externes dans les domaines prioritaires, tels que la SRMNEA.
- **Fournir un appui technique dans le domaine de la gestion des finances publiques** afin de remédier au faible taux d'exécution budgétaire (moins de 60 pour cent au niveau national et moins de 20 pour cent dans plusieurs provinces).
- **Réduire la fragmentation de l'appui fourni par les bailleurs de fonds** par le biais de contrats uniques.
- **Fournir un paquet de services de SRMNEA** à travers le financement basé sur les résultats.
- **Entreprendre une évaluation complète des systèmes d'enregistrement et de statistiques de l'état civil** (CRVS), élaborer une stratégie nationale chiffrée des CRVS ainsi qu'un plan de mise en œuvre, et soutenir des campagnes de rattrapage pour les enregistrements au niveau des écoles.
- **Mener des discussions avec le secteur privé** sur le renforcement des capacités et les plateformes de dialogue public-privé.

Indicateurs de base SRMNEA-N

Taux de mortalité maternelle :
846 pour 100 000 naissances vivantes

Taux de mortalité néonatale :
28 pour 1 000 naissances vivantes

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

Taux de natalité parmi les adolescentes :
138,1 pour 1 000 femmes

Pourcentage des naissances <24 mois après la naissance précédente :
27.1%

Retard de croissance parmi les enfants de moins de 5 ans :
43%

Émaciation modérée à sévère parmi les enfants de moins de 5 ans :
8%

Indicateurs de base Financement de la santé

Dépenses de santé par habitant financées à partir de sources nationales :
2.51US\$

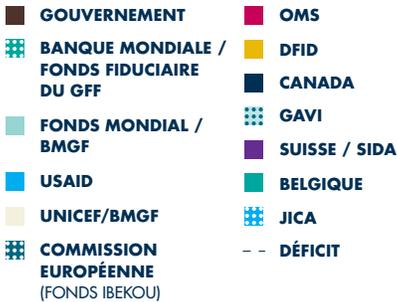
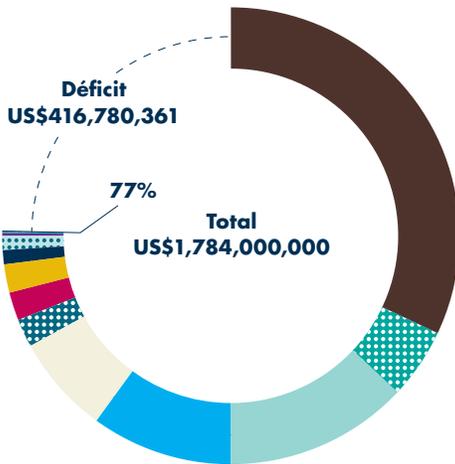
Ratio des dépenses publiques de santé par rapport aux dépenses publiques totales :
3.73%

Part des dépenses de santé actuelles affectée aux soins de santé primaire/ambulatoires :
65.39%

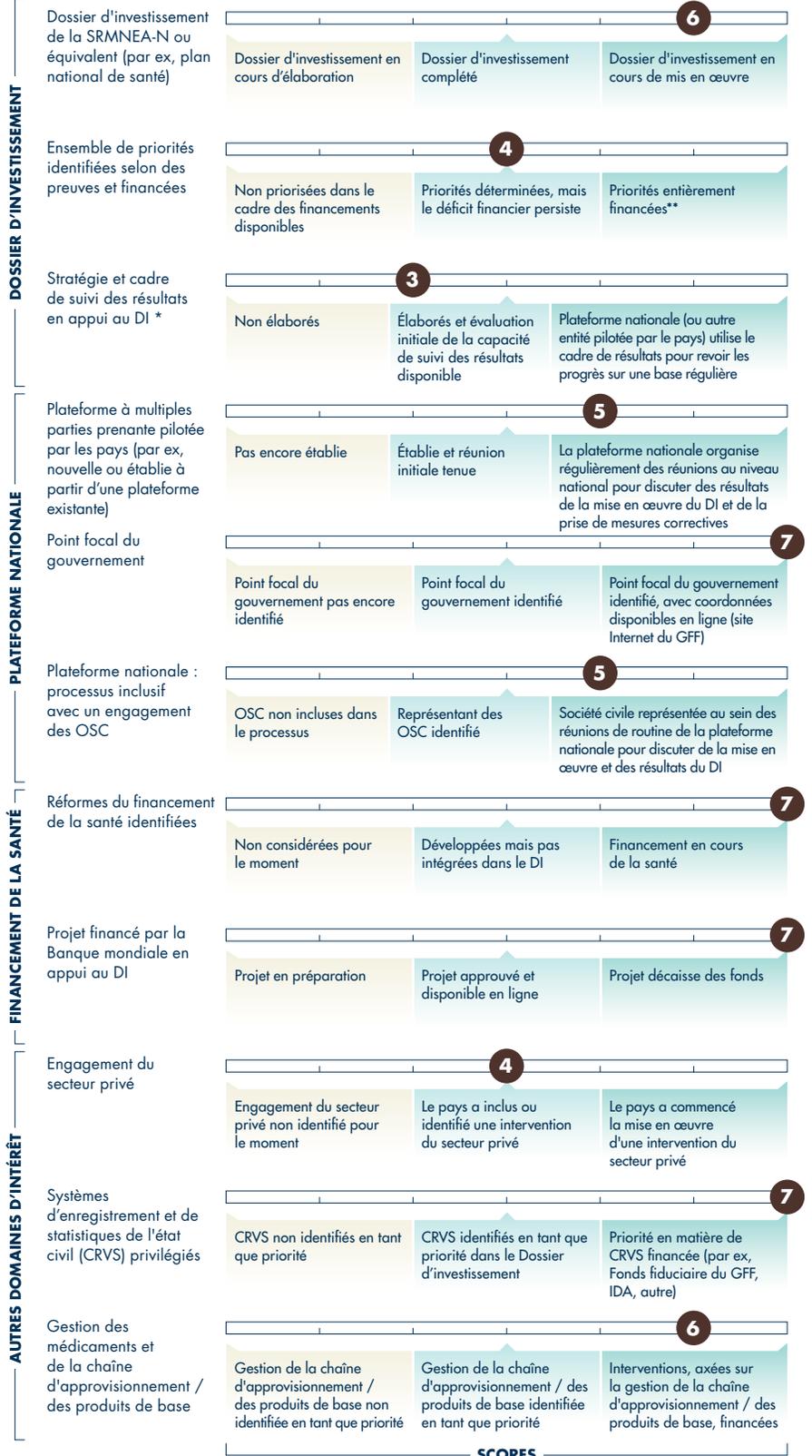
Incidence des dépenses de santé catastrophiques et appauvrissantes :
4.82% catastrophiques
0.87% appauvrissantes

Suivi du Processus Piloté par les Pays

Cartographie des ressources



La cartographie des ressources présentée ici concerne l'exercice 2019. Actuellement, plus de 10 partenaires externes sont alignés sur le dossier d'investissement de la RDC et se sont engagés à le financer. Le gouvernement ne représente que 32% des besoins totaux du DI et le déficit de financement s'élève à 23% pour l'exercice 2019. La cartographie des ressources a été complétée pour le Plan national de développement de la santé (PNDS) qui sert de stratégie nationale priorisée pour la santé et de DI en RDC. Les données de cette évaluation ont été fournies par le groupe de coordination des bailleurs du secteur de la santé, également connu sous le nom de Groupe Inter-Bailleurs de la Santé (GIBS). Ces estimations sont encore en train d'être mise à jour par le GIBS.



* Tous deux inclus dans le document du DI ou dans un document séparé.
 ** Cela signifie que le financement a été alloué, versé et libéré – le paiement a été effectué.
 *** CPN4 = Quatre consultations prénatales
 ART = Thérapie antirétrovirale ; ARV = Antirétroviraux ; DTC3 = Vaccination contre la diphtérie, le tétanos et la coqueluche ; SRO = Solution de réhydratation orale ; PTME = Prévention de la transmission de la mère à l'enfant ; CPoN = consultations postnatales

Rwanda



Domaines prioritaires

- **Renforcer le système de redevabilité** pour une approche multisectorielle pour réduire le retard de croissance et améliorer le Développement de la petite enfance (DPE).
- **Effectuer une analyse multisectorielle des dépenses liées à la nutrition** pour informer l'efficacité allocative et améliorer le suivi.
- **Renforcer la fonctionnalité du système d'enregistrement de l'état civil** pour enregistrer et certifier les naissances, et former et sensibiliser les autorités gouvernementales à l'importance des systèmes d'enregistrement et de statistiques de l'état civil.
- **Améliorer la sensibilisation et la compréhension du retard de croissance** et cela, au moyen des campagnes de communication pour un changement de comportement, l'utilisation de matelas de mesure pour enfants et le travail intense des ASC.
- **Fournir des incitations axées sur la demande pour les ménages les plus pauvres** afin d'améliorer l'utilisation des services de santé et de nutrition pendant les 1000 premiers jours et cela, par le biais d'un Appui direct sensible à la nutrition – un programme de transfert monétaire à responsabilité partagée.

Indicateurs de base SRMNEA-N

Taux de mortalité maternelle :
210 pour 100 000 naissances vivantes

Taux de mortalité néonatale :
20 pour 1 000 naissances vivantes

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

Taux de natalité parmi les adolescentes :
45 pour 1 000 femmes

Pourcentage des naissances <24 mois après la naissance précédente : **14%**

Retard de croissance parmi les enfants de moins de 5 ans : **37.9%**

Émaciation modérée à sévère parmi les enfants de moins de 5 ans : **2.2%**

Indicateurs de base Financement de la santé

Dépenses de santé par habitant financées à partir de sources nationales : **16.29US\$**

Ratio des dépenses publiques de santé par rapport aux dépenses publiques totales : **8.88%**

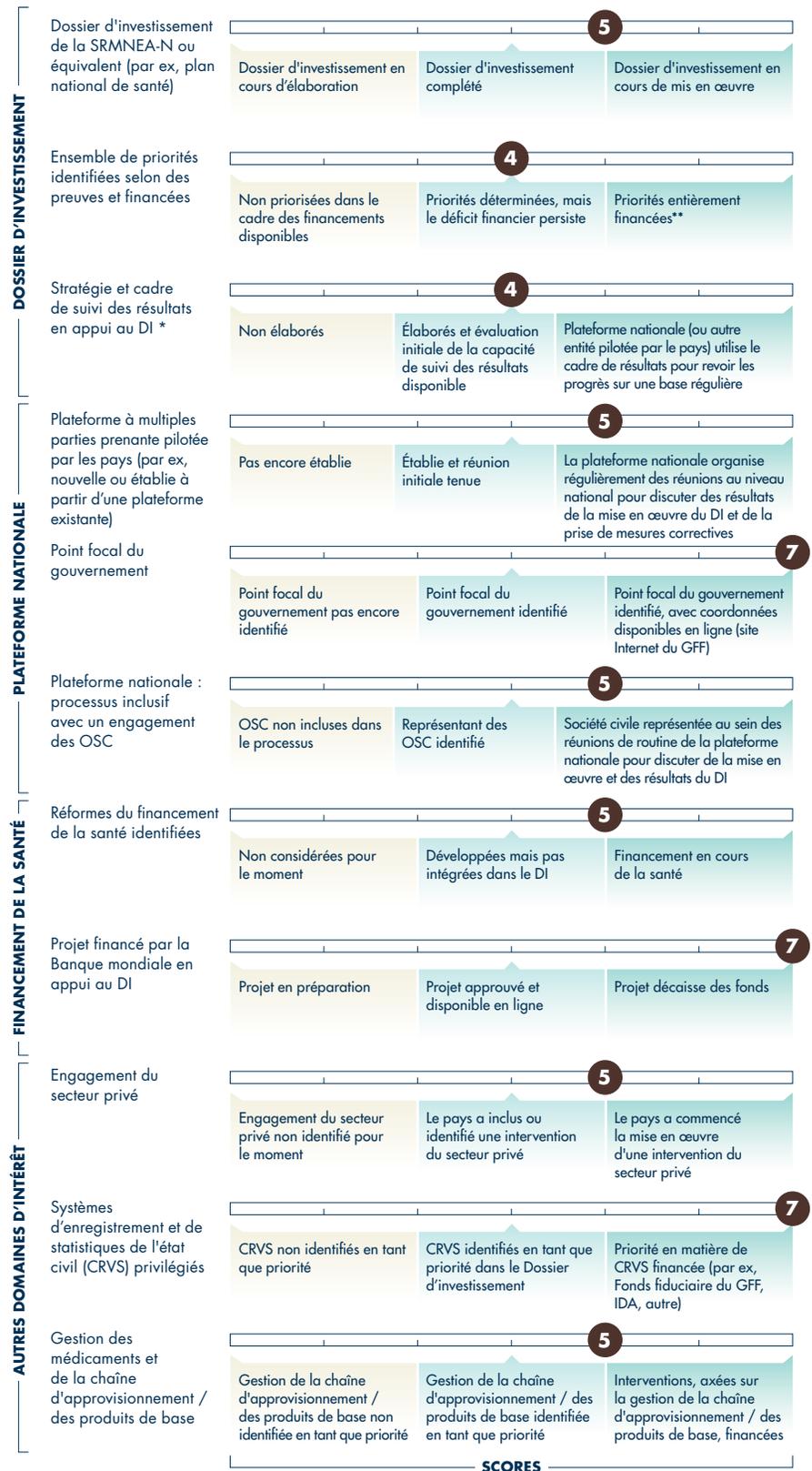
Part des dépenses de santé actuelles affectée aux soins de santé primaire/ambulatoires : **Non disponible**

Incidence des dépenses de santé catastrophiques et appauvrissantes :
1.2% catastrophiques
0.6% appauvrissantes

Suivi du Processus Piloté par les Pays

Cartographie des ressources

La cartographie des activités pour le dossier d'investissement du Rwanda a été achevée. Le ministère de la Santé dispose d'informations détaillées sur les ressources externes et cela, à travers l'outil du gouvernement axé sur le suivi des ressources de la santé. Cependant, étant donné que le dossier d'investissement du Rwanda est principalement axé sur la nutrition, une cartographie multisectorielle des ressources est requise. Le GFF prévoit de lancer cette activité fin 2019/début 2020. Le suivi des dépenses multisectorielles pour la nutrition est en cours.



* Tous deux inclus dans le document du DI ou dans un document séparé.
 ** Cela signifie que le financement a été alloué, versé et libéré – le paiement a été effectué.
 *** CPN4 = Quatre consultations prénatales
 ART = Thérapie antirétrovirale ; ARV = Antirétroviraux ; DTC3 = Vaccination contre la diphtérie, le tétanos et la coqueluche ; SRO = Solution de réhydratation orale ; PTME = Prévention de la transmission de la mère à l'enfant ; CPoN = consultations postnatales

Sénégal



SÉNÉGAL

Domaines prioritaires

- **Appuyer la mise en œuvre de l'engagement du gouvernement en faveur d'une augmentation de la part du budget consacrée à la santé** et cela, de 4 pour cent à 10 pour cent d'ici à 2022.
- **Renforcer la gestion des finances publiques** afin de mieux suivre les ressources affectées au secteur de la santé, améliorer le budget et la planification, et augmenter l'exécution budgétaire.
- **Appuyer la mise en œuvre du régime d'assurance de santé universelle** en consolidant les régimes d'assurance de santé à base communautaire et cela, tout en exemptant efficacement les pauvres.

Indicateurs de base SRMNEA-N

Taux de mortalité maternelle :
236 pour 100 000 naissances vivantes

Taux de mortalité néonatale :
28 pour 1 000 naissances vivantes

Taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans : **56 pour 1 000 naissances vivantes**

Taux de natalité parmi les adolescentes :
78 pour 1 000 femmes

Pourcentage des naissances <24 mois après la naissance précédente : **15.8%**

Retard de croissance parmi les enfants de moins de 5 ans : **16.5%**

Émaciation modérée à sévère parmi les enfants de moins de 5 ans : **8.9%**

Indicateurs de base Financement de la santé

Dépenses de santé par habitant financées à partir de sources nationales : **17.86US\$**

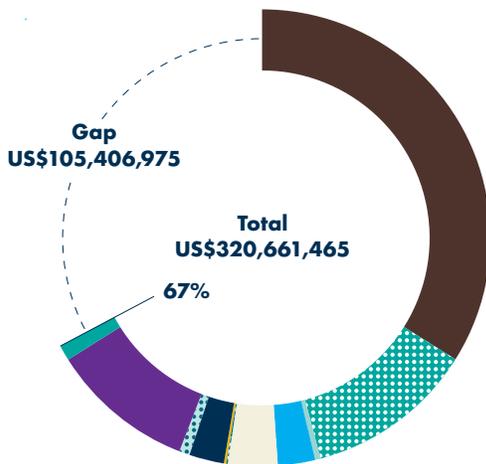
Ratio des dépenses publiques de santé par rapport aux dépenses publiques totales : **6.04%**

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

Incidence des dépenses de santé catastrophiques et appauvrissantes :
3.33% catastrophiques
1.10% appauvrissantes

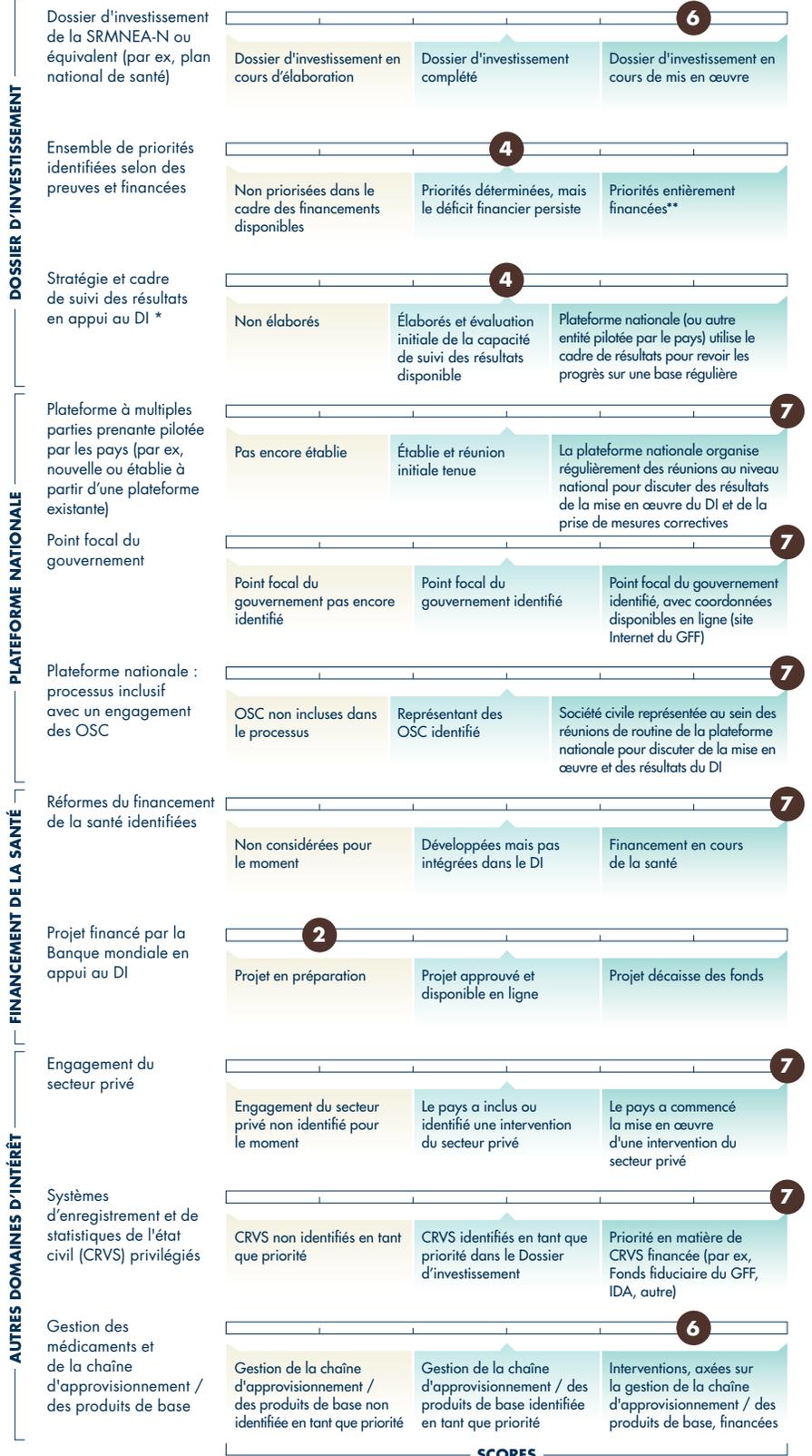
Suivi du Processus Piloté par les Pays

Cartographie des ressources



Source: Sénégal, cartographie des ressources des partenaires 2018

Au début de 2018, le dossier d'investissement du Sénégal présentait un déficit de financement de près de 70%. Après un nouveau processus de priorisation et un meilleur alignement des partenaires autour du DI, le Sénégal a été en mesure de réduire son déficit de financement à 32% à la fin de l'année 2018.



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

** Cela signifie que le financement a été alloué, versé et libéré – le paiement a été effectué.

*** CPN4 = Quatre consultations prénatales

ART = Thérapie antirétrovirale ; ARV = Antirétroviraux ; DTC3 = Vaccination contre la diphtérie, le tétanos et la coqueluche ; SRO = Solution de réhydratation orale ; PTME = Prévention de la transmission de la mère à l'enfant ; CPoN = consultations postnatales

Sierra Leone



SIERRA LEONE

Domaines prioritaires

- **Améliorer l'efficacité des ressources disponibles** en redimensionnant le secteur de la santé, en réformant le programme de financement basé sur la performance, en améliorant la coordination et en alignant les ressources externes et en les faisant passer en première ligne.
- **Appuyer l'élaboration de la stratégie de financement de la santé** et le plan de mise en œuvre.
- **Renforcer le système de priorisation et de suivi de la stratégie de la SRMNEA**, y compris l'accent placé sur la santé des adolescents.

Indicateurs de base SRMNEA-N

Taux de mortalité maternelle :
1 165 pour 100 000 naissances vivantes

Taux de mortalité néonatale :
20 pour 1 000 naissances vivantes

Taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans : **94 pour 1 000 naissances vivantes**

Taux de natalité parmi les adolescentes :
125 pour 1 000 femmes

Pourcentage des naissances <24 mois après la naissance précédente : **28.1%**

Retard de croissance parmi les enfants de moins de 5 ans : **29%**

Émaciation modérée à sévère parmi les enfants de moins de 5 ans : **5%**

Indicateurs de base Financement de la santé

Dépenses de santé par habitant financées à partir de sources nationales : **\$9.64 US\$**

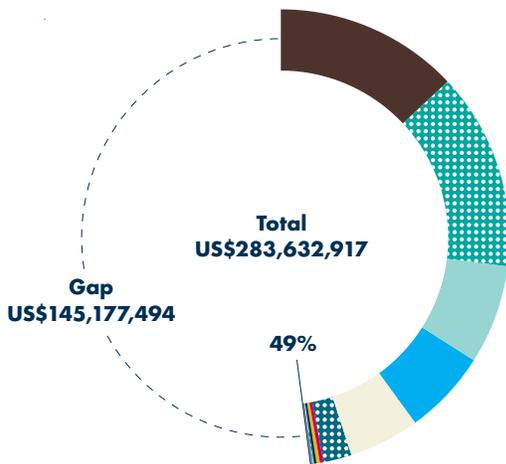
Ratio des dépenses publiques de santé par rapport aux dépenses publiques totales : **7.91%**

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

Incidence des dépenses de santé catastrophiques et appauvrissantes :
10.42% catastrophiques
2.56% appauvrissantes

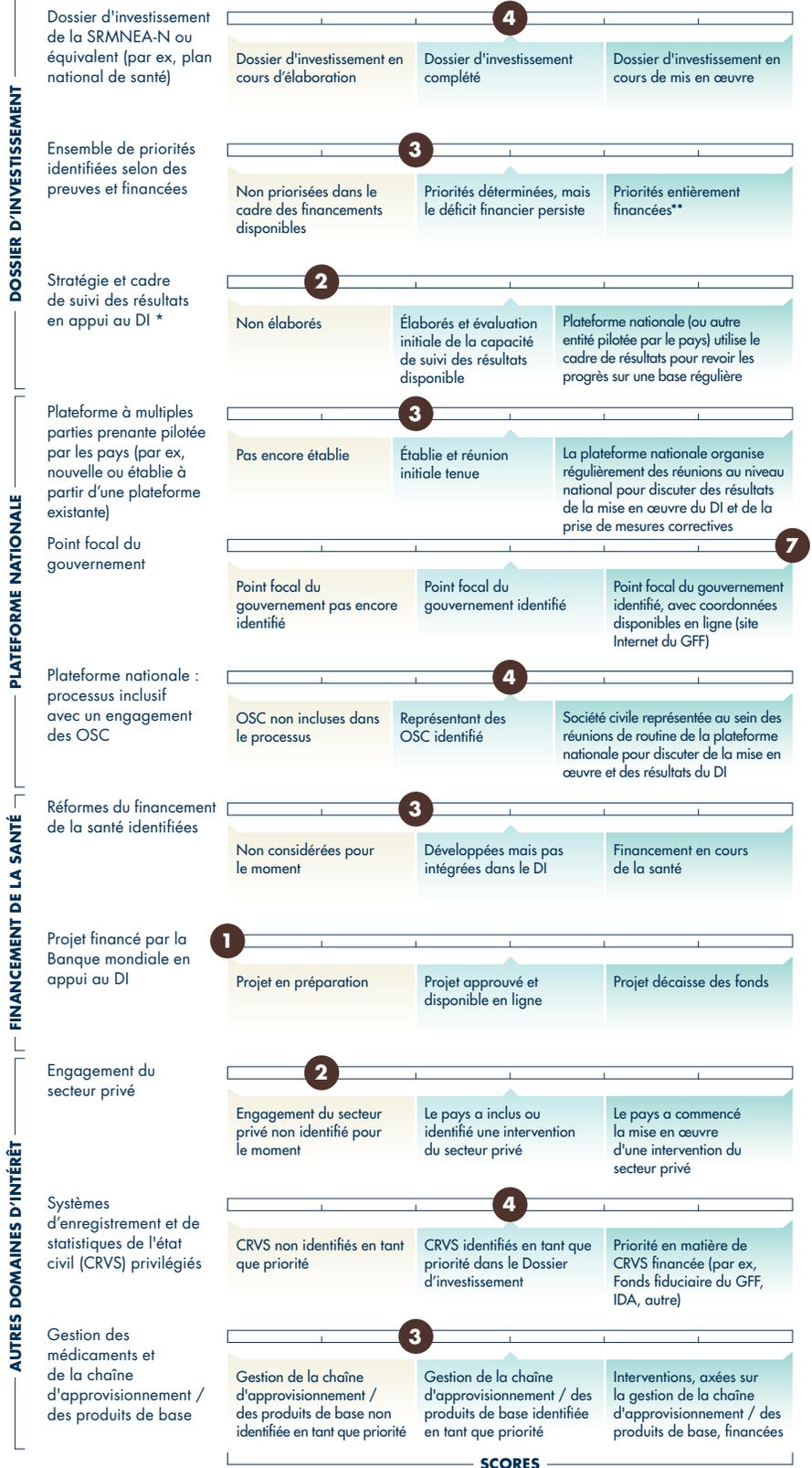
Suivi du Processus Piloté par les Pays

Cartographie des ressources



- GOVERNMENT**
- WORLD BANK**
- GAVI**
- DFID**
- GFATM**
- UNFPA**
- UNICEF**
- USAID/PEPFAR**
- PRIVATE DONOR**
- MPTF**
- IRISH AID**
- ERMTF**
- BMGF**
- WHO AFRO**
- WAHO**
- ADB**
- GOVERNMENT OF ITALY**
- GAP**

La cartographie des ressources pour la Sierra Leone est présentée pour les exercices 2019 à 2021. Plus de 15 partenaires se sont alignés autour du DI et y ont investi. Le gouvernement de la Sierra Leone s'est engagé à réaliser la CSU en tant que membre clé du programme de CSU2030. Malgré un déficit de financement important pour le DI (51%), le Financement de la santé devrait augmenter dans les années à venir. Jusqu'à présent, il n'existe aucun financement du Fonds fiduciaire du GFF pour la Sierra Leone, car il n'a pas été possible récemment de cofinancer un prêt de l'IDA. Un nouveau projet sera financé au cours de l'exercice 2020 et le Fonds fiduciaire du GFF envisage de cofinancer à ce stade.



* Tous deux inclus dans le document du DI ou dans un document séparé.
 ** Cela signifie que le financement a été alloué, versé et libéré – le paiement a été effectué.
 *** CPN4 = Quatre consultations prénatales
 ART = Thérapie antirétrovirale ; ARV = Antirétroviraux ; DTC3 = Vaccination contre la diphtérie, le tétanos et la coqueluche ; SRO = Solution de réhydratation orale ; PTME = Prévention de la transmission de la mère à l'enfant ; CPoN = consultations postnatales

Tanzanie



Domaines prioritaires

- **Améliorer l'efficacité** en mettant à l'échelle les mécanismes de paiement basés sur les résultats.
- **Continuer à renforcer l'alignement des partenaires** et réduire la fragmentation à travers le financement du fonds commun consacré au secteur de la santé.
- **Préserver les allocations budgétaires du gouvernement pour la santé** en plus de l'augmentation des ressources des bailleurs.
- **Renforcer le financement direct des formations sanitaires**, afin de donner aux formations sanitaires primaires les moyens de fournir des services, d'améliorer la qualité des soins et de remédier aux goulots d'étranglement du système de santé.
- **Suivre les progrès et aider les décideurs à tous les** à réduire la mortalité maternelle et néonatale et cela, en utilisant les données de la fiche de résultats trimestrielle pour la SRMNEA.

Indicateurs de base SRMNEA-N

Taux de mortalité maternelle :
556 pour 100 000 naissances vivantes

Taux de mortalité néonatale :
25 pour 1 000 naissances vivantes

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

Taux de natalité parmi les adolescentes :
132 pour 1 000 femmes

Pourcentage des naissances <24 mois après la naissance précédente : **18.8%**

Retard de croissance parmi les enfants de moins de 5 ans : **34%**

Émaciation modérée à sévère parmi les enfants de moins de 5 ans : **4.4%**

Indicateurs de base Financement de la santé

Dépenses de santé par habitant financées à partir de sources nationales : **14.42US\$**

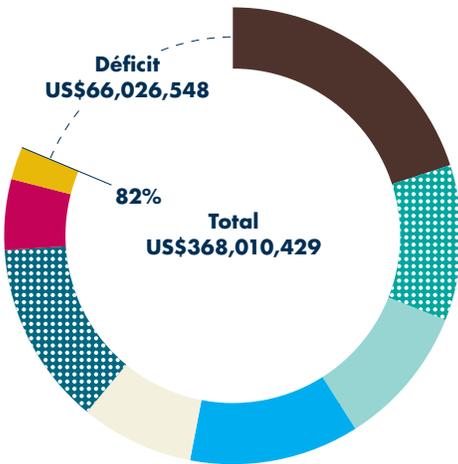
Ratio des dépenses publiques de santé par rapport aux dépenses publiques totales : **9.52%**

Part des dépenses de santé actuelles affectée aux soins de santé primaire/ambulatoires : **46.89%**

Incidence des dépenses de santé catastrophiques et appauvrissantes :
3.79% catastrophiques
1.38% appauvrissantes

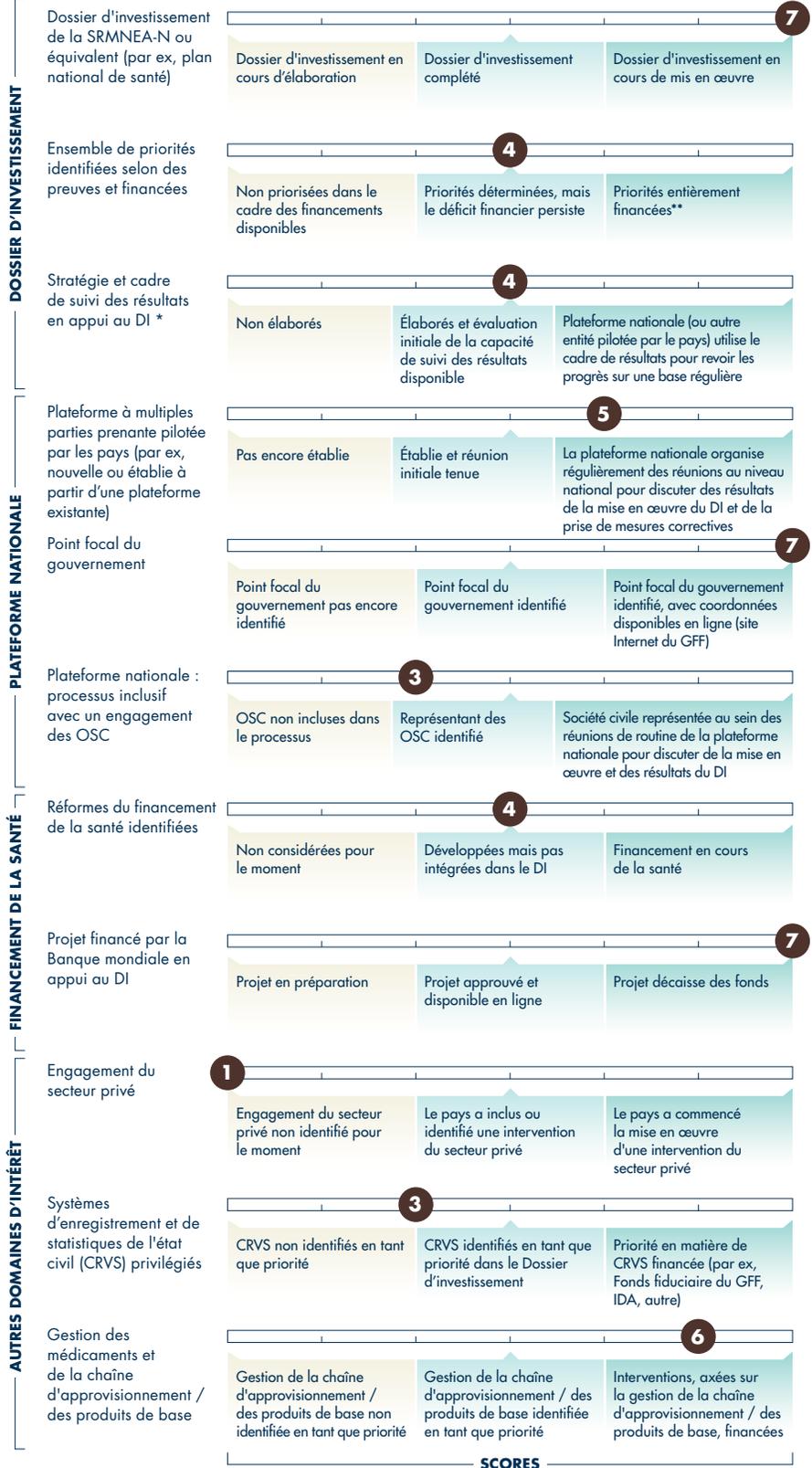
Suivi du Processus Piloté par les Pays

Cartographie des ressources



- GOUVERNEMENT**
- PEPFAR (INCLUANT USAID-PEPFAR)**
- BANQUE MONDIALE / GFF / USAID / PON**
- GAVI**
- PANIER COMMUN (EXCLUANT LA BM)**
- FONDS MONDIAL**
- UNFPA**
- USAID**
- DÉFICIT**

La Tanzanie entame sa revue à mi-parcours de son dossier investissement, le One Plan II. Dans le cadre de cette revue, le pays effectue une mise à jour annuelle de la cartographie des ressources. D'après les estimations initiales, par rapport aux estimations de l'année précédente, le déficit de financement est passé de 5% à 18% et cela en raison de la réduction des fonds du Fonds mondial. Les gouvernements du Canada, du Danemark, de l'Irlande et de la Suisse ; KOICA ; l'UNICEF ; la Banque mondiale et le GFF canalisent leurs financements à travers « Panier commun pour le Secteur de la Santé » de la Tanzanie, qui lie les paiements aux résultats. Bien que les financements de la Banque mondiale transitent par le Panier Commun, ces données ont été indiquées séparément à des fins de représentativité sur le graphique portant sur cartographie des ressources.



* Tous deux inclus dans le document du DI ou dans un document séparé.
 ** Cela signifie que le financement a été alloué, versé et libéré – le paiement a été effectué.
 *** CPN4 = Quatre consultations prénatales
 ART = Thérapie antirétrovirale ; ARV = Antirétroviraux ; DTC3 = Vaccination contre la diphtérie, le tétanos et la coqueluche ; SRO = Solution de réhydratation orale ; PTME = Prévention de la transmission de la mère à l'enfant ; CPoN = consultations postnatales

Vietnam



VIETNAM

Domaines prioritaires

- **Augmenter l'efficacité du système de santé** en améliorant la qualité du système de santé au niveau local (niveau communautaire), notamment à travers le renforcement des infrastructures et des équipements, la formation, et le développement de nouveaux modèles de prestation de services.
- **Améliorer le fonctionnement de l'assurance sociale de santé (SHI)** à travers l'apport d'une assistance technique et cela, en passant par la révision de la loi sur l'assurance de santé et celle des politiques y afférant.
- **Renforcer les systèmes d'enregistrement et de statistiques de l'état civil (CRVS)** à travers le développement d'un plan d'action pour les CRVS et des outils et cela, afin d'améliorer la déclaration des causes de décès.
- **Améliorer la compréhension en ce qui concerne les possibilités de partenariats « public-privé »** qui servent l'intérêt public et cela, au moyen d'analyses et d'activités de renforcement des capacités.

Indicateurs de base SRMNEA-N

Taux de mortalité maternelle :
54 pour 100 000 naissances vivantes

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

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

Taux de natalité parmi les adolescentes :
29 pour 1 000 femmes

Pourcentage des naissances <24 mois après la naissance précédente : **13%**

Retard de croissance parmi les enfants de moins de 5 ans : **24.6%**

Émaciation modérée à sévère parmi les enfants de moins de 5 ans : **6.4%**

Indicateurs de base Financement de la santé

Dépenses de santé par habitant financées à partir de sources nationales : **58.27US\$**

Ratio des dépenses publiques de santé par rapport aux dépenses publiques totales : **8.95%**

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

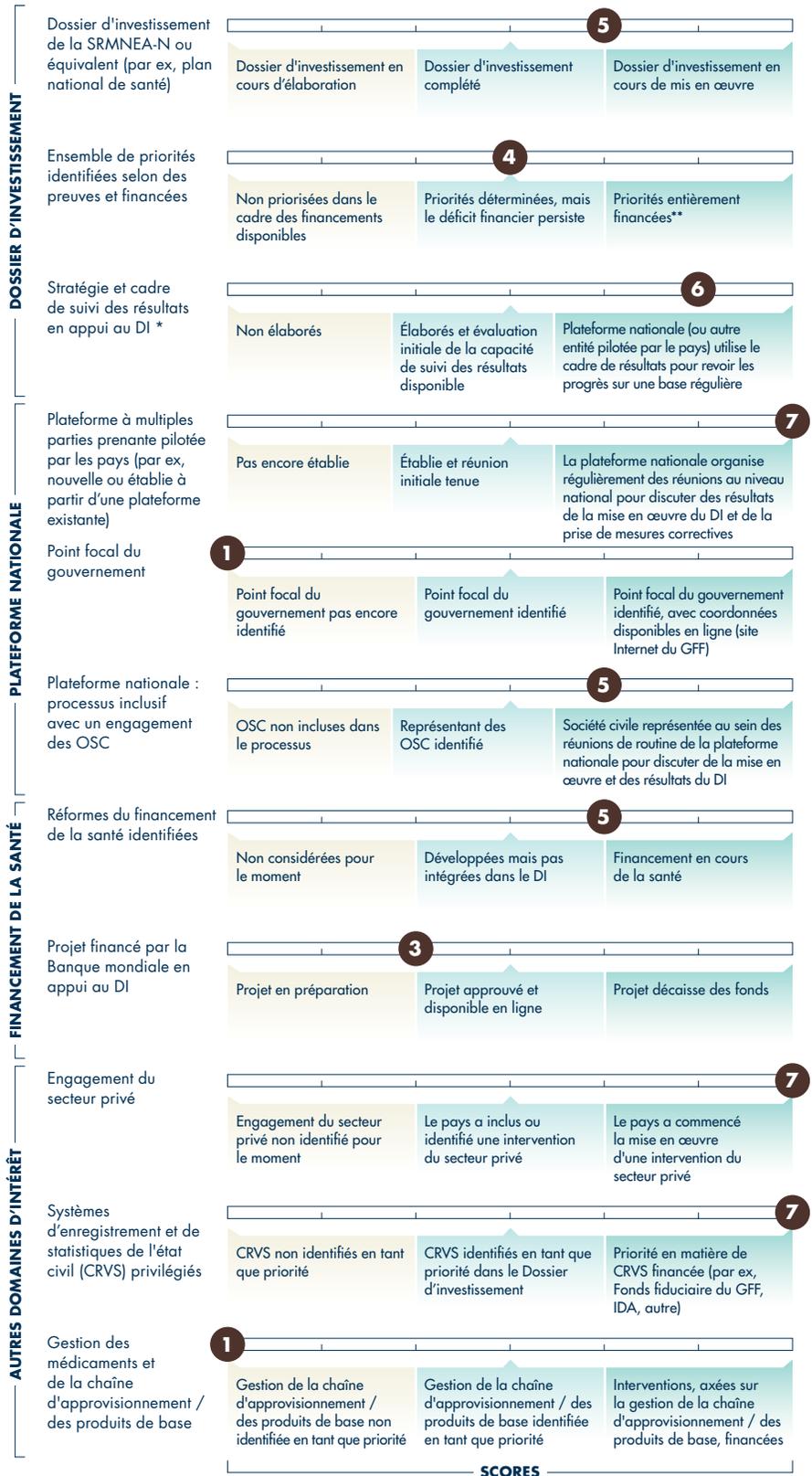
Incidence des dépenses de santé catastrophiques et appauvrissantes :
9.81% catastrophiques
0.2% appauvrissantes

Suivi du Processus Piloté par les Pays

Cartographie des ressources

Le Vietnam n'est plus très dépendant de l'aide externe pour le secteur de la santé : les financements externes représentaient 2,7 pour cent en 2014. Cependant, certains des principaux partenaires de développement [tels que l'Union européenne (UE), Gavi et le Fonds mondial] ont fini de fournir leur assistance ou en réduisent l'ampleur, ce qui nécessite un changement au niveau du budget du gouvernement ou au niveau de l'assurance de santé. Récemment approuvé, le projet pour Prestation de Services de Santé à Base Communautaire comble un important déficit de financement pour le Vietnam. Le projet est appuyé par un crédit de 80 millions d'US\$ de l'IDA-Transitional Support (IDA-TS), un cofinancement de 5 millions d'US\$ le Fonds fiduciaire à multiples bailleurs de fonds des Programmes intégrateurs de santé financés avec l'appui de l'Australie, un cofinancement de 3 millions d'US\$ du Fonds de lutte contre les maladies non transmissibles dans les pays à revenu faible et intermédiaire (MDTF) (Fonds pour la Gouvernance Pharmaceutique), et 21,25 millions d'US\$ du Gouvernement du Vietnam, et cela, en plus du financement du GFF s'élevant à 17 millions d'US\$ et axé sur l'achat à taux concessionnels du crédit IDA-TS.

Une récente évaluation de l'espace budgétaire pour le Vietnam a analysé les tendances en matière de dépenses de santé et identifié des sources potentielles pour obtenir des ressources pour la santé à l'avenir.¹

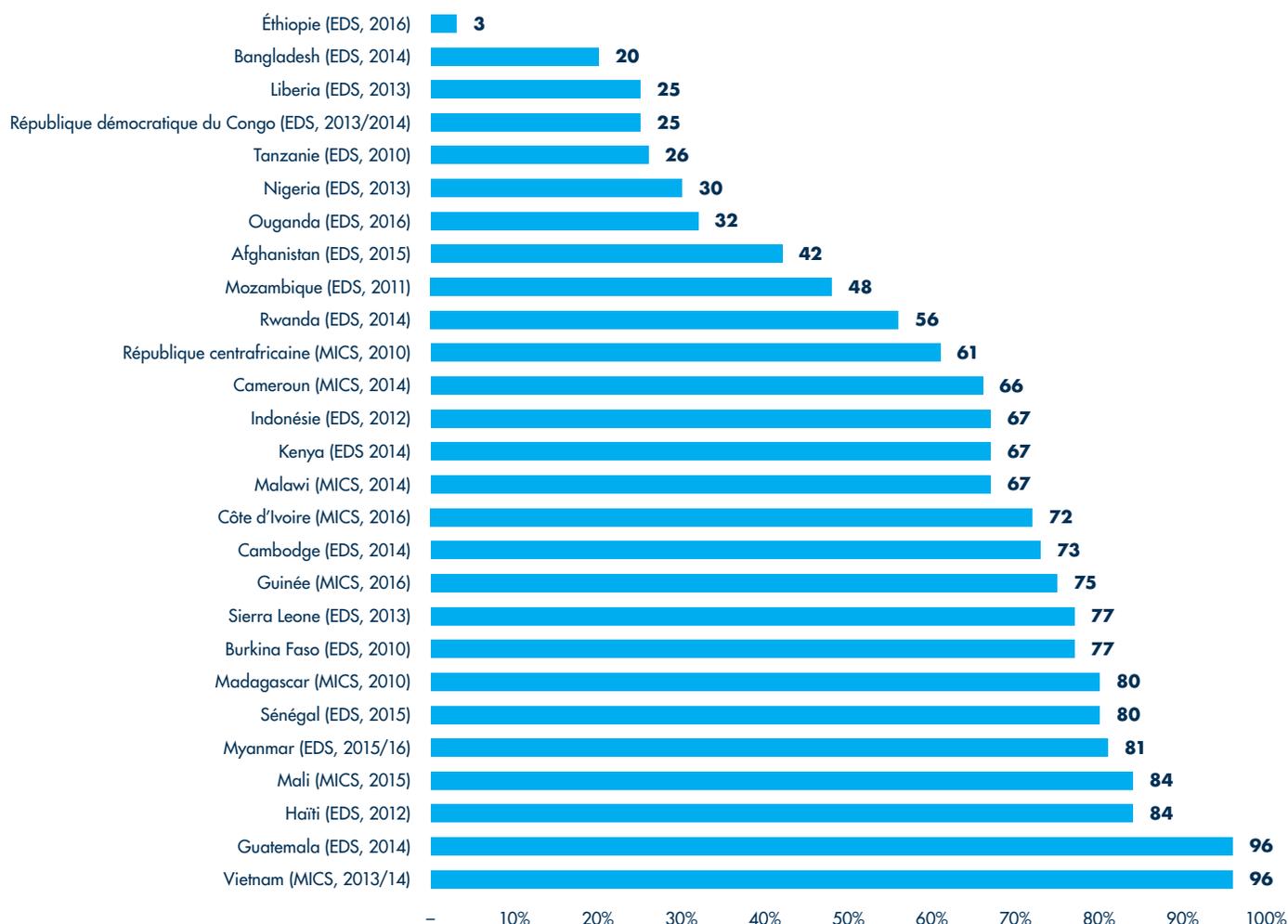


* Tous deux inclus dans le document du DI ou dans un document séparé.
 ** Cela signifie que le financement a été alloué, versé et libéré – le paiement a été effectué.
 *** CPN4 = Quatre consultations prénatales
 ART = Thérapie antirétrovirale ; ARV = Antirétroviraux ; DTC3 = Vaccination contre la diphtérie, le tétanos et la coqueluche ; SRO = Solution de réhydratation orale ; PTME = Prévention de la transmission de la mère à l'enfant ; CPoN = consultations postnatales

Renforcer l'Enregistrement et les Statistiques de l'État Civil pour la Protection des Femmes, des Enfants et des Adolescents

Les systèmes d'enregistrement et de statistiques de l'état civil (CRVS) sont faibles dans la plupart des pays appuyés par le GFF, seul le Guatemala dispose d'un système électronique de CRVS entièrement fonctionnel permettant de fournir des données de base sur la démographie et la santé. Dans 20 des 27 pays appuyés par le GFF, moins de 80 pour cent des enfants de moins de cinq ans sont enregistrés auprès des autorités de l'état civil. Quatorze pays ne disposent d'aucune information sur l'enregistrement des décès et 24 pays ne disposent d'aucune information sur les causes de décès (COD). L'absence de ces statistiques porte atteinte aux droits fondamentaux des femmes, des enfants et des adolescents et a un impact négatif sur la disponibilité des données requises aux niveaux national et infranational pour la planification et le suivi des résultats de santé.

Pourcentage des Enfants de moins de Cinq ans Enregistrés auprès des Autorités nationales de l'État Civil dans les Pays appuyés par le GFF



Source: Enquêtes Démographiques et de Santé (EDS) et Enquêtes en Grappes à Indicateurs Multiples (EGIM) menées entre 2000 et 2016.

Un système de CRVS fonctionnant adéquatement enregistre toutes les naissances, tous les décès et toutes les causes de décès (COD). Il fournit des certificats de naissance et de décès et génère des statistiques de l'état civil. Le GFF plaide énergiquement pour que le renforcement des systèmes de CRVS figure parmi les priorités des dossiers d'investissement. Il fournit un financement aux pays sélectionnés à partir du Fonds fiduciaire du GFF. Ce financement est associé à des financements de l'Association internationale pour le développement (IDA). Actuellement, les dossiers d'investissements de 15 pays appuyés par le GFF incluent les CRVS et, 12 autres pays ont reçu un financement visant spécifiquement à renforcer leurs systèmes de CRVS et cela, non seulement à travers les projets/programmes de santé de la Banque mondiale mais aussi à travers des projets/programmes de protection sociale. Des discussions sont également en cours pour appuyer les CRVS à travers des projets de gouvernance.

Au cours de la dernière année, certains pays ont progressé en matière de renforcement des systèmes de CRVS. En

2016, l'Ouganda a reçu des financements du Fonds fiduciaire du GFF et de l'IDA afin de renforcer les capacités institutionnelles, fournir des services d'enregistrement des naissances et des décès (BDR) et, étendre ces services aux formations sanitaires et aux communautés. Au niveau des districts, tous les agents d'enregistrement ont été formés aux processus inhérents au BDR et une sensibilisation axée sur l'enregistrement des naissances a été menée. En outre, un groupe de travail sur les CRVS, de représentants du gouvernement et de partenaires de développement, a été établi au niveau national et celui-ci se réunit à présent régulièrement. Les processus opérationnels inhérents au BDR ont été révisés ; le système mobile d'enregistrement des données de l'état civil a été modifié pour permettre l'enregistrement des naissances lorsqu'elles sont déclarées par les hôpitaux et les sous-comtés ; et, l'Agence nationale d'Identification et d'Enregistrement (NIRA), le Ministère de la Santé et les administrations locales collaborent étroitement pour enregistrer les naissances et les décès. Le Ministère de la Santé a demandé à toutes les formations sanitaires d'appuyer les

services de BDR et cela, en notifiant toutes les naissances auprès du Bureau de l'État Civil. Environ 75 formateurs (y compris des médecins, des gestionnaires de données et des responsables de l'enregistrement et des statistiques de l'état civil) ont été formés à la certification des causes de décès (COD), à l'encodage en fonction de la liste de mortalité initiale et de la Classification Internationale des Maladies (CIM-11) et, à l'autopsie verbale. Deux camions d'enregistrement mobiles ont été achetés pour piloter la prestation de services de BDR dans les zones difficiles d'accès. Un consultant a également été chargé de développer une stratégie de communication pour les CRVS. Des processus d'achat sont en cours pour développer un registre de l'état civil qui soit intégré, de format électronique et doté d'un système de gestion des identités et d'un plan stratégique pour les CRVS. Les services de BDR sont maintenant offerts dans 14 districts et, depuis février 2019, plus de 600 000 enfants ont été enregistrés auprès de l'Agence nationale d'Identification et d'Enregistrement (NIRA). L'UNICEF, Plan International, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et le Fonds mondial de lutte



contre le SIDA, la Tuberculose et le Paludisme contribuent également au renforcement du système de CRVS en Ouganda.

En 2017, le **Libéria** a reçu un financement du Fonds fiduciaire du GFF afin d'améliorer ses services de BDR et étendre la couverture de son système de BDR. Pour renforcer l'enregistrement des faits de l'état civil au niveau hospitalier, il comprendra les indicateurs des systèmes de CRVS inhérents au financement basé sur la performance dans les hôpitaux, d'abord avec l'enregistrement complet des naissances en juillet 2019 et ensuite avec l'enregistrement complet des décès en 2020. Pour assurer une expansion de la couverture des systèmes de BDR, les services d'enregistrement des naissances ont été étendus à 14 hôpitaux dans cinq comtés. Tous ont reçu des ordinateurs de bureau, des ordinateurs portables, des imprimantes, des outils d'enregistrement et des fournitures de bureau pour faciliter l'enregistrement et la délivrance de certificats. Des campagnes ont été menées et des services d'enregistrement ont été pourvus l'occasion et des services d'enregistrement des naissances ont été mis en place au cours de la vaccination ainsi que des services communautaires de sensibilisation en faveur de la santé de la mère et de l'enfant. Des formulaires et des certificats d'enregistrement de naissance uniformes et une plateforme Web unique d'enregistrement des naissances ont été adoptés dans tout le pays. Tous les formulaires associés aux enregistrements de décès, aux enregistrements des COD et aux permis d'inhumation sont en cours de révision. Des activités de renforcement des capacités en matière d'enregistrement des naissances et de sensibilisation à la vaccination ont été menées à l'intention des professionnels de la santé de la certification COD, des officiers de l'état civil des services de BDR, des agents de santé communautaires et des vaccinateurs. Entre janvier et mai 2019, 41 876 enfants ont été enregistrés, dont 10 pour cent dans les nouveaux centres d'enregistrement mis en place dans les deux mois suivant leur mise en service. Le renforcement des systèmes de CRVS au Libéria est en cours de réalisation et cela, en collaboration avec divers partenaires, notamment l'UNICEF, l'OMS et Gavi.

Le Vietnam a reçu une subvention du Fonds fiduciaire du GFF en 2017 afin d'appuyer les services de conseil et d'analyse visant à améliorer l'enregistrement des décès et l'enregistrement des COD. Une assistance technique a été fournie au Ministère de la Santé afin de faciliter la mise en œuvre du Programme d'Action National sur les CRVS

pour 2017-2024. Le plan de mise en œuvre élaboré et approuvé par le Ministère de la Santé en 2018 (Décision 6378/QD-BYT) fournit une feuille de route claire, avec des activités spécifiques pour que le Ministère de la Santé réalise les actions pour lesquelles il s'est engagé ainsi que les étapes clés pour améliorer le système des CRVS au Vietnam. Par la suite, en collaboration avec l'OMS et le Fonds mondial, le renforcement des capacités a été assuré par la formation d'experts des agents de certification et des codificateurs en matière d'avis de décès et de certification COD et cela, au moyen de l'utilisation de l'outil standard d'autopsie verbale et de la familiarisation avec la CIM11. Un atelier réunissant plusieurs pays, y compris les participants des pays suivants: Vietnam, Cambodge, Indonésie, République démocratique populaire lao, Libéria, Mongolie, Iles Salomon, et Sri Lanka, s'est tenu à Hanoi en 2018. L'assistance technique a également soutenu les efforts du Ministère de la Santé en vue de procéder à une revue de la publication et de l'utilisation

du système de notification des décès dans les formations sanitaires ayant généré une liste nationale de COD pour les décès survenant dans les communautés, que le ministère envisage d'intégrer au système d'information sur la santé. Une ligne directrice détaillée et un manuel de formation sur la manière d'appliquer la liste COD et le codage au niveau communautaire ont également été développés. Un voyage d'étude au Bangladesh a également été organisé à l'intention des responsables vietnamiens du Ministère de la Santé, du Ministère de la Justice et du Bureau Général de la Statistique afin d'en apprendre davantage sur les responsabilités du Ministère de la Santé dans les CRVS. La visite d'étude a également porté sur l'enregistrement des COD dans les formations sanitaires et les communautés, ainsi que sur la gestion de la qualité des données. Les activités au Vietnam ont été entreprises en collaboration avec l'OMS, l'UNICEF, le Fonds des Nations Unies pour la population (FNUAP), Vital Strategies et l'Université de Melbourne.



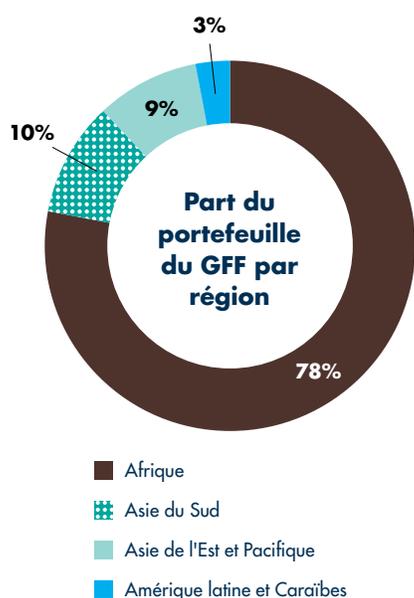
Données Financières du GFF

Dès le 30 juin 2019, les contributions au Fonds fiduciaire du GFF s'élevaient à 992,8 millions d'US\$, dont 629 millions d'US\$ alloués à 33 projets dans 27 pays, et les financements supplémentaires de l'IDA/BIRD s'élevaient à 4,8 milliards d'US\$. Soixante-dix-huit pour cent des fonds appuient des pays du GFF situé en Afrique, 10 pour cent soutiennent des pays en Asie du Sud, 9 pour cent en Asie de l'Est et 3 pour cent en Amérique latine et dans les Caraïbes (Graphique 1). Les projets appués par le GFF dans 23 pays ont été approuvés par le Conseil d'Administration de la Banque mondiale. Quinze pays mettent en œuvre des projets financés par le GFF et la Banque mondiale avec un montant total de 1,02 milliard d'US\$ décaissés en faveur de ces projets, incluant 120 millions d'US\$ du Fonds fiduciaire du GFF et 901,5 millions d'US\$ de l'IDA/BIRD. La liste complète des projets approuvés par le Conseil figure au Tableau 1.

Tableau 1 Liste des Projets approuvés par le Conseil depuis le 30 Juin 2019

Projet	Montants du GFF	Montant de l'IDA	BIRD
Tanzanie	\$40	\$200	
RDC (FA-CRVS)	\$10	\$30	
Cameroun	\$27	\$100	
Nigéria	\$20	\$125	
Kenya	\$40	\$150	
Ouganda	\$30	\$110	
Libéria (FA)	\$16	\$50	
Guatemala	\$9		\$100
RDC (FA)	\$40	\$320	
Ethiopie	\$60	\$150	
Bangladesh	\$15	\$500	
Bangladesh - Éducation	\$10	\$510	
Mozambique	\$25	\$80	
Rwanda (Santé)	\$10	\$25	
Afghanistan	\$35	\$140	
Rwanda (PS - FA)	\$8	\$80	
Guinée	\$10	\$45	
Indonésie	\$20		\$400
Nigéria Nutrition	\$7	\$225	
Burkina Faso	\$20	\$80	
Nigéria (Partie 2)	\$20	\$0	
République centrafricaine	\$10	\$43	
Malawi	\$10	\$50	
Mali	\$10	\$50	
Côte d'Ivoire	\$20	\$200	
Cambodge	\$10	\$15	
Haïti	\$15	\$55	
RDC Nutrition	\$10	\$492	
Vietnam	\$17	\$80	

Figure 1



Membres du Groupe des Investisseurs

Le Groupe des Investisseurs inclut des représentants des pays et des organisations suivants :

ABT Associates (représentant le secteur privé)

Agence japonaise de coopération internationale

Bureau du Secrétaire Général des Nations Unies

Education as a Vaccine (représentant les jeunes de la société civile)

Fondation Bill & Melinda Gates

Fondation Susan Thompson Buffett

Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme

Gavi, l'Alliance pour les Vaccins

Gouvernement du Canada

Gouvernement du Danemark

Gouvernement de l'Éthiopie

Gouvernement du Japon

Gouvernement du Kenya

Gouvernement du Libéria

Gouvernement de la Norvège

Gouvernement du Royaume des Pays-Bas

Groupe de la Banque mondiale

MSD for Mothers (représentant la circonscription du secteur privé)

Organisation mondiale de la santé

PAI (représentant la société civile)

PATH (représentant la société civile)

Partenariat pour la santé des mères, des nouveau-nés et des enfants

Philips (représentant le secteur privé)

Réseau Africain pour le Développement Durable (RA2D) (représentant la société civile)

Gouvernement du Sénégal

Gouvernement du Royaume Uni

Gouvernement des États-Unis

UNFPA

UNICEF

Contributeurs au Fonds fiduciaire

Depuis le 30 juin 2019, les gouvernements du Canada, du Danemark, du Japon, de la Norvège, des Pays-Bas, et du Royaume-Uni ; la Fondation Bill & Melinda Gates ; la Fondation Susan T. Buffett ; Laerdal Global Health ; et MSD for Mothers appuient le Fonds fiduciaire du GFF.

Liste des Acronymes

AFD	Agence française de Développement (France)	ODD	Objectif de développement durable
CPN	Consultations prénatales	OMS	Organisation mondiale de la santé
CPN4	Quatre consultations prénatales	OSC	Organisation de la société civile
BHCPF	Fonds de soins de santé de base	RDC	République démocratique du Congo
BIRD	Banque Internationale pour la reconstruction et le développement	PSMNE	Partenariat pour la Santé de la Mère, du Nouveau-né et de l'Enfant
BMZ	Ministère fédéral allemand de la coopération économique et du développement	SIDA	Agence suédoise de coopération internationale au développement
DFID	Ministère britannique du développement international	SONU	Soins obstétricaux et néonataux d'urgence
EDS	Enquête démographique et de santé	SONUC	Soins obstétricaux et néonataux d'urgence complets
EGIM	Enquête en grappes à indicateurs multiples	SRMNEA-N	Santé Reproductive, de la Mère, du Nouveau-Né, de l'Enfant et de l'Adolescent et Nutrition
FBP	Financement basé sur la performance	TPI 2	Traitement préventif intermittent (contre le paludisme)
FMSTP	Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme	UNFPA	Fonds des Nations Unies pour la population
IDA	Association pour le développement international	USAID	Agence des États-Unis pour le développement international
IDH	Indice de développement humain		
JICA	Agence japonaise de coopération internationale		
KFW	Banque allemande de développement (appartenant au gouvernement)		

Remerciements

Le présent rapport a été rédigé par le Secrétariat du GFF en collaboration avec les pays participant au partenariat du GFF décrits dans le présent rapport et cela, sous la direction de Dr. Monique Vledder, Responsable de Programme. Le Secrétariat du GFF souhaite remercier les contributeurs qui ont donné leur temps, leur expertise et leur énergie, notamment Anna Astvatsatryan, Calsidine Laure Banan, Julie Ruel Bergeron, Kimberly Boer, Maria Eugenia Bonilla-Chacin, Marion Cros, Karin Lane Gichuhi, Josine Karangwa, Toni Lee Kuguru, Luc Lavolette, Brendan Hayes, Joy Gebre Medhin, Vineetha Menon, Segen Teklu Moges, Christina Nelson, Augustina Nikolova, Carolyn Reynolds, Genesis Samonte, Robert Walter Scherpier, Mirja Channa Sjoblom, Aissa Socorro, Meg Sommerfeld, Maletela Tuane-Nkhasi, Ellen Van De Poel et Petra Vergeer.

APPENDIX A

Description des Indicateurs du Rapport Annuel du GFF

Catégorie	INDICATEUR	DESCRIPTION
INDICATEURS DE BASE DE LA SRMNEA-N	Ratio de Mortalité Maternelle	Nombre de décès de femmes provenant de toutes causes liées à la grossesse ou aggravées par elle ou par sa gestion (à l'exclusion des causes accidentelles ou principales) au cours de la grossesse et de l'accouchement ou dans les 42 jours suivant la fin de la grossesse et cela, indépendamment de la durée et du site de la grossesse, exprimé par 100 000 naissances vivantes, pour une période donnée
	Ratio de Mortalité des Moins de 5 ans	Probabilité qu'un enfant né au cours d'une année ou d'une période donnée décède avant l'âge de 5 ans, exprimée pour 1000 naissances vivantes
	Ratio de Mortalité Néonatale	Probabilité qu'un enfant naisse au cours d'une année ou d'une période donnée décède au cours du premier mois de sa vie, exprimée pour 1000 naissances vivantes
	Taux de Natalité parmi les Adolescentes* (15-19)	Nombre de naissances parmi les femmes âgées de 15 à 19 ans pour 1 000 femmes au cours des trois années précédant l'enquête
	Pourcentage de naissances <24 mois après la naissance précédente*	Pourcentage de non-premières naissances au cours des cinq années précédant l'enquête dont l'intervalle de naissance précédent était de 7 à 23 mois. Cela exclut la première naissance.
	Prévalence du retard de croissance parmi les enfants de moins de 5 ans	Pourcentage d'enfants de moins de cinq ans ayant moins de -2 écart-type de la taille pour l'âge selon la norme de l'OMS
	Émaciation modérée à sévère parmi les enfants de 5 ans (Total)	Pourcentage d'enfants de moins de cinq ans ayant un rapport poids/ taille <-2 Écart type de la médiane des Normes OMS de Croissance des Enfants
INDICATEURS DE BASE DU FINANCEMENT DE LA SANTÉ	Dépenses de santé par habitant financées par des sources nationales	Dépenses publiques en santé par habitant (numérateur: dépenses publiques totales en santé; dénominateur: population Totale)
	Ratio des dépenses de santé des administrations publiques sur le total des dépenses des administrations publiques	Part des dépenses de santé des administrations publiques nationales par rapport aux dépenses totales des administrations publiques (numérateur: dépenses totales des administrations publiques nationales pour la santé; dénominateur: dépenses totales des administrations publiques provenant de sources nationales)
	Pourcentage des dépenses de santé actuelles en soins de santé primaires/ambulatoires	Pourcentage des dépenses de santé courantes consacrées aux soins de santé primaires/ambulatoires (numérateur: total des dépenses de santé courantes consacré aux soins de santé primaires/ambulatoires; dénominateur: total des dépenses de santé courantes)
	Incidence des dépenses de santé catastrophiques	Proportion de ménages ayant des dépenses directes de santé dépassant 40% des dépenses totales des ménages (numérateur: Nombre de ménages ayant des dépenses directes de santé ≥ 40% des dépenses totales du ménage; dénominateur: nombre Total de ménages)
	Incidence des dépenses de santé appauvrissantes	Proportion de ménages ayant des dépenses directes de santé qui les ont fait tomber sous le seuil de pauvreté (numérateur: nombre total de ménages ayant des dépenses de santé appauvrissantes; dénominateur: nombre Total de ménages)

* La définition de ces indicateurs peut varier légèrement en fonction de la source des données et/ou du pays

Crédits Photographiques: Couverture – Dominic Chavez/Le Mécanisme de financement mondial; Page 2-3 – Dominic Chavez/Le Mécanisme de financement mondial; Page 4-5 – Dominic Chavez/Le Mécanisme de financement mondial; Page 8 – Dominic Chavez/Le Mécanisme de financement mondial; Page 12 – Dominic Chavez/ Le mécanisme de financement mondial; Page 14 – Dominic Chavez/Le Mécanisme de financement mondial; Page 15 – Dominic Chavez/Le Mécanisme de financement mondial; Page 16 – Dominic Chavez /Le Mécanisme de financement mondial; Page 17 – Dominic Chavez/Le Mécanisme de financement mondial; Page 21 – Dominic Chavez/Le Mécanisme de financement mondial; Page 22– Natalia Cieslik/ Banque mondiale; Page 23 – Eskinder Debe/ONU; Page 24 – Andrea Borgarello; Page 26 – Melanie Mayhew/ Le Mécanisme de financement mondial; Page 27 – Dominic Chavez/Le Mécanisme de financement mondial; Page 28 – Sarah Farhat/Banque mondiale; Page 32 – John Rae/Le Mécanisme de financement mondial; Page 33 – John Rae/Le Mécanisme de financement mondial; Page 35– John Rae/Le Mécanisme de financement mondial; Page 36 – Dominic Chavez/Le Mécanisme de financement mondial; Page 37 – Dominic Chavez/Le Mécanisme de financement mondial; Page 41 – Dominic Chavez/Le Mécanisme de financement mondial; Page 42 – Communications en évolution; Page 43 – Communications en évolution; Page 43 – Communications en évolution; Page 46 – Communications en évolution; Page 48 – Arne Hoel/ Banque mondiale; Page 49 – Stephan Gladieu/Banque mondiale; Page 53 – Stephan Gladieu/Banque mondiale; Page 109 – Anna Astvatsatryan/Le Mécanisme de financement mondial; Page 110 – Dominic Chavez/le Mécanisme de financement mondial

APPENDIX B

Data Sources

INDICATEUR/SOURCE	AFGHANISTAN	BANGLADESH	BURKINA FASO	CAMBODGE	CAMEROUN	RÉPUBLIQUE CENTRAFRICAINE	CÔTE D'IVOIRE
INDICATEURS DE BASE DE LA SRMNEA-N							
Ratio de Mortalité Maternelle	Non disponible	Exemple de Système d'Enregistrement des Faits d'État Civil (SVRS) 2018	EMDS 2015	EDS 2014	EDS 2014	WDI 2015	EDS 2011/12
Taux de Mortalité des Moins de 5 ans	Rapport ONU/IGME 2018	Exemple de Système d'Enregistrement des Faits d'État Civil (SVRS) 2018	EMDS 2015	EDS 2014	EDS 2014	WDI 2017	EGIM 2016
Taux de Mortalité Néonatale	Rapport ONU/IGME 2018	Exemple de Système d'Enregistrement des Faits d'État Civil (SVRS) 2018	EMDS 2015	EDS 2014	EDS 2014	WDI 2017	EGIM 2016
Taux de Natalité parmi les Adolescentes (15-19)	AHS 2018	Exemple de Système d'Enregistrement des Faits d'État Civil (SVRS) 2018	MIS 2014	EDS 2014	EDS 2014	WDI 2016	EGIM 2016
Pourcentage de naissances <24 mois après la naissance précédente	EDS 2015	EDS 2014	MIS 2014	EDS 2014	EDS 2014	non disponible	EDS 2011/12
Retard de croissance parmi les enfants de moins de 5 ans (Total)	AHS 2018	EDS 2014	ENUT 2018	EDS 2014	EDS 2014	UNICEF Malnutrition 2012	EGIM 2016
Émaciation modérée à sévère parmi les enfants de moins de 5 ans (Total)	AHS 2018	EDS 2014	ENUT 2018	EDS 2014	EDS 2014	UNICEF Malnutrition 2012	EGIM 2016
INDICATEURS DE BASE DU FINANCEMENT DE LA SANTÉ							
Dépenses de santé par habitant financées à partir des sources nationales	OMS-GHED 2016	OMS-GHED 2016	OMS-GHED 2016	OMS-GHED 2016	OMS-GHED 2016	OMS-GHED 2016	OMS-GHED 2016
Ratio des dépenses de santé des administrations publiques par rapport aux dépenses totales des administrations publiques	OMS-GHED 2016	OMS-GHED 2016	OMS-GHED 2016	OMS-GHED 2016	OMS-GHED 2016	OMS-GHED 2016	OMS-GHED 2016
Pourcentage des dépenses de santé actuelles en soins de santé primaires/ambulatoires	OMS-GHED 2016	OMS-GHED 2016	OMS-GHED 2016	OMS-GHED 2016	OMS-GHED 2016	OMS-GHED 2016	OMS-GHED 2016
Incidence des dépenses de santé Catastrophiques et appauvrissantes	La Base de Données d'Indicateurs d'Équité en matière de Santé et de Protection Financière pour 2018	La Base de Données d'Indicateurs d'Équité en matière de Santé et de Protection Financière pour 2018	La Base de Données d'Indicateurs d'Équité en matière de Santé et de Protection Financière pour 2018	La Base de Données d'Indicateurs d'Équité en matière de Santé et de Protection Financière pour 2018	La Base de Données d'Indicateurs d'Équité en matière de Santé et de Protection Financière pour 2018	La Base de Données d'Indicateurs d'Équité en matière de Santé et de Protection Financière pour 2018	La Base de Données d'Indicateurs d'Équité en matière de Santé et de Protection Financière pour 2018
AUTRE							
Cartographie des Ressources	n'est pas applicable	Données sur le financement national provenant des budgets et des rapports de dépenses du gouvernement. Données sur le financement externe basées sur les propositions écrites des partenaires de développement	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	Données sur le financement national provenant des budgets et des rapports de dépenses du gouvernement. Données sur le financement externe basées sur les propositions écrites des partenaires de développement	n'est pas applicable

INDICATEUR/SOURCE	MALAWI	MALI	MOZAMBIQUE	MYANMAR	NIGERIA	RWANDA	SENEGAL
INDICATEURS DE BASE DE LA SRMNEA-N							
Ratio de Mortalité Maternelle	EDS 2015/16	EDS 2018	EDS 2011	EDS 2015/16	EDS 2013	EDS 2014/15	EDS 2017
Taux de Mortalité des Moins de 5 ans	EDS 2015/16	EDS 2018	EDS 2011	EDS 2015/16	MICS 2017	EDS 2014/15	EDS 2017
Taux de Mortalité Néonatale	EDS 2015/16	EDS 2018	EDS 2011	EDS 2015/16	EDS 2013	EDS 2014/15	EDS 2017
Taux de Natalité parmi les Adolescentes (15-19)	EDS 2015/16	EDS 2018	AIS 2015	EDS 2015/16	EGIM 2017	EDS 2014/15	EDS 2017
Pourcentage de naissances <24 mois après la naissance précédente	EDS 2015/16	MIS 2015	AIS 2015	EDS 2015/16	MIS 2015	EDS 2014/15	EDS 2017
Retard de croissance parmi les enfants de moins de 5 ans (Total)	EDS 2015/16	EDS 2018	EDS 2011	EDS 2015/16	EGIM 2017	EDS 2014/15	EDS 2017
Émaciation modérée à sévère parmi les enfants de moins de 5 ans (Total)	EDS 2015/16	EDS 2018	EDS 2011	EDS 2015/16	EGIM 2017	EDS 2014/15	EDS 2017
INDICATEURS DE BASE DU FINANCEMENT DE LA SANTÉ							
Dépenses de santé par habitant financées à partir des sources nationales	OMS-GHED 2016	OMS-GHED 2016	OMS-GHED 2016	OMS-GHED 2016	OMS-GHED 2016	OMS-GHED 2016	OMS-GHED 2016
Ratio des dépenses de santé des administrations publiques par rapport aux dépenses totales des administrations publiques	OMS-GHED 2016	OMS-GHED 2016	OMS-GHED 2016	OMS-GHED 2016	OMS-GHED 2016	OMS-GHED 2016	OMS-GHED 2016
Pourcentage des dépenses de santé actuelles en soins de santé primaires/ambulatoires	OMS-GHED 2016	OMS-GHED 2016	OMS-GHED 2016	OMS-GHED 2016	OMS-GHED 2016	OMS-GHED 2016	OMS-GHED 2016
Incidence des dépenses de santé Catastrophiques et appauvrissantes	La Base de Données d'Indicateurs d'Équité en matière de Santé et de Protection Financière pour 2018	La Base de Données d'Indicateurs d'Équité en matière de Santé et de Protection Financière pour 2018	La Base de Données d'Indicateurs d'Équité en matière de Santé et de Protection Financière pour 2018	La Base de Données d'Indicateurs d'Équité en matière de Santé et de Protection Financière pour 2018	La Base de Données d'Indicateurs d'Équité en matière de Santé et de Protection Financière pour 2018	La Base de Données d'Indicateurs d'Équité en matière de Santé et de Protection Financière pour 2018	La Base de Données d'Indicateurs d'Équité en matière de Santé et de Protection Financière pour 2018
AUTRE							
Cartographie des Ressources	n'est pas applicable	n'est pas applicable	Données sur le financement national provenant des budgets et des rapports de dépenses du gouvernement. Données sur le financement externe basées sur les propositions écrites des partenaires de développement	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	Données sur le financement national provenant des budgets et des rapports de dépenses du gouvernement. Données sur le financement externe basées sur les propositions écrites des partenaires de développement

RDC	ETHIOPIE	GUATEMALA	GUINÉE	HAÏTI	INDONÉSIE	KENYA	LIBÉRIA	MADAGASCAR
EDS 2014	EDS 2016	ENSMI 2014/15	EGIM 2016	EDS 2016/17	SUPAS 2015 (Enquête intercensitaire sur la population)	EDS 2014	EDS 2013	EDS 2008/09
EDS 2014	EDS 2019	ENSMI 2014/15	EDS 2018	EDS 2016/17	EDS 2017	EDS 2014	EDS 2013	EDS 2008/09
EDS 2014	EDS 2019	ENSMI 2014/15	EDS 2018	EDS 2016/17	EDS 2017	EDS 2014	EDS 2013	EDS 2008/09
EDS 2014	EDS 2016	ENSMI 2014/15	EDS 2018	EDS 2016/17	EDS 2017	EDS 2014	EDS 2013	MIS 2016
EDS 2014	EDS 2016	ENSMI 2014/15	EDS 2018	EDS 2016/17	EDS 2017	EDS 2014	EDS 2013	MIS 2016
EDS 2014	EDS 2019	ENSMI 2014/15	EDS 2018	EDS 2016/17	RISKESDAS 2018 (Enquête de Base sur la Santé)	EDS 2014	EDS 2013	UNICEF Malnutrition 2012-13
EDS 2014	EDS 2019	ENSMI 2014/15	EDS 2018	EDS 2016/17	RISKESDAS 2018 (Enquête de Base sur la Santé)	EDS 2014	EDS 2013	UNICEF Malnutrition 2012-13
OMS-GHED 2016	NHA VII (2016/17)	OMS-GHED 2016	OMS-GHED 2016	OMS-GHED 2016	OMS-GHED 2016	OMS-GHED 2016	OMS-GHED 2016	OMS-GHED 2016
OMS-GHED 2016	NHA VII (2016/17)	OMS-GHED 2016	OMS-GHED 2016	OMS-GHED 2016	OMS-GHED 2016	OMS-GHED 2016	OMS-GHED 2016	OMS-GHED 2016
OMS-GHED 2016	OMS-GHED 2016	OMS-GHED 2016	OMS-GHED 2016	OMS-GHED 2016	OMS-GHED 2016	OMS-GHED 2016	OMS-GHED 2016	OMS-GHED 2016
La Base de Données d'Indicateurs d'Équité en matière de Santé et de Protection Financière pour 2018	La Base de Données d'Indicateurs d'Équité en matière de Santé et de Protection Financière pour 2018	La Base de Données d'Indicateurs d'Équité en matière de Santé et de Protection Financière pour 2018	La Base de Données d'Indicateurs d'Équité en matière de Santé et de Protection Financière pour 2018	La Base de Données d'Indicateurs d'Équité en matière de Santé et de Protection Financière pour 2018	La Base de Données d'Indicateurs d'Équité en matière de Santé et de Protection Financière pour 2018	La Base de Données d'Indicateurs d'Équité en matière de Santé et de Protection Financière pour 2018	La Base de Données d'Indicateurs d'Équité en matière de Santé et de Protection Financière pour 2018	La Base de Données d'Indicateurs d'Équité en matière de Santé et de Protection Financière pour 2018
Données sur le financement national provenant des budgets et des rapports de dépenses du gouvernement. Données sur le financement externe basées sur les propositions écrites des partenaires de développement	Données sur le financement national provenant des budgets et des rapports de dépenses du gouvernement. Données sur le financement externe basées sur les propositions écrites des partenaires de développement	n'est pas applicable	Données sur le financement national provenant des budgets et des rapports de dépenses du gouvernement. Données sur le financement externe basées sur les propositions écrites des partenaires de développement	n'est pas applicable	n'est pas applicable	n'est pas applicable	Données sur le financement national provenant des budgets et des rapports de dépenses du gouvernement. Données sur le financement externe basées sur les propositions écrites des partenaires de développement	n'est pas applicable

SIERRA LEONE	TANZANIE	UGANDA	VIETNAM
EDS 2013	TDHS-MIS 2015/16	EDS 2016	UN-MMEIG 2015
EGIM 2017	TDHS-MIS 2015/16	EDS 2016	UNIGME 2016
EGIM 2017	TDHS-MIS 2015/16	EDS 2016	UNIGME 2016
EDS 2013	TDHS-MIS 2015/16	EDS 2016	WDI 2016
MIS 2016	TDHS-MIS 2015/16	EDS 2016	EGIM 2014
Enquête Nationale sur la Nutrition (UNICEF-MS 2014)	TDHS-MIS 2015/16	EDS 2016	Institut National de la Nutrition 2015
Enquête Nationale sur la Nutrition (UNICEF-MS 2014)	EDS 2016	EDS 2016	Institut National de la Nutrition 2015
OMS-GHED 2016	OMS-GHED 2016	OMS-GHED 2016	OMS-GHED 2016
OMS-GHED 2016	OMS-GHED 2016	OMS-GHED 2016	OMS-GHED 2016
OMS-GHED 2016	OMS-GHED 2016	OMS-GHED 2016	OMS-GHED 2016
La Base de Données d'Indicateurs d'Équité en matière de Santé et de Protection Financière pour 2018	La Base de Données d'Indicateurs d'Équité en matière de Santé et de Protection Financière pour 2018	La Base de Données d'Indicateurs d'Équité en matière de Santé et de Protection Financière pour 2018	La Base de Données d'Indicateurs d'Équité en matière de Santé et de Protection Financière pour 2018
Données sur le financement national provenant des budgets et des rapports de dépenses du gouvernement. Données sur le financement externe basées sur les propositions écrites des partenaires de développement	Données sur le financement national provenant des budgets et des rapports de dépenses du gouvernement. Données sur le financement externe basées sur les propositions écrites des partenaires de développement	Données sur le financement national provenant des budgets et des rapports de dépenses du gouvernement. Données sur le financement externe basées sur les propositions écrites des partenaires de développement	n'est pas applicable

Investissements
catalysés par les
pays pour la santé
et la nutrition



SOUTENU PAR LE
GROUPE DE LA BANQUE MONDIALE

www.globalfinancingfacility.org

 @theGFF