

Faire avancer la santé des femmes, des enfants et des adolescents dans un contexte de crises multiples

RAPPORT ANNUEL
2021-2022
DU PARTENARIAT
DU GFF



 MÉCANISME DE
FINANCEMENT
MONDIAL

 SOUS LE PARRAINAGE
DU GROUPE DE LA BANQUE MONDIALE

Table des matières

Le mot du directeur et de la cheffe du Secrétariat	4
Aperçu	6
Section 1 : État de la santé des femmes, des enfants et des adolescents dans les pays partenaires du GFF	8
Comment un engagement à long terme se traduit par une meilleure santé pour les femmes, les enfants et les adolescents	10
Des progrès mitigés et des inégalités persistantes en matière de santé	14
Section 2 : Aider les pays à mettre en place les bases de systèmes de santé qui bénéficient aux femmes, aux enfants et aux adolescents	16
Être un levier pour le financement durable de la santé	22
Catalyser davantage d'investissements de l'IDA en faveur de la santé des femmes, des enfants et des adolescents	24
Mobiliser davantage de ressources nationales pour la santé	24
Soutien accru aux pays pour protéger les services de santé essentiels en mettant l'accent sur les soins primaires	27
Révéler les lacunes : une approche axée sur les données	28
Soins de santé primaires : le fondement et la plateforme pour la santé et le bien-être	31
Accent sur l'équité	31
Accent sur le financement	34
Constituer le personnel de santé	35
Accélérer les droits et santé sexuels et reproductifs	36
Améliorer les résultats en matière de nutrition	39
Renforcer l'enregistrement et les statistiques de l'état civil	42
Section 3 : Données financières du GFF : Contributions, engagements et décaissements	44
Contributions	46
Engagements	47
Décaissements du Fonds fiduciaire du GFF et de l'IDA/BIRD de la Banque mondiale	50
Profils de données par pays	52
Annexe	126
À propos du GFF	142
Membres du Groupe des investisseurs/Contributeurs au Fonds fiduciaire	143
Remerciements/Crédits photos	144

Le mot du directeur et de la cheffe du Secrétariat

Le monde traverse actuellement des crises majeures. Dans de nombreux pays, le quotidien des populations est fait de difficiles concessions et de rudes épreuves face à une crise alimentaire, une inflation et des troubles sociaux permanents. D'autres causes à plus long terme sont également sources de profonde inquiétude : les ralentissements de la croissance mondiale pénalisent les économies nationales, notamment dans les pays en développement, et les niveaux de dette élevés ne laissent plus à de nombreux pays en développement l'espace fiscal suffisant pour investir dans les services de santé et l'éducation, et ainsi protéger les plus vulnérables.

Le lancement du Mécanisme de financement mondial pour les femmes, les enfants et les adolescents (GFF) en 2015 répondait au souhait d'innover dans le domaine du développement. Il s'agissait de donner les rênes aux pays, de soutenir de meilleurs résultats pour les femmes et les enfants, et d'augmenter les financements disponibles pour la santé des femmes, des enfants et des adolescents. À l'époque, l'ampleur des défis auxquels le monde a été confronté ces deux dernières années était inimaginable.

Les pays ont cependant prouvé ce qu'il est possible de réaliser lorsque les gouvernements s'engagent dans la durée en faveur de la protection des femmes et des enfants, et sont accompagnés pour réformer leurs systèmes de santé. Les systèmes de santé deviennent ainsi plus résilients, les perturbations sont limitées et les progrès s'accélèrent.

L'approche du GFF place la santé communautaire au centre de tous ces efforts. Avec nos partenaires, nous soutenons l'accélération des efforts de création de systèmes de santé primaires de haute qualité qui fournissent des services destinés aux femmes, aux enfants et aux adolescents dans les communautés.

Ce rapport annuel démontre en effet que plus l'engagement des pays auprès du partenariat du GFF est ancien, plus les progrès en matière de changements systémiques des systèmes de santé sont marqués. Les résultats le prouvent : plus de 70 pour cent des pays partenaires du GFF depuis au moins cinq ans ont enregistré des améliorations, et ce malgré les reculs dus à la COVID-19.

En outre, les investissements gouvernementaux dans la santé des femmes et des enfants sont cohérents dans l'ensemble des pays partenaires du GFF, voire ont augmenté dans certains cas. Les engagements nationaux sont soutenus par les partenaires mondiaux de développement, qui ont aligné leurs financements dans les pays prioritaires. Grâce à la collaboration du GFF avec la Banque mondiale, la part de financement de la Banque mondiale dans les pays soutenus par le GFF allouée à la santé reproductive, de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent, et à la nutrition (SRMNEA-N) a augmenté de plus de 15 pour cent depuis 2015.

Mais l'ambition du rôle catalytique du partenariat du GFF va au-delà du simple financement. Ces efforts collectifs contribuent également à soutenir l'alignement des pays et la hiérarchisation de leurs priorités, ainsi que les transformations juridiques et politiques nécessaires pour éliminer les obstacles structurels qui empêchent un accès équitable à la santé.

Nous sommes à un moment charnière de la santé mondiale, car les pays veulent redoubler leur engagement en faveur de la santé des femmes, des enfants et des adolescents, entre autres priorités. Ceci doit se faire en adoptant une approche systémique, avec la mobilisation des partenaires mondiaux et des communautés locales.

Le GFF redoublera d'efforts pour soutenir le travail sans relâche des pays et de la société civile, aux côtés des partenaires mondiaux et locaux, en vue de fournir des soins de santé équitables qui répondent de manière efficace aux besoins des communautés. Nous attendons avec impatience de relever les défis d'aujourd'hui et de concrétiser l'ambition d'un meilleur avenir. Il peut en résulter non seulement une meilleure santé pour les femmes, les enfants et les adolescents, mais également davantage de droits et d'opportunités.



Juan Pablo Uribe
Directeur,
Mécanisme de
financement mondial



Monique Vledder
Cheffe du Secrétariat,
Mécanisme de
financement mondial

Aperçu

Les nombreuses crises qui se superposent actuellement dans le monde menacent les progrès en matière de santé des femmes, des enfants et des adolescents. Mais face aux crises et à l'adversité, les pays et les communautés ont démontré un engagement sans faille. Même dans les contextes où les difficultés sont sans précédent, les pays continuent à se mobiliser pour améliorer la santé des femmes, des enfants et des adolescents. Grâce aux réformes financières et du système de santé et aux investissements consentis, les pays sont parvenus à améliorer les services de soins les plus essentiels, tels que les accouchements en établissement de santé, la planification familiale, les soins liés à la grossesse et aux nouveau-nés et la vaccination infantile.

Le présent rapport annuel fait état des progrès dans le domaine de la santé des femmes, des enfants et des adolescents dans les pays partenaires du Mécanisme de financement mondial (GFF) et détaille l'impact de la COVID-19 et des autres crises sur les pays et les communautés. Il se penche également sur l'aide apportée aux pays par le partenariat du GFF pour ériger les bases de systèmes de santé qui servent au mieux les femmes, les enfants et les adolescents et fournit des exemples concrets d'efforts de renforcement des capacités des pays dans leur système de santé.

Depuis leur partenariat avec le GFF, les investissements des pays ont permis à plus de 96 millions de femmes enceintes de bénéficier d'au moins quatre consultations de soins prénatals ; à plus de 103 millions de femmes d'obtenir des soins pour un accouchement sécurisé ; à 111 millions de nouveau-nés de bénéficier d'un démarrage précoce de l'allaitement et à plus de 500 millions d'utilisateurs d'accéder à des contraceptifs modernes, évitant ainsi plus de 187 millions de grossesses non désirées.

Cette année, davantage de pays ont terminé leur dossier d'investissement, donné la priorité aux réformes du

financement et de leur système de santé, et progressé dans leur mise en œuvre. Le nombre de pays en bonne voie d'atteindre des résultats améliorés en matière de santé reproductive, de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent, et de nutrition (SRMNEA-N) a augmenté, malgré les difficultés associées aux effets directs et indirects de la COVID-19. Au cours de la seule année passée, par exemple, le nombre de pays démontrant une amélioration dans au moins 75 pour cent des indicateurs de résultats en santé maternelle ou infantile est passé de 13 à 16, et le nombre de pays dont les indicateurs de résultats en nutrition ont également progressé a doublé, passant de 9 à 18.

En outre, l'engagement à long terme s'est traduit par des progrès plus marqués. Dans les pays qui ont mis en place un partenariat avec le GFF depuis le plus longtemps, la couverture des services de santé essentiels augmente en effet. Soixante-et-onze pour cent des pays partenaires du GFF qui mettent en œuvre leur dossier d'investissement depuis cinq ans ou plus font état d'améliorations dans le domaine des soins essentiels, notamment les accouchements assistés, les soins liés à la grossesse et aux nouveau-nés, la vaccination infantile et la planification familiale, contre 38 pour cent des pays qui le font depuis moins de trois ans.

Ce sont les efforts des leaders nationaux et communautaires, ainsi que le travail des organisations de jeunes et de la société civile aux côtés du partenariat du GFF qui ont permis ces progrès, en poursuivant sans cesse la recherche de nouveaux outils et modalités de travail pour façonner et instiller les changements nécessaires.

Pour soutenir le leadership des pays et des communautés, le GFF appuie, conformément à sa stratégie 2021-2025, les gouvernements afin qu'ils réalisent des investissements judicieux dans les principales orientations stratégiques, en vue d'accélérer les progrès vers une meilleure santé pour les femmes, les enfants et les adolescents, tels que :

- **Un accent plus marqué sur la mesure des résultats et l'utilisation**

des données : Les premières données probantes consolidées sur les bénéficiaires atteints, la couverture des interventions clés et les financements supplémentaires dans l'ensemble du portefeuille de pays partenaires du GFF ont été obtenues cette année. Une attention plus soutenue sur la mesure des résultats et l'utilisation des données a permis de produire des rapports dans six domaines d'intérêt principal : les consultations de soins de grossesse, les accouchements en établissement de santé, le démarrage de l'allaitement, la santé reproductive et la planification familiale, les soins postnatals et les vaccinations infantiles. D'importantes améliorations ont été observées, tant au niveau de la quantité que du détail des données transmises par les pays. En ce qui concerne la mise à jour annuelle des données pour 2022, 32 pays ont communiqué des données (contre 23 pays en 2021), dont 31 qui ont transmis des données infranationales (contre 17 précédemment) et 12 des données ventilées en fonction de l'âge et du sexe (contre seulement 2 en 2021).

- **Des efforts constants pour catalyser davantage de financements de meilleure qualité** : L'une des promesses du modèle du GFF, depuis sa création en 2015, a été de permettre un financement plus important et de meilleure qualité pour la santé des femmes, des enfants et des adolescents. Suite à l'engagement du GFF, la part du financement de la Banque mondiale dans les pays partenaires du GFF allouée à la SRMNEA-N augmentait de plus de 15 pour cent à la fin de l'exercice fiscal 2021. Un montant supplémentaire de 1,7 milliard de dollars américains a été alloué à la SRMNEA-N dans les pays soutenus par le GFF entre 2015 et février 2020, rien que pour cette période. Outre son effet catalyseur sur les ressources de la Banque mondiale, le GFF collabore avec les gouvernements pour les inciter à réformer le financement de la santé. En République centrafricaine, par exemple, les améliorations au niveau des dépenses de première

ligne et de l'alignement des bailleurs de fonds ont permis d'augmenter de 5 pour cent l'allocation des ressources pour les soins de santé primaires. Et les réformes du financement de la santé en Côte d'Ivoire ont contribué à élargir la couverture d'assurance maladie de 89 pour cent. Ces réformes ciblant les ménages les plus pauvres ont contribué à augmenter le nombre de femmes cherchant à obtenir des soins lors de leur grossesse.

- **Investir dans les soins de santé primaires : la base et le tremplin de la santé et du bien-être.** Tout au long du déploiement de sa stratégie 2021-2025, le GFF a mis son soutien à l'échelle, en collaborant

avec les leaders nationaux et communautaires, et les partenaires mondiaux et locaux, pour stimuler les changements requis dans l'ensemble des systèmes de santé afin de parvenir à une meilleure santé pour les femmes, les enfants et les adolescents aujourd'hui, ainsi que pour construire les systèmes de demain. L'Ouganda a, par exemple, réalisé d'importantes améliorations, grâce au soutien du GFF, en matière de formation des agents de santé et des enseignants afin de fournir des services adaptés aux adolescents et aux jeunes. L'élargissement du programme de transferts monétaires du Guatemala pour la nutrition a permis de suivre la croissance de davantage d'enfants dans le pays.

- **Protéger les services de santé essentiels, tout en renforçant la résilience des systèmes de santé.**

L'assistance technique d'urgence et le cofinancement avec la Banque mondiale dans 24 pays en 2021 et 2022 ont permis de soutenir la préparation aux urgences, de déployer la vaccination contre la COVID-19, de renforcer les capacités en santé communautaire et les interventions des agents de santé, de couvrir le coût des services et de combler les pénuries de produits de planification familiale.

- **Malgré tout cela, les progrès sont toujours mitigés, et les inégalités s'aggravent dans certains domaines.**

Si ces statistiques permettent d'avoir de l'espoir et prouvent la résilience de nombreux pays et communautés, les perturbations et chocs économiques ont néanmoins entraîné des progrès inégaux, voire renversé certains acquis. Les inégalités régionales, par exemple, ont augmenté de 50 pour cent en matière de couverture vaccinale dans les pays partenaires du GFF, selon les données de couverture infranationale. Si certains pays ont pu surmonter ces perturbations, 60 pour cent de ceux soutenus par le GFF ont vu une augmentation de l'inégalité géographique dans le domaine des soins postnatals.

- **En s'appuyant sur les enseignements tirés du leadership des pays et des communautés, le partenariat du GFF continuera de soutenir les efforts d'alignement des pays, les investissements et la mise à l'échelle d'approches éprouvées, en direction d'un avenir plus résilient.**

Un appui ciblé vers des domaines tels que le renforcement des personnels de santé et des centres de santé communautaires, l'intégration de services de santé sexuelle et reproductive et de nutrition dans les systèmes de santé, la promotion de données de meilleure qualité et l'innovation dans la prestation de services, continuera à orienter les investissements du GFF et les efforts du partenariat. Tout cela dans le but de soutenir des soins de santé primaires qui s'inscrivent dans le cadre d'un programme commun de résilience et de résorption des inégalités.



Section

1

État de la santé des
femmes, des enfants et des
adolescents dans les pays
partenaires du GFF



Au cours de l'année 2020, le nombre de personnes vivant dans l'extrême pauvreté dans le monde a augmenté de plus de 70 millions – la plus forte augmentation en une seule année au cours des trois dernières décennies.

Pratiquement tous les pays du monde ont signalé un certain niveau de perturbation des services de santé lié à la pandémie qui s'est poursuivi au moins jusqu'en 2021. D'ici la fin de 2022, pas moins de 685 millions de personnes pourraient encore vivre dans l'extrême pauvreté. Cela ferait de 2022 la deuxième pire année pour la réduction de la pauvreté au cours des deux dernières décennies, derrière 2020.

Source : [Rapport sur la pauvreté et la prospérité partagée, Banque mondiale \(2022\)](#)

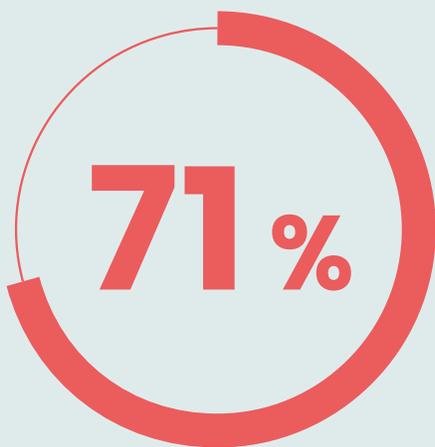
Au cours des deux dernières années, les systèmes de santé ont été soumis à d'énormes pressions, les ressources ayant été détournées pour faire face à la COVID-19 et les services essentiels ayant subi des perturbations dues à la pandémie. Ces défis, aggravés par les troubles économiques et l'augmentation de la pauvreté, ont eu un impact négatif sur la santé des communautés dans le monde entier, en particulier sur les femmes, les enfants et les adolescents.

Malgré ces difficultés sans précédent, les pays qui ont fait preuve d'un engagement durable en faveur des investissements financiers et systémiques nécessaires pour améliorer le bien-être des femmes, des enfants et des adolescents ont maintenu des systèmes de santé plus résilients et de meilleurs résultats.

Depuis sa création en 2015, le partenariat du Mécanisme de financement mondial (GFF) soutient les efforts menés par les pays pour fournir des soins de santé constants et de qualité, même en période d'urgence sanitaire et de choc économique. En collaboration avec les dirigeants des pays et des communautés, ainsi qu'avec les partenaires mondiaux et locaux, les investissements du GFF ont permis d'opérer les changements nécessaires pour améliorer la santé des femmes, des enfants et des adolescents.

Comment un engagement à long terme se traduit par une meilleure santé pour les femmes, les enfants et les adolescents

Les pays ayant un partenariat plus long avec le GFF affichent de meilleures performances dans les services de santé essentiels. Une analyse des principaux services de santé montre que 71 pour cent des pays qui ont établi un partenariat avec le GFF depuis cinq ans ou plus – démontrant ainsi leur engagement durable à améliorer la santé des femmes, des enfants et des adolescents – ont obtenu des améliorations¹ dans la majorité des services de soins les plus essentiels, notamment les accouchements assistés, la planification familiale, les soins aux femmes enceintes et aux nouveau-nés, et la vaccination des enfants². En comparaison, 38 pour cent des pays soutenus par le GFF depuis moins de trois ans ont enregistré des progrès similaires.

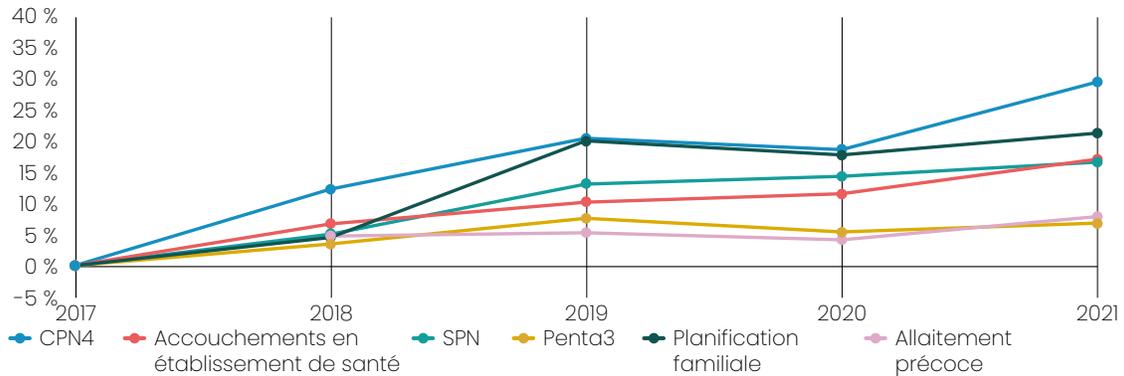


des pays partenaires du GFF depuis cinq ans ou plus ont réalisé des progrès dans la plupart des services les plus essentiels pour les femmes et les enfants.

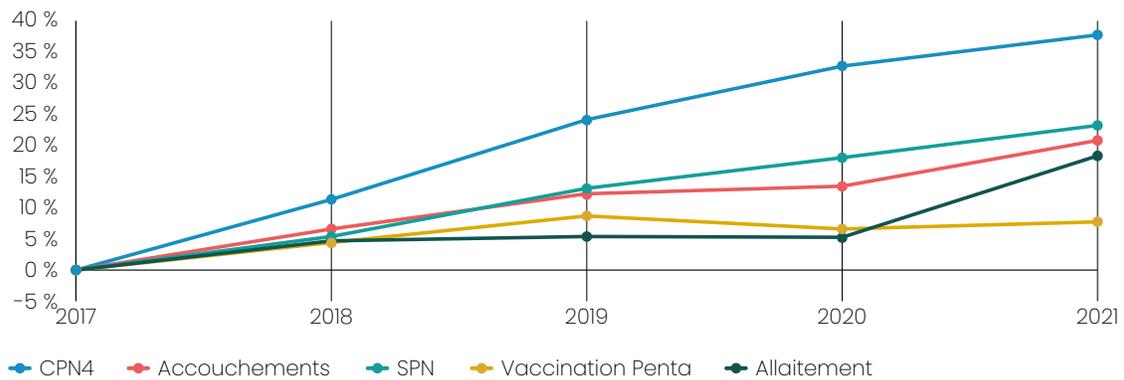
1. Dans cette analyse, l'amélioration a été définie comme un pays rapportant une amélioration dans au moins quatre des six domaines d'indicateurs fondamentaux signalés. Les indicateurs inclus dans l'analyse étaient : CPN4, accouchements dans un établissement de santé, soins postnatals, démarrage précoce de l'allaitement, vaccinations Penta3 et DSSR/planification familiale.
2. Sauf indication contraire, les données sur les produits et les résultats en matière de santé reproductive, maternelle, néonatale, de l'enfant et de l'adolescent, et de nutrition (SRMNEA-N) citées dans ce rapport ont été partagées par les pays partenaires du GFF dans le cadre du processus annuel de collecte de données du GFF. Des données nationales supplémentaires, y compris les sources spécifiques utilisées par les pays pour chaque indicateur, sont disponibles sur le [portail de données du GFF](#).

Comme le montre la **Figure 1.1**, les pays partenaires du GFF ont fait preuve de grandes améliorations dans la prestation de services pour les femmes, les enfants et les adolescents, avec un rebond évident en 2021 suite aux perturbations de 2020. Les pays qui ont établi un partenariat avec le GFF depuis trois ans ou plus (panneau b) ont réalisé des progrès plus importants, bien que les pays soutenus par le GFF depuis moins de trois ans (panneau c) se soient également améliorés en 2021.

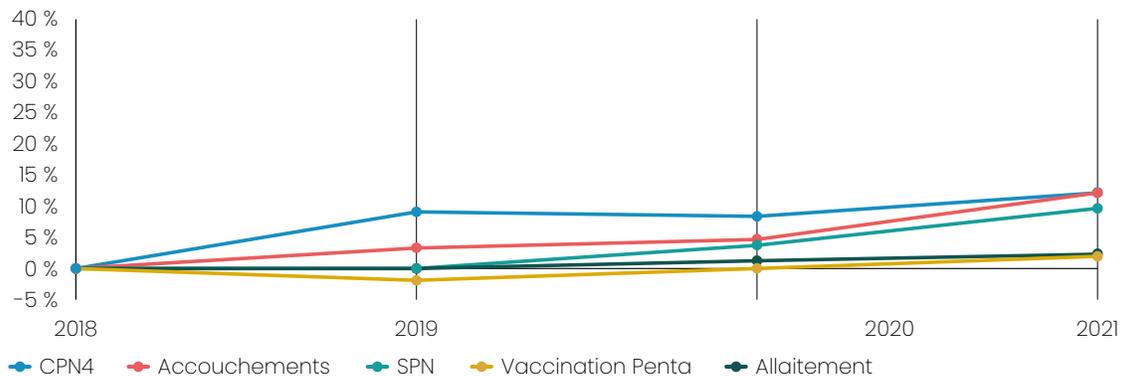
Figure 1.1. Tendances des soins de santé des pays partenaires du GFF pour les femmes, les enfants et les adolescents, 2017-2021, avec des changements médians par rapport à l'année de référence



a. Tous les pays soutenus par le GFF



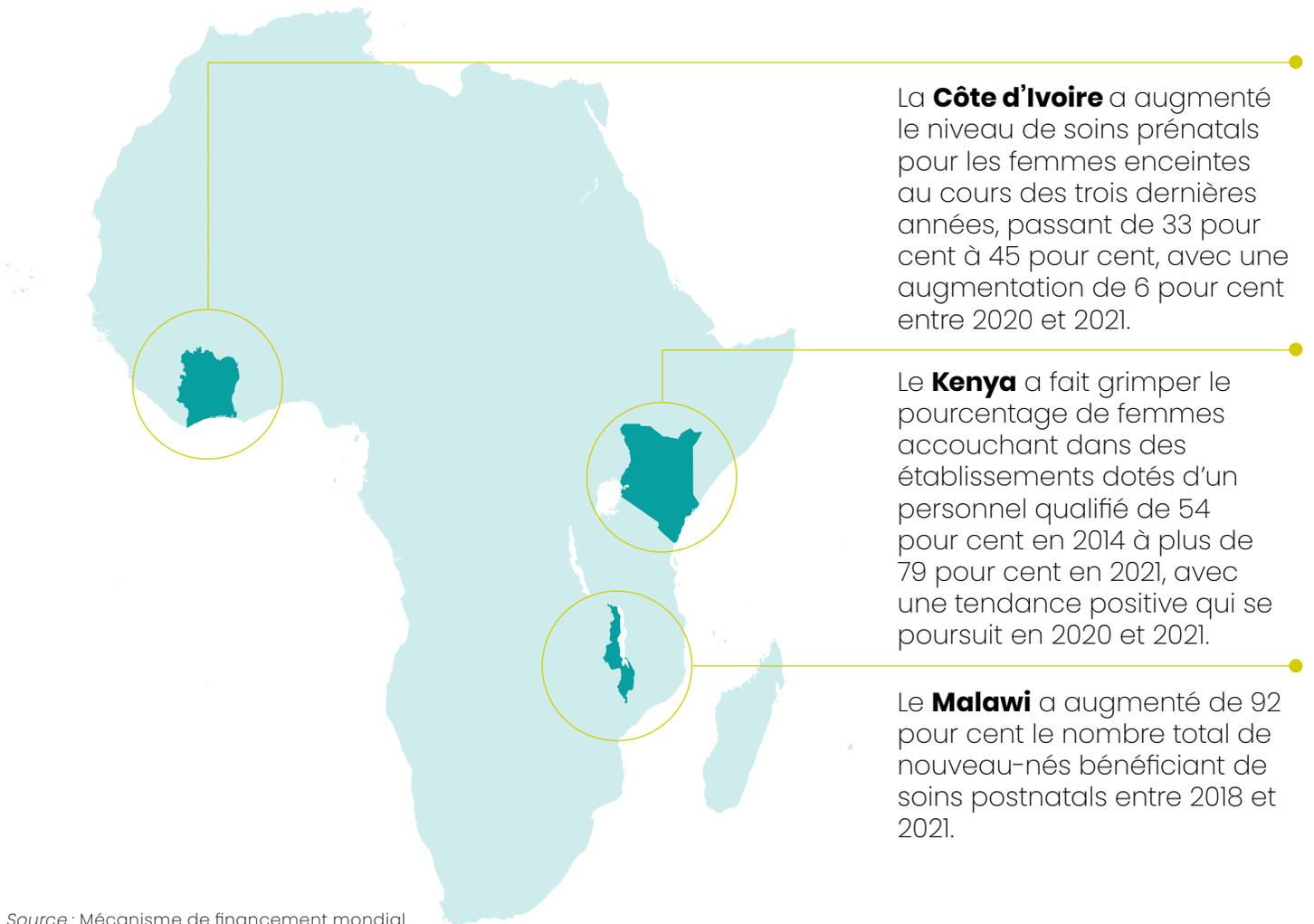
b. Pays mettant en œuvre depuis plus de 3 ans



c. Pays mettant en œuvre depuis 1 à 3 ans

Source : Mécanisme de financement mondial.

Exemples de pays travaillant avec le GFF depuis trois ans ou plus :



Ces progrès montrent comment l'investissement et la mise en œuvre de changements systémiques se traduisent par des progrès et une résilience durables, aujourd'hui et à l'avenir. Ces progrès sont particulièrement remarquables compte tenu des multiples défis auxquels les pays à faible revenu ont été confrontés ces dernières années et soulignent l'importance du leadership national qui donne la priorité à des systèmes de santé solides, financés de manière durable et mis en place pour répondre aux besoins des femmes et des enfants. Alors que le monde est confronté à des défis nouveaux et émergents liés au changement climatique, aux conflits, à l'insécurité alimentaire et à l'augmentation des inégalités, il est plus important que jamais de disposer de systèmes de santé solides.

Malgré les turbulences économiques et les pressions exercées sur les systèmes de santé par la pandémie de COVID-19, les pays soutenus par le GFF continuent de donner la priorité à la santé des femmes, des enfants et des adolescents. Depuis le début de leur partenariat avec le GFF, les pays ont atteint les objectifs suivants³ :

3. Les bénéficiaires ne sont inclus dans l'analyse qu'à partir de la première année de mise en œuvre du dossier d'investissement ou du projet de la Banque mondiale. La source des trois premiers points est constituée des données partagées par les pays dans le cadre du processus annuel convoqué par le GFF, sur la base des systèmes nationaux de gestion de l'information sanitaire et des enquêtes périodiques. La source de données pour les contraceptifs modernes et les grossesses non désirées évitées est Track20.

Depuis le début de leur partenariat avec le GFF, les pays ont atteint :

Plus de

96

millions

de femmes enceintes ont bénéficié de quatre consultations prénatales ou plus



Plus de

103

millions

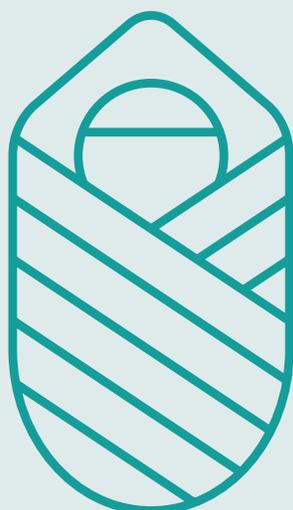
de femmes ont bénéficié de soins pour un accouchement sécurisé



111

millions

de nouveau-nés avec un démarrage précoce de l'allaitement maternel

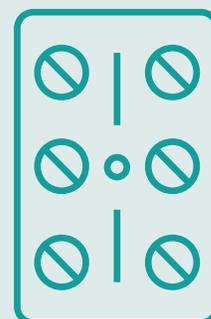


Plus de

500

millions

d'utilisateurs de contraceptifs modernes permettant d'éviter plus de 187 millions de grossesses non désirées



Des progrès mitigés et des inégalités persistantes en matière de santé

Si ces statistiques donnent des raisons d'espérer et prouvent la résilience de nombreux pays et communautés, les perturbations et les chocs économiques ont entraîné des progrès inégaux et en ont même inversé certains. Par exemple, quatre pays ayant signalé une augmentation des vaccinations infantiles avant la pandémie ont connu une baisse en 2021.

En outre, les progrès ont été inégaux au sein des pays. Si certains pays ont pu surmonter les perturbations, 60 pour cent des pays soutenus par le GFF ont vu une augmentation de l'écart d'inégalité géographique pour les soins postnatals. En outre, les disparités régionales en matière de couverture vaccinale Penta3 ont augmenté dans 50 pour cent⁴ des pays partenaires du GFF.

Dans le même temps, grâce au leadership des pays et des communautés et aux investissements réalisés les années précédentes, certains pays ont pu limiter les dégâts. Dans les pays qui travaillent depuis le plus longtemps avec le GFF et où les investissements ont donné la priorité à la santé des femmes, des enfants et des adolescents, le tableau est plus positif – les écarts d'équité se réduisent et la couverture des services de santé essentiels augmente.

Par exemple, les disparités régionales dans la couverture d'au moins quatre visites de consultations prénatales (CPN4+) ont diminué dans 10, soit 56 pour cent, des pays qui ont mis en œuvre leur dossier d'investissement depuis plus d'un an et qui ont communiqué des données de couverture. Pour la majorité de ces pays (8 sur 10), l'augmentation de l'équité est due à l'amélioration des soins liés à la grossesse dans les 25 pour cent de régions les plus défavorisées.

Une tendance similaire est observée dans les services de droits et santé sexuels et reproductifs (DSSR), avec cinq pays, soit 56 pour cent, affichant une diminution de l'inégalité géographique. Les écarts ont également été comblés dans le domaine des soins postnatals. Par exemple, au **Mozambique**, les inégalités de couverture ont été réduites de moitié, la couverture dans les régions les moins performantes passant de 83 pour cent à 89 pour cent entre 2017 et 2021, tout en restant globalement stable dans les régions les plus performantes (à 92 pour cent et 93 pour cent respectivement).

Des progrès inégaux entre les pays :



Les taux de vaccination ont chuté dans certains pays en 2021

Des progrès inégaux au sein des pays :



Les écarts d'équité pour les soins postnatals ont augmenté dans 60 % des pays soutenus par le GFF



Les écarts d'équité pour les vaccinations ont augmenté dans 5 pays sur 10 soutenus par le GFF

4. 5 des 10 pays partenaires du GFF ayant communiqué des données de couverture infranationale pour la vaccination Penta3 ont vu une augmentation de l'inégalité géographique.



Section

2

Aider les pays à mettre en place les bases de systèmes de santé qui bénéficient aux femmes, aux enfants et aux adolescents



« Avec le soutien du GFF, nous avons mis en œuvre des réformes clés dans le financement de la santé et les soins de santé primaires communautaires, afin de garantir que toutes les femmes et tous les enfants puissent accéder aux services dont ils ont besoin. Nos efforts collectifs permettent de mettre en place des systèmes de santé plus résilients et équitables, capables de résister à des crises multiples et d'assurer de meilleurs résultats en matière de santé et de nutrition pour tous. »

— **Dr Daniel Ngamije, ministre de la Santé du Rwanda**

En réponse à la forte demande des pays et dans le cadre de sa stratégie pour 2021-2025, le Mécanisme de financement mondial (GFF) aide les gouvernements à réaliser des investissements intelligents dans des orientations stratégiques clés afin d'accélérer les progrès vers une meilleure santé des femmes, des enfants et des adolescents.

Il s'agit notamment (1) de consolider les données des systèmes nationaux et les efforts de collecte rapide de données pour suivre les progrès, éclairer les décisions politiques et conduire les réformes ; (2) de promouvoir un financement durable de la santé en comprenant comment le secteur de la santé est financé ; (3) de reconfigurer la prestation de services et de renforcer les soins de santé primaires dans les communautés ; et (4) de renforcer le leadership des pays, l'alignement des partenaires et l'engagement des organisations de la société civile (OSC) et des jeunes dans le processus décisionnel.

Le modèle logique du GFF utilise de multiples approches de mesure pour suivre l'engagement à tous les niveaux du processus du GFF. Le modèle permet de rendre explicite la théorie holistique du changement selon laquelle les intrants, les activités et les réformes prioritaires mènent à des résultats à court terme, à des résultats à moyen et à long terme et, finalement, à un impact mesurable sous la forme d'une amélioration de la santé des femmes, des enfants et des adolescents et d'un renforcement des systèmes de financement permettant des avantages durables en matière de santé au fil du temps.

Cette année, les mesures du modèle logique du GFF (voir la **Figure 2.1**) montrent qu'un plus grand nombre de pays ont achevé les dossiers d'investissement, donné la priorité aux systèmes de santé et aux réformes de financement, et progressé dans la mise en œuvre. Le nombre de pays en voie d'obtenir de meilleurs résultats en matière de santé reproductive, maternelle, néonatale, de l'enfant et de l'adolescent, et de nutrition (SRMNEA-N) a augmenté, ce malgré les défis associés aux effets directs et indirects de la COVID-19. Par exemple, au cours de l'année écoulée, le nombre de pays présentant une amélioration de 75 pour cent ou plus de leurs indicateurs de résultats pour la mère et le nouveau-né est passé de 13 à 16 et le nombre de pays présentant des améliorations similaires au niveau des indicateurs de résultats pour la nutrition est passé de 9 à 18.

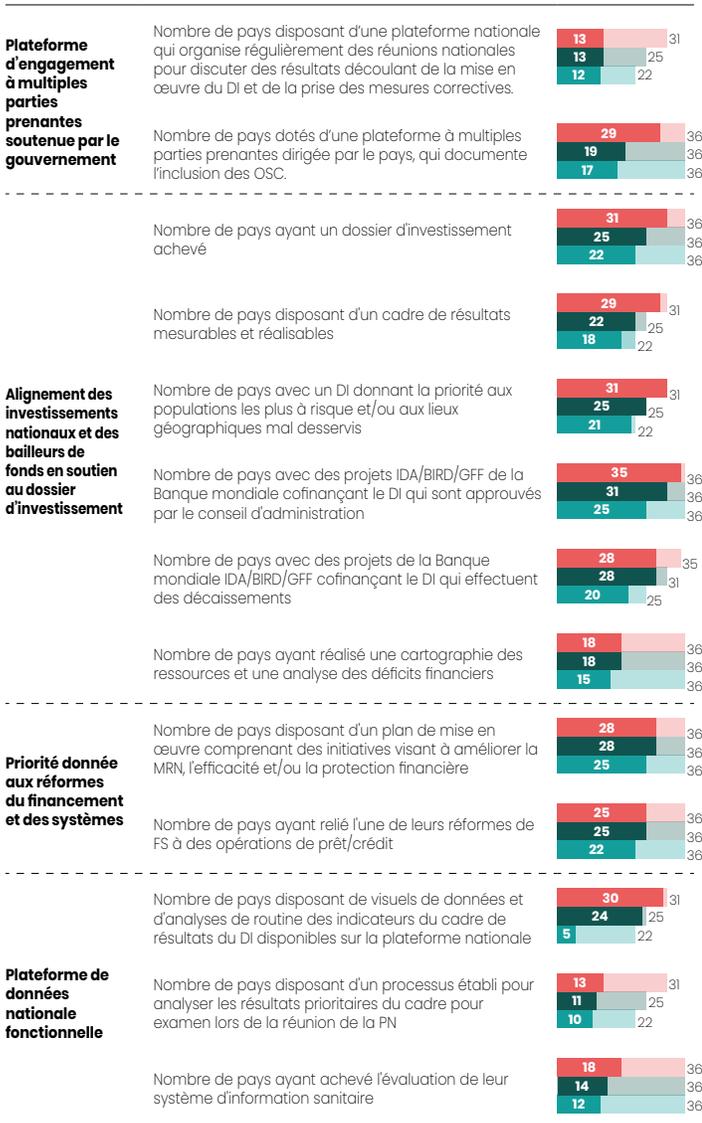


Figure 2.1.

Progrès par rapport au modèle logique du GFF

Les tableaux ci-dessous résument les progrès et les réalisations en matière de produits, de résultats et d'indicateurs d'impact dans l'ensemble du modèle logique du GFF, en date de juin 2022. Ils fournissent également un résumé des domaines prioritaires tels que la SRMNEA-N, le financement de la santé, le renforcement des systèmes de santé et l'équité inclus dans les dossiers d'investissement nationaux.

Indicateurs de produits



Indicateurs de résultats à moyen terme



Domaines programmatiques

Pays incluant une zone dans un projet du DI ou de la BM	SRMNEA-N									
	Santé du nouveau-né	Santé de l'enfant	Santé des adolescents	Santé maternelle	Santé (autre)	DSSP/Planification familiale	Nutrition du nouveau-né	Nutrition des enfants	Nutrition des	Nutrition des
Pays incluant une zone dans un projet du DI ou de la BM	28	31	29	31	13	30	27	30	2	2
Afghanistan	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Bangladesh	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Burkina Faso	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Cambodge	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Cameroun	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
République centrafricaine	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Tchad	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Côte d'Ivoire	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
RDC	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Éthiopie	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Ghana	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Guatemala	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Guinée	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Indonésie	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Kenya	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Libéria	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Madagascar	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Malawi	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Mali	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Mozambique	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Niger	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Nigeria	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Rwanda	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Sénégal	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Sierra Leone	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Somalie	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Tanzanie	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Ouganda	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Vietnam	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Zambie	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Zimbabwe	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓

Source : Mécanisme de financement mondial.

« Le gouvernement du Tadjikistan s'est engagé à accélérer les réformes du système de santé afin de créer une base pour la croissance économique et la prospérité futures du Tadjikistan. Grâce à notre collaboration avec le GFF, nous donnons la priorité aux investissements visant à mettre en place des systèmes de santé plus résilients, capables de résister à de multiples chocs et de répondre aux besoins de l'ensemble des femmes, des enfants et des adolescents. »

—Yusuf Majidi, vice-ministre des Finances du Tadjikistan et coordinateur du GFF pour le Tadjikistan

Être un levier pour le financement durable de la santé

Avec les dossiers d'investissement des gouvernements établissant la stratégie pour la santé des femmes, des enfants et des adolescents, le GFF mobilise des financements par le biais de subventions provenant de son fonds fiduciaire à multiples bailleurs (le Fonds fiduciaire du GFF), de financements de l'Association internationale de développement (IDA), de la Banque internationale pour la reconstruction et le développement (BIRD) et d'accords bilatéraux.

De façon critique, le gouvernement investit les fonds nationaux dans la stratégie de santé et vise à augmenter son financement de la santé au fil du temps. Une étape cruciale de ce travail est la cartographie des ressources et le suivi des dépenses (CRSD) – un exercice soutenu par le GFF. Grâce à la CRSD, les pays comprennent mieux comment le secteur de la santé est financé, combien d'argent est nécessaire pour financer leur stratégie pour la santé des femmes, des enfants et des adolescents, où se trouvent les lacunes, et comment ces lacunes peuvent être comblées par des ressources supplémentaires, des gains d'efficacité ou une définition des priorités, et pour assurer l'alignement entre les différentes sources de financement.

Au cours de l'exercice fiscal (FY) 2021–22, 10 pays partenaires supplémentaires du GFF ont achevé la CRSD, ce qui porte à 28 le nombre total de pays ayant terminé l'exercice, depuis 2019⁵. Alors que la pandémie se poursuivait en 2022, la CRSD a montré comment les gouvernements et les partenaires de développement ont travaillé ensemble pour aligner le soutien derrière les priorités des pays afin de faire face à la crise prolongée.

Comme l'illustre la **Figure 2.2**, au cours de l'exercice 2021–22, les gouvernements et les partenaires de développement ont uni leurs efforts pour allouer⁶ 4,8 milliards de dollars américains de financement supplémentaire à des domaines prioritaires de santé spécifiques décrits dans les dossiers d'investissement menés par les pays, portant les engagements cumulés sur la période 2019–2022 à 19,1 milliards de dollars américains dans 28 pays. Sur ce total, le cofinancement du GFF et de la Banque mondiale (6 pour cent) a contribué à catalyser l'allocation des gouvernements (56 pour cent) ainsi que le financement des partenaires mondiaux (38 pour cent). La nature catalytique du financement du GFF a aidé à débloquer des ressources pour soutenir les plans de santé prioritaires des pays.

5. Les pays qui ont réalisé une CRSD entre juillet 2021 et juin 2022 comprennent le Burkina Faso, le Cameroun, la République centrafricaine, le Ghana, la Guinée, le Sénégal, la Sierra Leone, le Tadjikistan, la Tanzanie et l'Ouganda. Les pays qui ont une CRSD en cours, y compris les conversations initiales de cadrage, comprennent l'Afghanistan, la République centrafricaine, le Tchad, la Côte d'Ivoire, la République démocratique du Congo, l'Éthiopie, le Ghana, l'Indonésie, le Libéria, le Malawi, la Mauritanie, le Mozambique, le Niger, le Nigeria, le Pakistan, le Rwanda, le Sénégal, la Sierra Leone, la Somalie, la Zambie et le Zimbabwe. Les pays qui n'ont pas achevé ou commencé une CRSD au cours de l'année écoulée sont le Bangladesh, le Cambodge, Haïti, le Guatemala, le Kenya, Madagascar, le Mali, le Myanmar et le Vietnam.

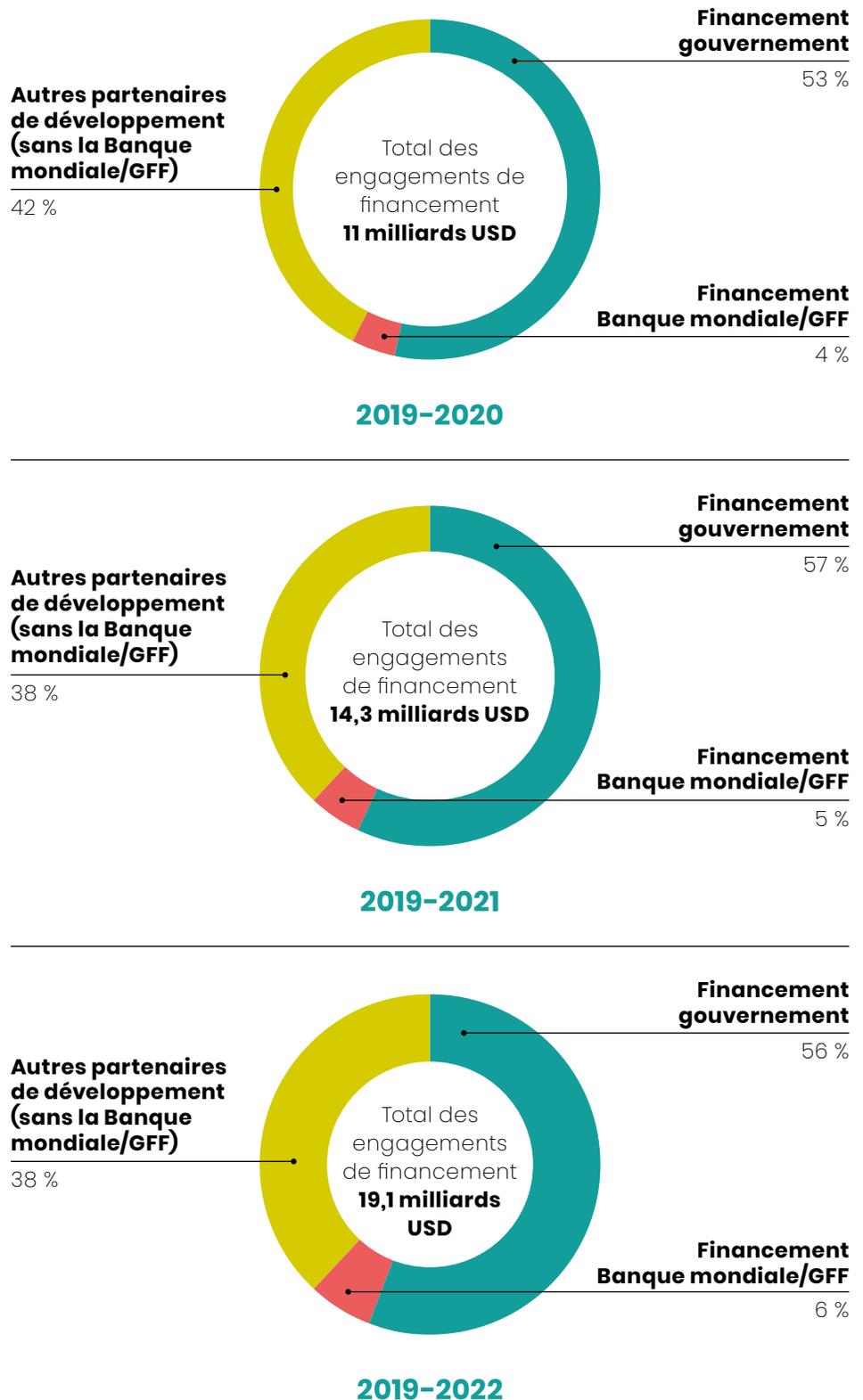
6. *Note interne* : Le coût total des dossiers d'investissement/stratégies sanitaires n'est pas inclus car quatre des pays qui ont achevé une CRSD n'ont pas effectué de chiffrage.

Les impacts plus larges de la COVID-19 et des chocs économiques

La COVID-19 et d'autres crises mondiales ont produit un double choc pour de nombreux pays, car la santé de la population et les économies nationales ont toutes deux souffert. Les dépenses dans 47 pays à faible revenu devraient baisser et rester en dessous des niveaux préandémiques jusqu'en 2026. Pour maintenir la croissance de leurs dépenses de santé à des taux préandémiques, les gouvernements de certains pays à faible revenu devront, en moyenne, doubler la part de leurs dépenses de santé.

Source : [From Double Shock to Double Recovery – Old Scars, New Wounds: Technical Update #2](#), Banque mondiale (sept. 2022)

Figure 2.2. Engagements financiers en faveur des dossiers d'investissement pilotés par les pays



Source : Mécanisme de financement mondial.

Catalyser davantage d'investissements de l'IDA en faveur de la santé des femmes, des enfants et des adolescents

L'une des promesses du modèle du GFF lors de sa création en 2015 était de créer un financement plus important et de meilleure qualité pour la santé des femmes, des enfants et des adolescents. Cette année fournit la preuve consolidée que la collaboration avec la Banque mondiale au cours des sept dernières années a mené à un financement IDA de la Banque mondiale plus important pour la SRMNEA-N. Suite à l'engagement du GFF, la part du financement de la Banque mondiale dans les pays partenaires du GFF allouée à la SRMNEA-N a augmenté de plus de 15 pour cent à la fin de l'exercice fiscal 2021. Un montant supplémentaire de 1,7 milliard de dollars américains a été alloué à la SRMNEA-N dans les pays soutenus par le GFF entre 2015 et février 2020, uniquement. Ce soutien s'ajoute aux 589 millions de dollars américains approuvés pour la SRMNEA-N à partir du Fonds fiduciaire du GFF au cours de la même période.

Après le passage de la COVID-19, et alors que plusieurs pays partenaires du GFF ont donné la priorité et dirigé des ressources vers la réponse à la pandémie, on a observé une diminution de la part de l'IDA allant à la SRMNEA-N après mars 2020. En particulier, la part de l'IDA allant à la réponse à la pandémie dans les pays soutenus par le GFF est passée de <0,1 pour cent à 13,4 pour cent, soulignant l'importance cruciale de maintenir l'accent sur la santé et le bien-être des femmes, des enfants et des adolescents.

Mobiliser davantage de ressources nationales pour la santé

En plus de l'effet catalyseur du GFF sur les ressources de l'IDA, le GFF a travaillé avec des gouvernements utilisant le financement de la Banque mondiale comme point d'entrée pour encourager les réformes du financement de la santé. Par exemple, en **République centrafricaine**, le GFF a facilité l'alignement du soutien autour du programme de financement basé sur la performance du pays. Cela a contribué à l'augmentation des ressources tant nationales qu'externes, entraînant plus qu'un doublement du budget alloué à l'ensemble des services de SRMNEA-N du pays, passant de 4 pour cent de 2017 à 2019, à 9,3 pour cent de 2020 à 2022. Parallèlement, l'amélioration des dépenses de première ligne et l'alignement des bailleurs de fonds ont mené à une augmentation de 5 pour cent de l'allocation des ressources pour les soins de santé primaires.

République centrafricaine :
Augmentation de l'allocation
de ressources pour les soins
de santé primaires de

5 %

Engager les femmes dans le plaidoyer en faveur du budget de la santé

L'amélioration de la santé des femmes est un objectif clé de la réalisation de la couverture sanitaire universelle. La voix des femmes est essentielle pour réussir le plaidoyer en faveur de l'augmentation des budgets de santé et de l'amélioration de la transparence des flux financiers vers la santé. L'initiative du Programme d'apprentissage conjoint (JLA) a entraîné des organisations pilotées par des femmes, WACI Health (Kenya) et Impact Santé Afrique (Cameroun) pour mener et gérer son programme de renforcement des capacités. L'inclusion des femmes et la représentation des femmes étaient des critères clés pour la sélection des organisations non gouvernementales qui bénéficieraient des activités de renforcement des capacités. En conséquence, dans cinq des 20 pays participants (25 pour cent), les deux formateurs sélectionnés sont des femmes. Dans 75 pour cent des pays, au moins un des formateurs est une femme, et plus de 50 pour cent des participants aux formations dans les pays sont des femmes.



Le GFF soutient également les OSC pour qu'elles plaident en faveur de réformes du financement de la santé. En collaboration avec le Fonds mondial, le GFF a financé le lancement du programme d'apprentissage conjoint (JLA) sur le financement de la santé et la couverture sanitaire universelle. Cette initiative, à laquelle participent le [Partenariat pour la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant, Gavi, CSU 2030](#), [Impact Santé Afrique \(ISA\)](#), et [WACI Health](#), vise à élaborer un programme de formation et de renforcement des capacités pour les OSC d'Afrique subsaharienne afin de consolider le plaidoyer de base en faveur de l'augmentation des budgets nationaux pour la santé et de l'amélioration de la redevabilité et de la transparence des flux de financement des gouvernements et des bailleurs de fonds.

L'**Encadré 2.1** présente le groupe de travail sur l'alignement (AWG), créé par le GFF en 2021 avec l'objectif de promouvoir les progrès en matière de financement de la santé et de prestation de services, en se concentrant sur les pays partenaires de toute l'Afrique subsaharienne.

Encadré 2.1 Groupe de travail sur l'alignement

À la demande des gouvernements des pays et des membres du Groupe des investisseurs du Mécanisme de financement mondial (GFF), le groupe de travail sur l'alignement (AWG) a été créé en 2021. L'AWG est présidé par Dr Lia Tadesse, ministre de la Santé de l'**Éthiopie**, et comprend les ministres de la Santé des pays partenaires du GFF, dont le **Burkina Faso**, la **République centrafricaine**, la **Côte d'Ivoire**, le **Ghana**, le **Rwanda**, le **Sénégal** et la **Sierra Leone**, ainsi que les partenaires mondiaux du Groupe des investisseurs.

L'objectif de l'AWG est de faire progresser le programme d'alignement sur le financement de la santé et la prestation de services au niveau national et de renforcer la voix des pays partenaires dans le dialogue autour des efforts visant à mieux aligner l'assistance technique et les ressources pour soutenir les priorités nationales. Au niveau du pays, un cadre d'alignement emploie un exercice de diagnostic qui met en place les informations et les processus existants pour comprendre les défis et les opportunités ayant un impact sur l'alignement mené par le pays et cartographier ces facteurs selon un modèle de maturité. Cela constitue la base d'un dialogue plus approfondi entre les parties prenantes actives dans le système de santé

dans le but d'élaborer un plan d'action pour renforcer l'alignement. Au niveau mondial, un réseau ministériel sert de plateforme pour créer une approche harmonisée afin d'influencer le programme de santé mondial en ce qui concerne l'apprentissage et le soutien par les pairs.

En 2022, l'AWG a lancé une initiative pilote pour aider à faire progresser l'alignement autour du financement et de la prestation des services de santé. Une série d'ateliers d'orientation a été effectuée, notamment en Éthiopie et en République centrafricaine. Au Rwanda une série de réunions d'accueil a été organisée avec diverses parties prenantes, notamment les partenaires de développement et la société civile. Les participants aux ateliers ont pu partager leurs expériences et les enseignements tirés en matière d'importance de l'engagement politique, de moyens d'améliorer l'efficacité, d'approches pour atteindre les populations mal desservies ainsi que la création d'un mécanisme pour un effort plus coordonné dans la prestation de services de santé. En s'appuyant sur cette première étape, ces pays vont effectuer l'exercice de diagnostic et élaborer des plans d'action pour améliorer le niveau d'alignement.

Source : Mécanisme de financement mondial.



Soutien accru aux pays pour protéger les services de santé essentiels, en mettant l'accent sur les soins primaires

Alors que les pays du monde entier élaborent des stratégies pour faire face aux déficits de santé induits par la pandémie, on craint de plus en plus que les pertes s'enracinent dans des systèmes plus faibles, avec des risques persistants pour les femmes et les enfants. Par exemple, certains services offerts gratuitement avant la pandémie sont maintenant payants, diminués ou complètement arrêtés en raison des nouvelles contraintes de ressources.

Pour contrer cette tendance, le GFF a accéléré l'assistance technique et fourni un financement immédiat par subvention jusqu'en 2021 et 2022, afin de garantir un accès équitable aux services de santé essentiels, tout en s'attaquant aux goulots d'étranglement du système dans les efforts de réponse à la COVID-19. Ce financement immédiat sous forme de subventions a permis de mobiliser des ressources supplémentaires de l'IDA pour cofinancer les services essentiels, minimiser les perturbations des services de santé et mettre en place des systèmes de soins de santé primaires plus solides pour l'avenir.

À ce jour, le Comité du Fonds fiduciaire du GFF a approuvé des subventions (« EHS ») et une assistance technique pour les services de santé essentiels (SSE) COVID-19 pour 24 pays, liées à 1,1 milliard de dollars américains de projets IDA et BIRD sur les systèmes de santé et la COVID-19. La souplesse du financement du GFF, en particulier, a permis de garantir l'inclusion des SSE dans la conception des projets. Les activités incluses visent à combler les principales lacunes en matière de prestation de services et de produits de base, ainsi qu'à renforcer les services communautaires de première ligne et les services de soins de santé primaires. Quinze subventions sont en cours de mise en œuvre et 14 autres pays ont demandé un soutien. En moyenne, les subventions EHS atteignent le stade de la mise en œuvre deux à trois fois plus rapidement que les subventions ordinaires.

En 2021-2022, le GFF a fourni une assistance technique urgente et un cofinancement avec la Banque mondiale dans

24
pays

pour soutenir la préparation aux situations d'urgence, le déploiement des vaccins COVID-19, la santé communautaire et la capacité d'appoint des agents de santé, le coût des services et les pénuries de produits de planification familiale.

L'analyse du GFF dans 18 pays a montré que la diminution de l'utilisation des services au cours des deux premières années de la pandémie de COVID-19 s'est traduite par près de 114 000 décès évitables chez les enfants et les mères. Cela représente une augmentation de la mortalité infantile et maternelle de 3,6 pour cent et 1,5 pour cent respectivement. Avant la pandémie, la mortalité maternelle diminuait en moyenne de 2,9 pour cent par an.

Ces décès évitables sont une énorme tragédie. Ils ne sont pas non plus la seule façon dont les femmes et les enfants des communautés les plus pauvres ont souffert pendant la pandémie. Les femmes ont connu un taux de chômage plus élevé et des pertes en matière de garde d'enfants, ainsi qu'une perte d'accès aux services sexuels et reproductifs.

Les subventions EHS visent spécifiquement à restaurer et à protéger les services de santé essentiels dans le cadre de crises multiples, notamment la pandémie de COVID-19. Sur la base des priorités nationales, les subventions améliorent les capacités de santé publique pour la préparation aux situations d'urgence (par exemple, en **Afghanistan** et au **Honduras**), se concentrent sur les besoins urgents et financent le déploiement de la livraison et de la distribution du vaccin COVID-19 (comme à **Madagascar**, au **Burkina Faso**, au **Mozambique** et en **Sierra Leone**), renforcent les systèmes de santé communautaires et la capacité d'intervention des agents de santé (en Ouganda, par exemple), et encouragent la demande et l'accès aux services de santé essentiels.

La plupart des pays utilisent également les subventions EHS pour améliorer l'accessibilité et la qualité des services de santé essentiels : le Cambodge a utilisé les fonds des EHS pour couvrir les coûts des services de santé et améliorer l'utilisation des services en augmentant la sensibilisation, en réduisant les obstacles et en améliorant le système d'information sanitaire ; le **Ghana** a utilisé la subvention pour renforcer les soins de santé primaires au niveau du sous-district ; et une subvention EHS a aidé la **République centrafricaine** à offrir aux femmes et aux enfants les plus vulnérables des services de santé vitaux grâce à un modèle de financement basé sur la performance et en finançant un ensemble d'interventions de base fournies par des agents de santé communautaires. En outre, au moins neuf pays partenaires du GFF s'attaquent actuellement aux graves pénuries de produits de planification familiale grâce à des subventions EHS du GFF, en tandem avec l'IDA.

Révéler les lacunes : une approche basée sur les données

Le bon fonctionnement des systèmes de santé nécessite des procédures de collecte et d'analyse des données pour évaluer les besoins d'une population et répondre aux perturbations. Le suivi en temps opportun des services de santé maternelle et infantile est particulièrement important pour prévenir les résultats négatifs. Par exemple, les retards dans les services de santé reproductive et infantile risquent d'avoir des effets à long terme, notamment des maladies et des décès, qui peuvent être évités grâce à des soins réguliers⁷. Des services prénatals soutenus permettent d'identifier et d'atténuer les complications liées à la grossesse grâce à une détection précoce, et les vaccinations régulières des enfants sont un moyen efficace de prévenir les maladies futures. La perturbation des services de droits et santé sexuels et reproductifs (DSSR) et la fermeture des écoles augmentent le nombre de grossesses non désirées chez les adolescentes.

Pour mieux comprendre les déficits potentiels à long terme des services de santé et les problèmes à court terme, y compris les perturbations liées aux pandémies, le GFF a élaboré un ensemble d'approches d'assistance technique à cycle rapide, connues sous le nom de FASTR (Outils d'évaluation et de surveillance fréquents pour la résilience), pour que les pays puissent suivre les performances de leur système de santé et améliorer la qualité et l'actualité des données disponibles pour la prise de décision. Cinq approches sont utilisées pour répondre aux besoins des pays :

- **Les enquêtes à cycle rapide sur les établissements de santé, utilisées dans 11 pays**, fournissent un aperçu complet de la capacité des soins de santé primaires à fournir des services de manière efficace, en recueillant des informations sur les chocs, la disponibilité des services, l'infrastructure, le financement, les ressources humaines, les fournitures et équipements médicaux, le leadership et la coordination, l'engagement communautaire et la qualité des soins.

7. <https://www.gavi.org/vaccineswork/covid-19-has-turned-back-decades-progress-reducing-maternal-and-child-deaths>

En utilisant la méthode FASTR, des lacunes ont été identifiées dans les dimensions essentielles à la résilience du système de santé : obstacles aux soins, capacité de pointe, fournitures médicales, infrastructures, personnel de santé, prévention et contrôle des infections, financement et communications. Des capacités complètes dans chaque dimension sont nécessaires pour une résilience optimale du système de santé dans le cadre de services de soins de santé primaires efficaces ainsi que dans les situations d'urgence sanitaire.

Source : Mécanisme de financement mondial.

- **L'assistance technique soutenant l'analyse régulière et en temps voulu des données du système de gestion de l'information sanitaire, utilisée par 22 pays**, fournit des informations sur la qualité des données, les niveaux d'utilisation des services et les tendances de la couverture des services prioritaires de SRMNEA-N.
- **Des enquêtes à haute fréquence auprès des ménages, utilisées dans 85 pays**, fournissent des informations sur l'utilisation des services de santé, le renoncement aux soins et la satisfaction des patients à l'égard des services de santé.
- **Des études qualitatives rapides, en cours dans 4 pays**, fournissent des mécanismes de retour d'information aux décideurs politiques afin d'étudier rapidement les problèmes émergents des systèmes de santé ou de générer des connaissances et de permettre l'apprentissage à partir de réformes et d'adaptations réussies.
- **Le renforcement des capacités pour l'utilisation des données** comprend le développement des compétences pour demander, analyser et interpréter des données pour des décisions pertinentes relatives aux politiques.

Si ce travail découle de la mesure des perturbations de la santé des femmes, des enfants et des adolescents pendant la phase aiguë de la pandémie, ses applications ont une portée considérable. En mettant en place cette capacité, les pays élaborent des processus en temps quasi réel pour générer, analyser et utiliser les données afin de suivre la prestation des services de santé – ce qui se traduit par une meilleure connaissance qui permet aux gouvernements de mobiliser des ressources, d'adapter les plans et de répondre aux besoins.

La nécessité pour les systèmes de santé de réagir rapidement à l'évolution des conditions en fonction des données a été observée pendant la pandémie. Dans le cadre des adaptations mises en place pour répondre aux contraintes de ressources, 77 pour cent des établissements de santé de trois pays ont déclaré fournir tous les soins en une seule consultation pour les multi-morbidités et 76 pour cent des établissements de quatre pays ont donné la priorité aux consultations des patients à haut risque. En outre, la majorité des établissements du Bangladesh sont passés à la téléconsultation tandis que la Guinée et le Guatemala ont réagi aux lacunes révélées en planifiant des activités de rattrapage communautaires dans 75 pour cent des établissements.

Dans l'ensemble du portefeuille, l'adaptation des services a permis d'atténuer certains des dommages collatéraux de la pandémie de COVID-19 grâce à des campagnes de rattrapage ; toutefois, ces activités pourraient cacher des problèmes d'équité au sein des pays. En outre, les disparités liées au genre continuent de nuire à l'accès à la santé. Grâce à la collaboration du GFF et de la Banque mondiale, des enquêtes rapides sur les ménages dans 39 pays ont révélé que les ménages dirigés par des femmes étaient entre 20 pour cent et trois fois plus susceptibles de renoncer aux soins de santé que les ménages dirigés par des hommes. De plus, dans la plupart des pays, les services spécifiques au genre tels que la planification familiale étaient et restent les services de santé les plus touchés (5,4 pour cent d'utilisation en moins en mars 2022), ce qui nuit de manière disproportionnée à la santé des femmes et des enfants.

L'approche du GFF, axée sur les données et l'équité, permet aux pays de voir au-delà des résultats globaux et de démasquer ces inégalités. En utilisant des données de qualité et en intégrant systématiquement une optique de genre et d'équité, les pays sont en mesure de comprendre quels services de santé et quels groupes de population sont les plus à risque, d'identifier les besoins les plus prioritaires et de cibler les populations les plus vulnérables au sein des communautés. Ces expériences nationales peuvent éclairer la manière dont nous planifions, finançons et catalysons les efforts à mesure que nous nous éloignons de la phase aiguë de la pandémie. Les systèmes élaborés pour suivre les changements de l'offre et de la demande dans l'utilisation des services pendant la pandémie ont le potentiel de fournir les informations en temps réel nécessaires pour répondre aux chocs sanitaires et renforcer les systèmes de santé d'une manière inimaginable il y a seulement trois ans.

L'Encadré 2.2 détaille la manière dont le GFF répond aux besoins des pays en matière d'amélioration des soins aux nouveau-nés de petite taille et malades.

Encadré 2.2 Répondre aux besoins des pays en matière de soins aux nouveau-nés de petite taille et malades

La réduction de la mortalité néonatale est un indicateur d'impact essentiel pour les pays partenaires du Mécanisme de financement mondial (GFF). Environ 15 pour cent de tous les bébés nés ont besoin d'un certain niveau de soins hospitaliers pour traiter les complications de la prématurité, les infections et autres affections du nouveau-né. Sur les quelque 2,5 millions de bébés qui meurent au cours de leurs 28 premiers jours de vie, environ 80 pour cent sont considérés comme ayant un faible poids à la naissance. L'extension des soins aux nouveau-nés de petite taille et malades est un élément essentiel pour atteindre les cibles fixées par l'Objectif de développement durable (ODD) 3 pour réduire les taux de mortalité néonatale.

Les soins aux nouveau-nés de petite taille et malades se distinguent des soins de routine et nécessitent des ressources supplémentaires, tant au niveau du nombre que des compétences des agents de santé qui s'occupent des bébés de petite taille et malades, de la mise en place et de l'organisation des

salles de travail et de soins postnatals, de produits médicaux supplémentaires et de systèmes d'aiguillage opportuns entre les différents niveaux de soins. En septembre 2020, le Plan d'action pour chaque nouveau-né (ENAP) a débloqué quatre objectifs aux niveaux national et infranational pour 2025, notamment l'augmentation des unités de soins aux nouveau-nés hospitalisés à au moins une unité de soins spéciaux néonatales dans 80 pour cent des districts (objectif numéro 4).

Les normes de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) pour les soins aux nouveau-nés de petite taille et malades fournissent des directives pour les services cliniques et les paramètres nécessaires à la mesure des soins. Et des recherches récentes suggèrent que la méthode de la mère kangourou (MMK) immédiatement appliquée peut réduire la mortalité prématurée de 25 pour cent, ce qui nécessite de repenser la manière dont les établissements sont organisés pour prendre soin d'un nouveau-né de petite taille et malade,

étant donné l'importance de garder la mère auprès du nouveau-né pendant toute la durée de l'admission d'un nouveau-né malade.

Tous les pays partenaires du GFF ont approuvé les cibles de l'ENAP ; pourtant, les exigences du système de santé pour atteindre la quatrième cible n'ont pas été intégrées et les coûts ne sont pas bien définis. Le GFF répond à cette lacune en élaborant un outil de calcul des coûts en 2022 qui permet aux pays de planifier l'intensification des soins aux nouveau-nés. En **Zambie**, cet outil a permis de définir la gamme et la conception des investissements dans les soins aux nouveau-nés malades et de petite taille. Au **Ghana**, le GFF a élaboré un outil permettant de mieux estimer les coûts des soins aux nouveau-nés malades et de petite taille au niveau du district et, en Zambie, cet outil a été utilisé pour prendre des dispositions budgétaires pour trois établissements supplémentaires en matière de soins aux nouveau-nés.

Source : Mécanisme de financement mondial.



Soins de santé primaires : le fondement et la plateforme pour la santé et le bien-être

« Investir dans les soins de santé primaires et équiper les agents de santé et les établissements de santé sont fondamentaux pour atteindre les soins de santé universels. Notre partenariat avec le GFF reste essentiel pour développer et construire des systèmes de santé plus résilients et équitables. Ce partenariat, associé à nos efforts, nous permet d'accélérer les progrès en matière de santé, notamment chez les femmes, les enfants et les adolescents. »

—Dr Ouattara Djénéba, conseillère du Premier ministre, Côte d'Ivoire

Accent sur l'ÉQUITÉ

Des soins primaires et communautaires solides sont le fondement de systèmes de santé efficaces et équitables. Cela a été mis en évidence par la pandémie de COVID-19, lorsque les soins de santé primaires ont fourni des programmes de test et de traitement, des plans de vaccination, et ont souvent été les premiers à fournir des soins à de nombreuses personnes tombées malades. Si les soins de santé primaires ont constitué l'épine dorsale d'une grande partie de la réponse à la COVID-19, la fragilité des systèmes de santé a révélé la nécessité d'augmenter considérablement les investissements.

En plus de constituer la première ligne de réponse à la pandémie, les soins de santé primaires répondent aux besoins des femmes, des enfants et des adolescents, jour après jour. Qu'il s'agisse de fournir des établissements d'accouchement assisté et des soins prénatals et postnatals, d'administrer des vaccins aux enfants, de fournir des services de nutrition ou d'assurer l'accès à la planification familiale, les vies saines dépendent des soins de santé primaires.

Lorsqu'ils sont situés au sein des communautés ou à proximité, les soins de santé primaires permettent un accès équitable aux soins de santé essentiels. Grâce à la portée communautaire des soins de santé primaires, l'accès aux interventions sanitaires et nutritionnelles à fort impact et rentables est élargi. Cela améliore l'équité grâce à une prestation de services centrée sur la personne, et constitue une utilisation intelligente des fonds publics qui réduit les demandes sur les niveaux de soins secondaires et tertiaires, nécessitant d'importantes ressources.

Les impacts persistants de la COVID-19 sur les services de santé, associés aux luttes économiques auxquelles sont confrontés les pays et leurs populations, menacent de faire dérailler les progrès vers des soins de santé primaires complets et les efforts visant à garantir des soins abordables pour tous. Le sous-financement des systèmes de santé, le manque d'agents de santé formés, la faiblesse des chaînes d'approvisionnement en médicaments et autres produits de santé, et les années de scolarité perdues risquent d'inverser les améliorations de santé pré-COVID chez les femmes, les enfants et les adolescents. Le GFF lutte contre ce phénomène en soutenant les gouvernements pour qu'ils veillent à ce que des ressources durables soient mises à la disposition des plateformes de prestation de services de première ligne et qu'ils tirent parti des partenariats du GFF pour accroître les dépenses et améliorer la qualité des services de soins de santé primaires.

Par exemple, au **Mozambique**, le gouvernement a donné la priorité aux réformes du système de santé afin de rendre des services de qualité disponibles et abordables pour un plus grand nombre de femmes et d'enfants, notamment ceux qui vivent dans des zones reculées et difficiles à atteindre. Une subvention de 15 millions de dollars américains du GFF, reliée au financement de 80 millions de dollars américains de la Banque mondiale pour soutenir le programme de renforcement des soins de santé primaires du Mozambique, est en train d'aider le gouvernement à aborder deux domaines prioritaires : (1) renforcer la réponse de première ligne en se concentrant sur les soins de santé primaires ; et (2) améliorer la disponibilité des médicaments et des produits de santé essentiels dans les centres de santé par le biais de réformes de la chaîne d'approvisionnement qui tirent parti de l'expertise et des capacités du secteur privé. L'accès aux services et produits de santé essentiels est déterminant pour obtenir de meilleurs résultats en matière de santé maternelle et infantile. Grâce au partenariat de la chaîne d'approvisionnement du GFF avec la Fondation Bill & Melinda Gates (BMGF), MSD for Mothers et la Fondation United Parcel Service (UPS), le GFF fournit une voie pour appliquer l'expertise du secteur privé aux défis à relever au niveau national et aligner les parties prenantes autour de modèles et de solutions innovants axés sur l'équité. Au Mozambique, les experts en chaîne d'approvisionnement des équipes logistiques de Merck et d'UPS ont travaillé en étroite collaboration avec l'Autorité centrale des médicaments (CMA) du Mozambique, en collaboration avec Africa Resource Centre, VillageReach et Project Last Mile, afin d'élaborer une solution aux problèmes de livraison jusqu'au dernier kilomètre qui entraînent des ruptures de stock dans les établissements de santé.

Les partenaires ont soutenu la CMA pour qu'elle tire parti de la capacité logistique privée afin de compléter les forces de la chaîne d'approvisionnement du secteur public, en externalisant la distribution jusqu'au dernier kilomètre à des opérateurs privés qui livreraient les médicaments vitaux au nom de la CMA dans les communautés éloignées. Cette solution innovante vise également à rénover et à améliorer les entrepôts de CMA, et à mettre en place une capacité interne de gestion de la chaîne d'approvisionnement. Parallèlement à cette innovation publique-privée de la chaîne d'approvisionnement, le GFF soutient des réformes plus larges de la politique et de la prestation, ainsi que l'alignement du financement des partenaires autour du fonctionnement durable du nouveau réseau de la chaîne d'approvisionnement.

« L'innovation a un énorme potentiel pour transformer les systèmes de soins de santé primaires et accélérer les progrès en matière de santé et de nutrition des femmes, des enfants et des adolescents. MSD for Mothers est fière de faire partie de cette collaboration qui soutient les pays dans la conception et l'intégration d'innovations évolutives et durables qui améliorent la prestation de soins et de services dans les communautés les plus mal desservies. »

—Dr Mary-Ann Etiebet, vice-présidente adjointe, Équité en matière de santé et responsable, MSD for Mothers

Plus récemment, les efforts au Mozambique ont été soutenus par une subvention du GFF pour les services de santé essentiels, approuvée en juin 2021, afin de permettre au gouvernement de maintenir les services, en particulier au niveau communautaire, en comblant certaines des lacunes causées par la pandémie de COVID-19. Ce soutien a permis d'acheter des suppléments nutritionnels indispensables pour les mères et les enfants, tout en travaillant avec l'autorité centrale des médicaments pour améliorer la distribution de kits médicaux aux agents de santé communautaires.

Dans un autre exemple, le gouvernement de la Côte d'Ivoire donne la priorité aux investissements dans les soins de santé primaires afin de garantir que les femmes, les enfants et les adolescents des communautés les plus vulnérables puissent accéder à des services de qualité et abordables. Par le biais d'une subvention de 20 millions de dollars américains reliée à un projet de 200 millions de dollars américains de la Banque mondiale, le GFF aide le gouvernement à répondre à la fois à la prestation de services et à la demande en mettant en œuvre des réformes clés du système de santé et du financement pour renforcer les lignes de front tout en garantissant une couverture d'assurance santé pour les populations les plus pauvres.

L'**Encadré 2.3** montre comment le GFF travaille avec l'organisation non gouvernementale PAI pour soutenir les services de soins de santé primaires dans les pays en renforçant l'engagement des OSC aux niveaux national et mondial.

ENCADRÉ 2.3 Des organisations de la société civile renforcées et dotées de ressources

Avec les multiples crises qui touchent le monde, les voix de la société civile et des jeunes restent essentielles pour éclairer la prise de décision, promouvoir la redevabilité et protéger les services de santé essentiels pour les femmes, les enfants et les adolescents dans les communautés à risque. Depuis sa création en 2015, le Mécanisme de financement mondial (GFF) a fourni des subventions et une assistance technique pour renforcer l'engagement des organisations de la société civile (OSC) dans les plateformes nationales de parties prenantes. Pendant la pandémie, le GFF a renforcé son soutien pour garantir la participation des OSC à l'élaboration des plans de réponse à la COVID-19 et au plaidoyer en faveur de la protection des services essentiels pour les femmes, les enfants et les adolescents.

En réponse à cela, le GFF s'est associé à l'organisation non gouvernementale PAI pour renforcer davantage l'engagement de la société civile et des jeunes dans les pays partenaires du GFF afin de contribuer à une meilleure santé pour toutes les femmes, tous les enfants et tous les adolescents, dans le cadre de

la Stratégie d'engagement de la société civile et des jeunes du GFF. Soutenue par une subvention de 5 millions de dollars américains du GFF, PAI renforcera davantage l'impact des OSC en améliorant l'alignement de la participation des OSC aux niveaux national et mondial, en rationalisant la gouvernance et la gestion et en accueillant le Groupe de coordination de la société civile. PAI fournira également une assistance stratégique et technique en matière de plaidoyer et des subventions pour renforcer la capacité des OSC à s'engager dans les décisions politiques et de financement et à assurer la redevabilité des gouvernements et partenaires.

PAI a été sélectionnée à l'issue d'un processus concurrentiel examiné par l'équipe spéciale des OSC du GFF, qui comprend des partenaires externes issus de la société civile et des organisations de jeunes, des fondations privées, des organismes multilatéraux et des bailleurs de fonds, ainsi que par le personnel du GFF et du Partenariat mondial pour la redevabilité sociale de la Banque mondiale.

Source : Mécanisme de financement mondial.



Accent sur le **FINANCEMENT**

L'extension du programme de financement basé sur la performance de la **Côte d'Ivoire** aux districts où la mortalité maternelle est la plus élevée et où la qualité des services est faible est essentielle pour canaliser davantage de ressources vers les établissements de santé primaire au niveau communautaire, augmenter la qualité des services et améliorer l'équité. Au cours des deux dernières années, le programme a continué à se développer et a réalisé des progrès impressionnants malgré la pandémie. En 2021, l'initiative couvrait 102 des 108 districts, contre seulement 19 districts en 2019 et 21 districts en 2020. Une couverture nationale complète est attendue d'ici 2023. Cette expansion garantit non seulement la disponibilité des fonds au niveau des soins de santé primaires, mais permet également aux établissements de santé d'être plus autonomes financièrement, ce qui signifie qu'ils peuvent choisir où investir en réponse aux besoins de la communauté. En 2020 et 2021, le gouvernement a construit 28 établissements de santé, démontrant ainsi sa capacité à s'engager à nouveau dans les infrastructures après la faible période de construction en 2019 où seuls quatre établissements ont été construits.

Une autre composante essentielle de l'engagement du GFF en Côte d'Ivoire a été le soutien au déploiement du programme de couverture sanitaire universelle – la Couverture maladie universelle. Ce programme vise à fournir une couverture sanitaire équitable aux femmes et aux enfants, y compris la planification familiale. L'assistance technique du GFF a été fournie pour soutenir la conception du système d'assurance des cotisations et des prestations en 2019, ainsi qu'un plan opérationnel pour le suivi et l'évaluation. Entre 2019 et 2021, plus de 3 500 000 personnes se sont inscrites au programme d'assurance, soit une augmentation de 89 pour cent en trois ans. À partir de 2020, et en raison des impacts financiers de la pandémie de COVID-19, le gouvernement a fait une priorité de cibler les individus travaillant dans le secteur informel – dont beaucoup de femmes – en les encourageant à s'inscrire pour obtenir une carte d'assurance. En conséquence, à la fin de 2021, 20 pour cent de tous les individus assurés étaient des travailleurs du secteur informel. Étant donné la forte orientation du programme d'assurance vers l'équité, davantage d'efforts ont été déployés pour couvrir la population la plus vulnérable et la plus démunie. Pour le régime national d'assurance santé du pays, entre 2019 et 2021, le nombre total d'indigents couverts par le programme a augmenté de 65 pour cent, et davantage d'efforts sont en cours pour cibler encore plus cette population⁸. En renforçant les lignes de front tout en rendant les services plus accessibles aux femmes et aux enfants, la Côte d'Ivoire a augmenté le nombre de consultations de soins liés à la grossesse de 38 pour cent, des accouchements en établissement de santé de 15 pour cent et des consultations de soins postnatals de 59 pour cent.

Côte d'Ivoire :
L'inscription à l'assurance
communautaire a
augmenté de

89 %

en mettant l'accent sur
les populations les plus
vulnérables (2019-2021)

*DHIS2

Les consultations liées
aux soins de grossesse
ont augmenté
de 38 %*

Les consultations de
soins postnatals ont
augmenté
de 59 %*

Les accouchements
securisés ont
augmenté
de 15 %*

8. Caisse nationale d'assurance maladie (CNAM)

Constituer le **PERSONNEL DE SANTÉ**

Lorsque la qualité des soins s'améliore, la demande et le recours à ces soins augmentent. Le soutien du GFF aux pays consiste essentiellement à mettre en place la capacité des agents de santé de première ligne à fournir des services de santé essentiels de qualité dans les domaines de la santé sexuelle, reproductive, maternelle, de l'enfant, de l'adolescent, et de la nutrition. Par exemple, en plus de fournir un soutien ciblé à la mère et à l'enfant, le GFF aide les pays à donner la priorité à des approches plus larges liées à la maladie. Le GFF soutient le **Vietnam** par le biais d'un rachat de 17 millions de dollars américains du prêt de 80 millions de dollars américains de la Banque mondiale soutenant le projet Investir et innover pour la réforme de la prestation de services à la base. Le projet vise à renforcer les soins de santé primaires au niveau de la base (commune) en améliorant les infrastructures, en équipant les postes de santé et en formant des agents de santé communautaires pour répondre au changement de la charge de morbidité, des maladies transmissibles aux maladies non transmissibles (MNT). Ces dernières représentent désormais les trois quarts de la charge de morbidité dans le pays. Grâce à ce soutien, les postes de santé communaux, en particulier ceux des communautés rurales et éloignées, sont en mesure d'assumer un nouveau rôle dans le dépistage et la gestion des MNT tout en assurant une amélioration continue de la qualité des services de santé reproductive, maternelle, néonatale, infantile et des adolescents.

En 2021, le projet a facilité la formation de 245 agents de santé sur la gestion des conditions de dépistage et l'augmentation des accouchements de nouveau-nés assistés par du personnel de santé qualifié. Le nombre de dossiers d'hypertension et de diabète gérés au niveau des services de santé communautaires a augmenté de 21 pour cent et 38 pour cent respectivement, et près de 32 000 femmes supplémentaires ont été dépistées pour le cancer du col de l'utérus en 2021 par rapport à l'année précédente.



Garantir l'accessibilité financière à des soins de qualité est une autre priorité du GFF. En 2019, le **Tadjikistan** est devenu le premier pays partenaire du GFF en Asie centrale. Même au milieu de la pandémie, le gouvernement est resté déterminé à accélérer les progrès vers la couverture sanitaire universelle, en lançant en 2021 une nouvelle stratégie de santé sur dix ans qui vise à étendre les services de qualité, à promouvoir les innovations et à effectuer des réformes du système de santé et du financement. Avec le soutien du GFF, le gouvernement a établi une plateforme nationale de parties prenantes en 2020 pour mener l'élaboration d'un plan d'investissement qui donne la priorité aux actions en faveur de la santé des femmes, des enfants et des adolescents, et de la couverture sanitaire universelle. Lancé en novembre 2021, le dossier d'investissement se concentre sur le renforcement des services de soins de santé primaires en améliorant les systèmes de gestion de l'information sanitaire, en réformant le financement de la santé et en augmentant les investissements dans le personnel de santé.

La mise en œuvre des réformes les plus bénéfiques en matière de financement de la santé assurera la durabilité du secteur de la santé au Tadjikistan et rendra les soins disponibles et abordables pour tous. La mise en œuvre de l'ambitieux programme de réforme du financement de la santé du gouvernement nécessite de passer de petits programmes pilotes à un alignement et une coordination plus forts des bailleurs de fonds et des ressources nationales. En partenariat avec l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) et la Délégation européenne, le GFF a piloté un effort visant à aligner les principaux bailleurs de fonds et partenaires techniques autour des priorités clés du gouvernement. Cet effort a abouti à une déclaration commune soulignant le soutien des partenaires aux réformes clés et l'engagement à travailler ensemble pour élaborer un programme de travail commun pour l'assistance technique et le financement. Sous la direction du gouvernement du Tadjikistan, des représentants de la Banque asiatique de développement, de la Commission européenne, des Centres de contrôle des maladies (CDC), de Gavi, de l'Agence allemande pour la coopération internationale (GIZ), du Fonds mondial, de la Banque islamique de développement, de l'Agence américaine pour le développement international (USAID), de l'OMS et de la Banque mondiale ont déjà discuté et convenu des domaines techniques, des goulots d'étranglement politiques et des stratégies de plaidoyer pour mettre en œuvre les réformes. En parallèle, le GFF travaille avec le ministère de la Santé et de la Protection sociale de la population du Tadjikistan pour institutionnaliser la cartographie des ressources et élaborer un système de collecte de données de routine dans le secteur de la santé, soutenu par les bailleurs de fonds et les partenaires de développement.

Accélérer **LES DROITS ET SANTÉ SEXUELS ET REPRODUCTIFS**

L'un des objectifs fondamentaux du GFF est de soutenir la priorité accordée par les pays à l'égalité de genre et aux DSSR par le biais de la prestation de services de santé et de réformes réglementaires.

En juillet 2021, alors que la perturbation continue des services et le détournement des ressources destinées aux DSSR menaçaient les progrès dans ce domaine, le GFF a lancé le Plan d'accélération des droits et santé sexuels et reproductifs. Sur cinq ans, cette initiative multipartenaire élargira l'accès à des services de planification familiale de qualité à plus de 25 millions d'adolescents, de filles et de femmes supplémentaires ; intégrera des services complets de DSSR dans les systèmes de santé nationaux d'au moins 20 pays supplémentaires tout en catalysant un financement accru et plus efficace ; fera progresser les réformes juridiques et politiques dans 10 pays afin de créer un meilleur accès aux services et informations de DSSR et de protéger l'autonomie corporelle ; et soutiendra davantage les organisations, réseaux et mouvements dirigés par des femmes et des jeunes au niveau national en augmentant le financement des organisations de la société civile d'au moins 3 millions de dollars américains par an.

« Le partenariat avec le GFF nous a permis de mobiliser les gouvernements locaux qui ont décidé d'inclure le financement de la santé sexuelle et reproductive et de la nutrition des adolescents et des jeunes dans leur budget 2023. »

—Aminata Badiane Thioye, coordinatrice genre et plaidoyer, Alliance nationale des jeunes pour la santé de la reproduction et la planification familiale (ANJSRPF), Sénégal



« Le soutien du GFF par le biais du projet de santé a contribué à renforcer l'expertise locale et la chaîne d'approvisionnement afin de garantir que les médicaments soient livrés jusqu'au dernier kilomètre. Ceci est essentiel pour renforcer les soins de santé primaires afin d'améliorer la santé et la nutrition des femmes, des enfants et des adolescents, notamment dans les communautés les plus vulnérables. »

— **Maryse Khaboré, directrice générale, Centrale d'achat des médicaments essentiels génériques et des consommables médicaux (CAMEG), Burkina Faso**

Les pays emploient une variété d'approches pour améliorer l'égalité de genre et renforcer les droits des femmes et des filles. Exploitant le pouvoir collectif du GFF, de la Banque mondiale, du Fonds des Nations Unies pour l'enfance (Unicef), du Fonds des Nations Unies pour la population (UNFPA) et d'autres, le **Niger** a réformé son cadre juridique pour permettre aux adolescentes mariées d'avoir accès aux services de planification familiale sans être accompagnées d'un parent ou du mari. En outre, les filles en âge de fréquenter l'école secondaire peuvent désormais participer aux clubs de santé scolaires pour recevoir des informations complètes sur la santé reproductive, ce qui les aide à mieux comprendre leur santé et leur corps. Les cours abordent les risques de grossesse chez les adolescentes, les infections sexuellement transmissibles, le VIH/SIDA, l'hépatite et le cancer du col de l'utérus. Ils traitent également de la violence basée sur le genre et du mariage des enfants, encouragent les comportements préventifs et favorisent des relations saines et respectueuses. En avril 2022, le soutien technique du GFF, de la Banque mondiale et d'autres partenaires a soutenu le Niger dans la modification d'une réglementation nationale. Les filles enceintes seront autorisées à rester à l'école primaire et secondaire avec la possibilité de prendre un congé de maternité à partir de la 26^e semaine de grossesse. En outre, les nouvelles mères peuvent poursuivre leurs études sans certificat de santé obligatoire. La réglementation modifiée s'accompagne de réformes visant à promouvoir un accès élargi aux services et informations de santé sexuelle et reproductive.

Dans d'autres domaines de progrès, la prévalence de la contraception au Sahel est passée de 15 pour cent en 2020 à 27 pour cent en 2021, soit une augmentation de 80 pour cent en un an. Ce résultat est particulièrement impressionnant étant donné que la région souffre d'une fragilité et d'une violence importantes. Au **Burkina Faso**, les régions prioritaires identifiées dans le dossier d'investissement national et cofinancées par le GFF ont enregistré les progrès les plus importants au cours de l'année la plus récente, même si les taux globaux d'utilisation des contraceptifs restent faibles. Dans le cadre de ses efforts pour élargir l'accès aux services, le pays a lancé un programme de réforme pour renforcer la santé communautaire avec des investissements importants dans les infrastructures de santé communautaire. Il s'agit notamment des investissements suivants : (1) la formation des agents de santé communautaires (ASC) à la planification familiale et à la santé reproductive ; et (2) la numérisation de la prestation de services de santé communautaires afin d'éliminer les obstacles difficiles à atteindre. En 2021, les régions qui ont rapporté les taux de prévalence contraceptive les plus élevés avaient également le ratio le plus élevé d'agents de santé communautaires par rapport à la population globale. Ces réalisations démontrent l'impact du programme de réforme du Burkina Faso et du processus de définition des priorités soutenu par le GFF.

Depuis 2016, le GFF soutient le gouvernement de l'**Ouganda** dans son engagement en faveur de la survie et du bien-être des enfants et des mères par le biais d'un plan national de santé révisé – le Plan affûté. Ce plan donne la priorité aux réformes clés



du système de santé pour plaider en faveur d'une augmentation des ressources pour la santé et accroître l'efficacité des financements existants afin d'élargir un accès de qualité aux services de santé pour les femmes, les enfants et les adolescents. L'accélération de l'amélioration de l'accès à la planification familiale pour les femmes et les adolescentes est l'un des principaux domaines d'intervention des cinq changements stratégiques du plan. Pour y parvenir, le gouvernement a donné la priorité à l'intégration de la planification familiale dans les ensembles de services de santé essentiels et a utilisé un financement basé sur les résultats pour inciter les prestataires de soins de santé à fournir des méthodes modernes de contraception et de conseil.

En 2020, près de 1 300 établissements de santé communautaires avaient commencé à recevoir des paiements pour avoir fourni des services de planification familiale. Des données récentes provenant de 318 établissements ont montré que le nombre de femmes et d'adolescents se rendant dans des établissements de santé pour chercher des méthodes de contraception à court terme et à longue durée d'action a bondi entre l'exercice fiscal 2018-19 et l'exercice fiscal 2020-21, ce qui représente une augmentation de 166 pour cent et 118 pour cent respectivement. Au niveau national, les couple-années de protection (CAP) – la protection estimée fournie par les méthodes contraceptives pendant une période d'un an – ont plus que doublé, passant de 2,2 millions en 2015 à 4,7 millions en 2021.

Ouganda :

Au cours des dernières années, le nombre de femmes et d'adolescents à la recherche d'une contraception moderne a augmenté :

166 %

méthodes à court terme

118 %

méthodes d'actions longues

Les couple-années de protection (CAP) ont plus que doublé :

2,2 millions
2015

4,7 millions
2021

Malgré le fait que l'Ouganda ait connu certaines des plus grandes perturbations des services de santé essentiels pendant la pandémie, les améliorations de ses services de planification familiale se sont poursuivies. Entre avril 2020 et mars 2022, le nombre de visites de planification familiale dans tout le pays était de 26 pour cent supérieur aux niveaux attendus sur la base d'une analyse des tendances antérieures. En outre, le programme a réussi à mettre en place la capacité des agents de santé à fournir des services de qualité. Le nombre de personnes ressources de la communauté formées pour fournir des services adaptés aux adolescents et aux jeunes est passé de 96 en 2016 à 924 en 2021, les améliorations les plus importantes ayant été constatées entre 2019 et 2021. Selon son système national de gestion de l'information sanitaire (SGIS), l'Ouganda a également obtenu des améliorations significatives du nombre d'agents de santé et d'enseignants formés pour fournir des services adaptés aux adolescents et aux jeunes. Le nombre d'enseignants principaux formés est passé de 292 en 2016 à 878 en 2021, tandis que le nombre d'agents de santé formés est passé de 150 en 2016 à 4 593 en 2021.

Ces réalisations sont le fruit des efforts de toute une série de contributeurs. Par exemple, des organisations non gouvernementales ont été engagées par le gouvernement pour

fournir un encadrement clinique aux agents de santé, les aidant à fournir un ensemble de services, dont la planification familiale ; l'UNFPA, l'USAID et la Banque mondiale ont fourni un financement pour les fournitures de planification ; et des organisations telles que Reproductive Health Uganda et Marie Stopes Uganda ont soutenu les centres de santé dans le renforcement des capacités et la création de la demande.

Offrir des interventions à fort impact dans le cadre des soins de santé primaires centrés sur la communauté

Améliorer **LES RÉSULTATS EN MATIÈRE DE NUTRITION**

Le partenariat du GFF tire parti de sa position unique pour soutenir des interventions nutritionnelles efficaces dans le continuum des services de santé maternelle et infantile. Les investissements consistent notamment à soutenir les pays pour (1) renforcer leurs capacités au niveau des communautés et des établissements de santé ; (2) former les agents de santé à l'amélioration des pratiques d'alimentation des enfants ; (3) renforcer les chaînes d'approvisionnement pour intégrer et fournir des produits nutritionnels, y compris des micronutriments et des aliments thérapeutiques prêts à l'emploi ; et (4) aider à la préparation, à la mobilisation des ressources nationales, à la production de données et au déploiement de plans de nutrition.

En fait, à la lumière des impacts de la COVID-19 et de la crise de sécurité alimentaire en cours, le GFF a lancé une Feuille de route sur la nutrition lors du sommet Nutrition for Growth (N4G) de décembre 2021 au Japon, réaffirmant son engagement envers les points suivants :

- Améliorer la redevabilité vis-à-vis du financement de la nutrition en soutenant au moins cinq pays supplémentaires pour améliorer le suivi transparent des ressources pour la nutrition.
- Renforcer les données pour la prise de décision en soutenant au moins cinq pays supplémentaires pour renforcer les systèmes de suivi de l'exécution, de la qualité et de la portée des interventions nutritionnelles aux niveaux national et infranational et des résultats associés.
- Accroître la collaboration avec le Fonds fiduciaire pour la mise à l'échelle de la nutrition et aligner les efforts sur celui-ci, en particulier pour stimuler la recherche et l'évaluation des projets de nutrition, ce qui produira des avantages pour l'ensemble du secteur.

Par exemple, le gouvernement du **Guatemala** s'est engagé à améliorer la nutrition de tous les enfants. Grâce au projet Crecer Sano, d'une valeur de 100 millions de dollars américains, financé par la Banque mondiale, le gouvernement donne la priorité à des actions tant du côté de l'offre que de la demande dans de multiples secteurs tels que la santé, l'eau et l'assainissement, et la protection sociale, afin de s'attaquer aux principaux moteurs de la malnutrition chronique. Entre autres, le projet finance la construction et la réhabilitation d'établissements de soins de santé primaires, des travaux mineurs pour fournir un accès à une eau améliorée ainsi que des équipements, des fournitures médicales et non médicales, des activités de promotion de la santé et de la nutrition, et des formations pour améliorer la qualité de la prestation de services, y compris la communication sur le changement de comportement pour encourager de meilleures pratiques nutritionnelles dans les ménages. Le projet comprend également des investissements pour soutenir la fonctionnalité du transfert monétaire conditionnel national, qui fournit une aide directe aux familles et les encourage à rechercher des services de santé et de nutrition de routine.

Le GFF a contribué à ces efforts en fournissant une subvention de 9 millions de dollars américains comme financement innovant (avec taux d'intérêts réduits). Cette subvention incite le gouvernement à investir davantage dans le programme de transfert monétaire conditionnel et à obtenir des résultats dans les pratiques clés en matière de santé et de nutrition. Grâce à ce programme, le gouvernement a investi 18 millions de dollars américains de son budget national – le double du montant du financement à taux d'intérêts réduits – dans le programme de transfert monétaire, atteignant 23,8 millions de dollars américains d'investissements totaux en 2022, contre seulement 3,5 millions de dollars américains en 2019. Le ratio de décaissement de ces fonds s'est également amélioré au fil du temps, passant de 24 pour cent à 99,9 pour cent en 2021. Corrélativement, le nombre de transferts monétaires pour les services de santé et de nutrition a atteint plus de 244 000 bénéficiaires en 2021 – une augmentation de 548 pour cent depuis 2019.

S'appuyant sur les résultats d'une analyse soutenue par le GFF montrant de sévères perturbations dans la prestation de services dans plusieurs régions, le gouvernement du Guatemala a donné la priorité aux actions visant à sauvegarder la prestation de services dans les régions les plus touchées. En conséquence, le gouvernement a été en mesure de minimiser les perturbations de ces services, comme en témoignent les réductions moins importantes de la prestation de services de nutrition. Par exemple, alors que le pourcentage d'enfants de moins d'un an ayant reçu au moins huit contrôles de suivi et de promotion de la croissance est passé de 18 pour cent à 16 pour cent entre 2019 et 2020, les réductions les plus faibles ont eu lieu dans les régions prioritaires soutenues par le GFF. Également, même si la proportion d'enfants âgés de 12 à 23 mois ayant reçu au moins six contrôles de suivi et de promotion de la croissance a diminué de 24 pour cent à 21 pour cent au niveau national entre 2019 et 2021, la diminution a été plus faible dans les départements prioritaires.

Au **Rwanda**, le GFF soutient les efforts nationaux visant à améliorer la nutrition, à réduire les retards de croissance et à assurer un avenir plus sain et plus productif aux femmes et aux enfants, en mettant l'accent sur la fourniture de services de qualité aux familles des communautés vulnérables. L'assistance technique du GFF, combinée au soutien catalytique de 18 millions de dollars américains du Fonds fiduciaire du GFF, aide le gouvernement à mettre en œuvre des réformes clés du système et du financement de la santé dans les domaines de la santé, de la nutrition et de la protection sociale.

Dans le contexte des impacts sanitaires et économiques de la pandémie de COVID-19, il était crucial de rendre les services abordables pour les communautés les plus pauvres et d'aider les familles à atténuer les difficultés financières. Avec le soutien du GFF et de la Banque mondiale, le gouvernement a mis en œuvre des réformes clés du système de santé et du financement pour rendre la couverture d'assurance plus équitable et les transferts monétaires plus efficaces. L'assistance technique du GFF a contribué à renforcer l'efficacité du programme d'assurance communautaire, y compris les réformes visant à améliorer le système de suivi des coûts et de remboursement

des demandes. En conséquence, chaque année, de plus en plus de personnes ont pu souscrire à une assurance – en mai 2022, le programme couvrait 87 pour cent de la population cible, contre 69 pour cent en 2017. En parallèle, le gouvernement a officiellement adopté une politique visant à déployer un registre unique pour tous les programmes sociaux, y compris la santé et la nutrition, et les filets de sécurité sociale. Cela a contribué à l'expansion du programme d'aide sociale sensible à la nutrition, qui est passé de 20 000 bénéficiaires initiaux en 2019 à plus de 128 000 bénéficiaires en 2022, soit une augmentation de plus de 500 pour cent.

Pour aider le gouvernement à protéger les progrès et à maintenir les services essentiels tout au long de la période de COVID-19, le GFF a fourni en 2021 une subvention EHS supplémentaire de 15 millions de dollars américains liée au projet de préparation aux situations d'urgences financé par la Banque mondiale au Rwanda. Cela a permis de garantir que les services tels que les consultations prénatales et postnatales, ainsi que les séances de suivi et de promotion de la croissance, puissent se poursuivre.

Rwanda :

Les efforts collectifs du gouvernement et des partenaires de développement ont permis d'obtenir de meilleurs résultats en matière de santé et de nutrition :

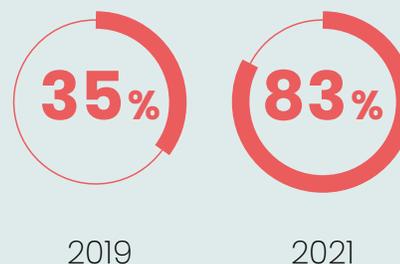
Plus d'enfants

de moins de sept ans ont accédé aux services de **développement de la petite enfance**



Plus d'enfants

de moins de six ans ont reçu un supplément de **vitamine A** tous les six mois



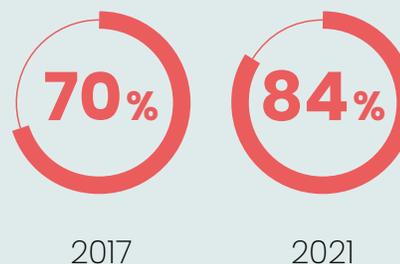
Plus de femmes enceintes

ont reçu du **fer** et de l'**acide folique**



Plus d'enfants

de moins de cinq ans ont été **dépistés pour la malnutrition** par les agents de santé communautaires



Renforcer l'ENREGISTREMENT ET LES STATISTIQUES DE L'ÉTAT CIVIL

Comprendre les données de naissance et de décès d'une population est une fonction fondamentale de tout gouvernement national. Grâce à ces systèmes, les gens ont une identité reconnue et peuvent accéder aux services de santé et aux prestations sociales. Sans ces données, un gouvernement ne peut pas connaître la taille de sa population, l'endroit où les gens vivent, qui a accès aux services de santé et ce qui cause la mauvaise santé. De nombreux pays à faible revenu ne disposent pas de systèmes d'enregistrement et de statistiques de l'état civil (CRVS) performants. Dans certains pays, jusqu'à 40 pour cent des décès ne sont pas enregistrés, ce qui laisse le gouvernement dans l'ignorance de la manière, du moment et de la raison des décès.

Les données générées par des systèmes de CRVS qui fonctionnent bien peuvent aider à renforcer le secteur de la santé en suivant la fécondité et la mortalité par cause, âge et genre aux niveaux national et infranational et, en fin de compte, à suivre et améliorer la santé et le bien-être des femmes, des enfants et des adolescents. Grâce à un financement et une assistance technique substantiels, le GFF complète les efforts des gouvernements et des partenaires pour moderniser leurs systèmes de CRVS en plaçant les femmes, les enfants et les adolescents au centre.

Parmi les pays partenaires du GFF, 22 pays ont donné la priorité aux activités de renforcement des systèmes de CRVS dans leurs plans de santé nationaux ; 14 pays ont reçu des ressources du Fonds fiduciaire du GFF et/ou de l'IDA, spécifiquement pour le renforcement des systèmes de CRVS ; et cinq pays ont reçu des financements supplémentaires du GFF pour des services de conseil et d'analyse, y compris un soutien aux activités de connaissance et d'apprentissage telles que des visites de formation et d'échange de connaissances.

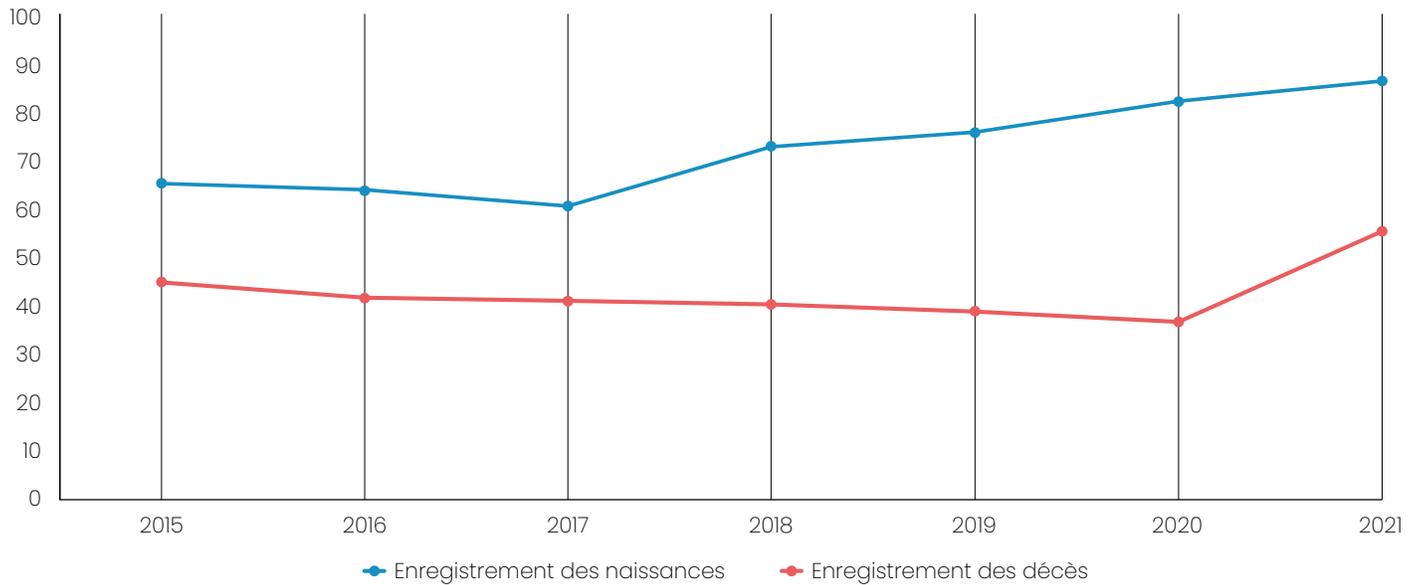
« Grâce au leadership du gouvernement et au soutien de partenaires comme le GFF, nous avons procédé à des réformes radicales des CRVS et augmenté considérablement l'enregistrement des naissances. Le renforcement des systèmes de CRVS s'aligne sur notre vision globale visant à renforcer la résilience du système de santé et à garantir que toutes les femmes et tous les enfants puissent avoir accès aux soins de santé et autres prestations. »

—Janet Mucheru, directrice des services d'enregistrement de l'état civil, Kenya

Le **Kenya** montre comment un engagement fort du gouvernement et le soutien de ses partenaires peuvent encourager et faciliter des améliorations complètes des systèmes de CRVS. En 2018, les taux d'enregistrement des naissances et des décès au Kenya s'élevaient respectivement à seulement 68 pour cent et 46 pour cent. Cette situation était le résultat de plusieurs défis tels que l'insuffisance des investissements dans les CRVS, les longues distances jusqu'aux centres d'enregistrement, les capacités et compétences limitées pour l'enregistrement des naissances et des décès, le suivi et l'évaluation inadéquats, ainsi que la compilation et la diffusion insuffisantes des données.

Avec le soutien du GFF et en s'appuyant sur le système de CRVS existant, le gouvernement du Kenya a fixé des priorités claires, en se concentrant sur une série de réformes visant à renforcer le système, comme le pilotage de bureaux d'enregistrement mobiles et le renforcement des capacités des agents d'enregistrement, y compris la Classification internationale des maladies. Ces réformes ont été soutenues par une subvention de 1,2 million de dollars américains du GFF, reliée au projet Transforming Health Systems for Universal Care financé par la Banque mondiale.

Figure 2.3. Exhaustivité de l'enregistrement des naissances et des décès au Kenya, 2015 à 2021



Source : Rapport sur les statistiques vitales du Kenya 2022

Dans le cadre du projet, le Kenya a adopté une allocation basée sur la performance pour les CRVS – un système dans lequel les prestataires de services d'enregistrement et de statistiques de l'état civil sont payés en fonction des augmentations annuelles du taux d'enregistrement des naissances. Le suivi et la supervision réguliers par les bureaux locaux de l'état civil et les gouvernements des comtés visaient à améliorer la qualité des données et à renforcer les capacités, tandis que la formation des agents d'enregistrement dans les établissements de santé et des officiers de l'état civil a permis de mieux saisir et communiquer des données de qualité. Les praticiens et les codeurs médicaux ont été formés à la certification des causes de décès et des manuels de formation actualisés et des *trackers* ont été élaborés pour saisir l'enregistrement des décès dans les établissements de santé.

Grâce à cet effort de transformation, le système des CRVS est désormais en mesure de mieux enregistrer les naissances et les décès, d'améliorer la collecte des dossiers d'enregistrement et la soumission des déclarations, et de fournir des données de meilleure qualité. Depuis 2018, l'enregistrement des naissances a connu des augmentations notables, atteignant 87 pour cent en 2021 (voir **Figure 2.3**). Si l'enregistrement des décès est à la traîne et a connu un lent déclin jusqu'en 2020, des améliorations notables ont été enregistrées en 2021, avec plus de la moitié des décès survenus cette année-là enregistrés.

Kenya :
L'enregistrement des naissances a atteint

87 %

en 2021

Section

3

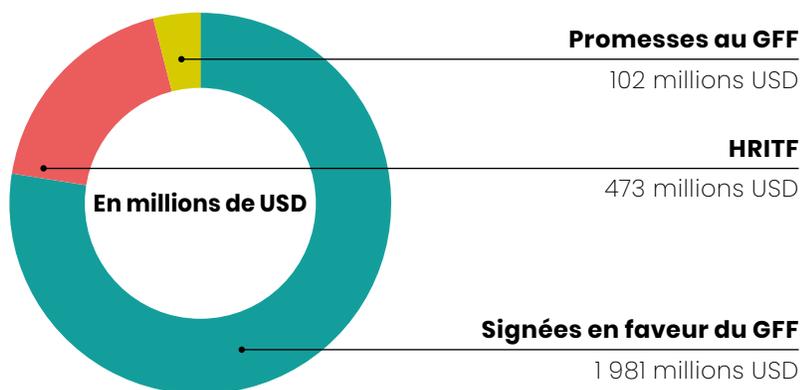
Données financières du GFF :
Contributions, engagements
et décaissements



Contributions

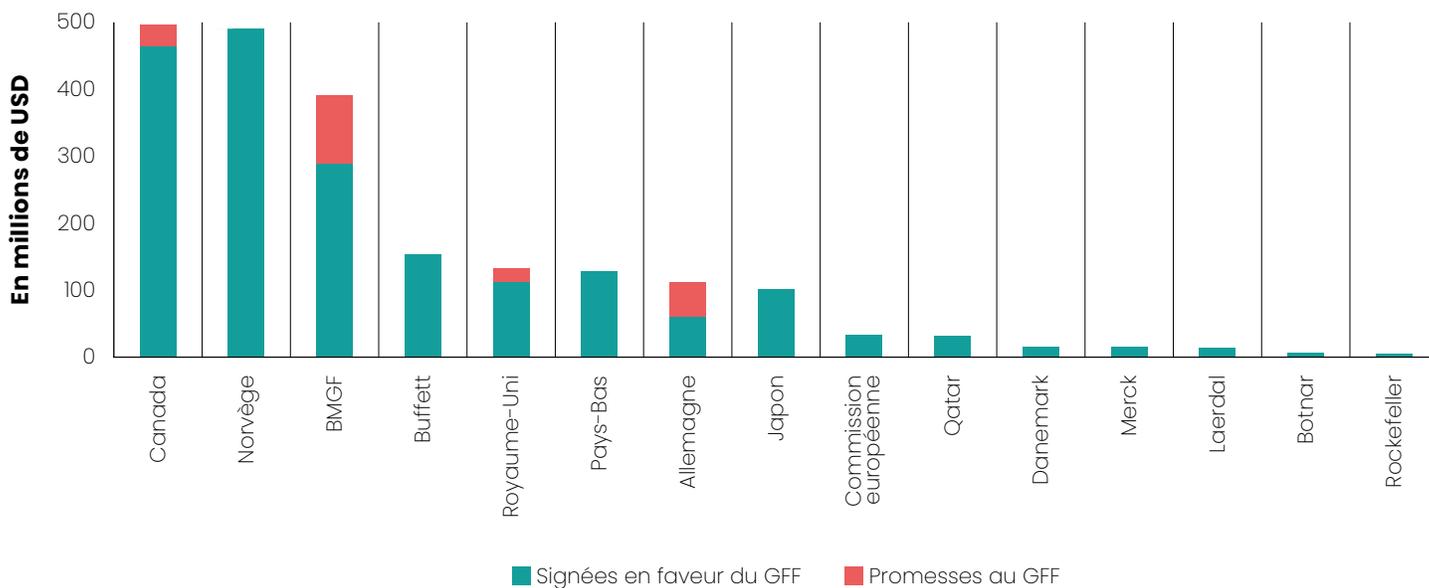
Le lancement du GFF a eu lieu en juillet 2015, sur la base de l'expérience et de la structure du Fonds fiduciaire pour l'innovation en matière de résultats de santé (HRITF)⁹. Au 30 juin 2022, la valeur totale des contributions et des nouvelles promesses au Fonds fiduciaire du GFF s'élevait à 2,5 milliards de dollars américains¹⁰ provenant de 15 bailleurs de fonds, dont 473 millions de dollars pour le HRITF et 2,1 milliards de contributions signées et promises au GFF (**Figure 3.1**). La **Figure 3.2** présente la répartition des contributions signées et promises au GFF, par bailleur de fonds.

Figure 3.1. Valeur totale du Fonds



Source : Mécanisme de financement mondial.

Figure 3.2. Contributions au GFF, par bailleur de fonds



Source : Mécanisme de financement mondial.

9. Le HRITF a été créé en 2007, avec une contribution de 296,1 millions de dollars américains de la Norvège et 176,8 millions de DFID. Toutes les activités du HRITF ont pris fin au 31 décembre 2021.

10. Les contributions du Fonds fiduciaire du GFF sont réalisées en dollars américains et autres devises, et payées sur une période conforme au programme de paiement décidé d'un commun accord avec chaque bailleur de fonds. Les contributions en devise du bailleur sont converties en dollars américains lorsque les paiements sont réalisés, et les montants restants soumis aux fluctuations des taux de change jusqu'à ce que les contributions soient entièrement versées. La valeur du fonds peut ainsi fluctuer avec le temps.

Engagements

Au 30 juin 2022, le Fonds fiduciaire du GFF avait engagé un total de 817,5 millions de dollars américains sous forme de 45 subventions dans 36 pays du partenariat. Sur le total des subventions du GFF engagées, 795,5 millions de dollars, et un supplément de 5,7 milliards de dollars de financement de l'Association internationale de développement/la Banque internationale pour la reconstruction et le développement (IDA/BIRD), ont été approuvés par le Conseil d'administration (CA) de la Banque mondiale (**Tableau 3.1**). Les 22 millions de dollars restants devraient être validés par le CA au cours de l'exercice fiscal 2022-2023. La majeure partie (89 pour cent) des financements du GFF approuvés par le CA de la Banque mondiale apporte un soutien aux pays partenaires de la région africaine, suivie par 14,9 pour cent pour l'Asie du Sud, 8,3 pour cent pour l'Asie de l'Est, 3,5 pour cent pour l'Amérique latine et la région Caraïbes, et enfin moins de 1 pour cent pour l'Europe et l'Asie centrale (**Figure 3.3**).

La liste complète des subventions du GFF validées par le Conseil d'administration figure dans le **Tableau 3.1**.

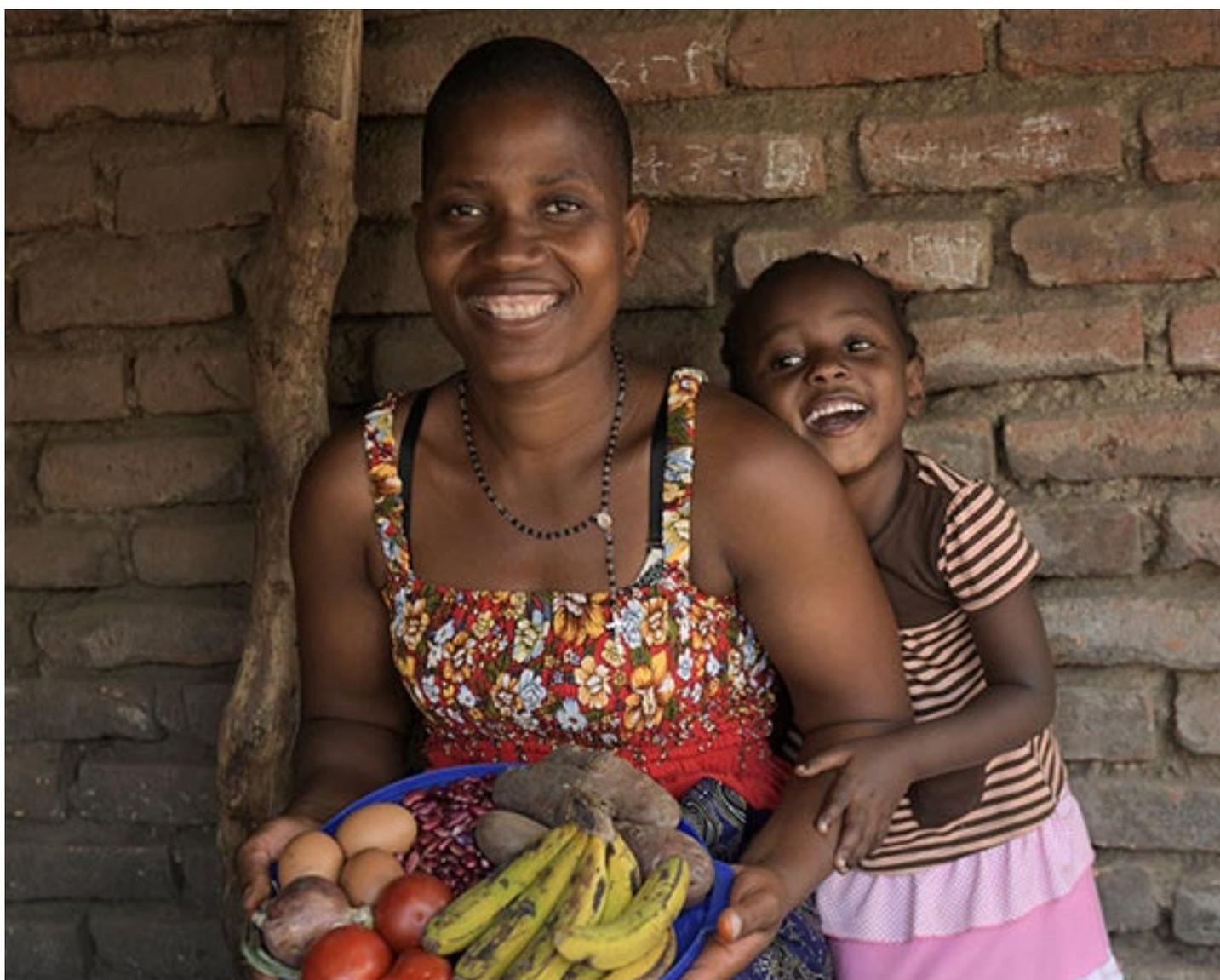


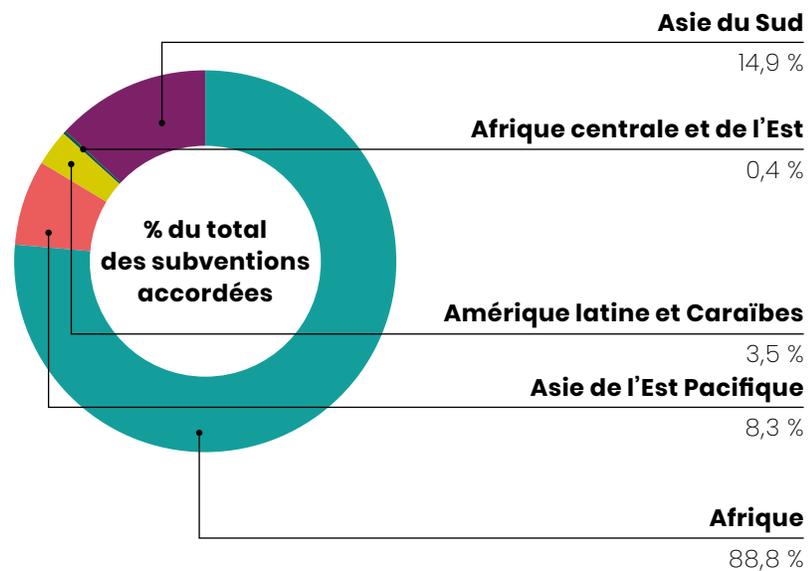
Tableau 3.1. Liste des subventions nationales du GFF validées par le CA

Projet du GFF	Date du CA	Montant du GFF	Montant de l'IDA	BIRD
Tanzanie	28/05/2015	40 millions USD	200 millions USD	
RDC (AF-CRVS)	29/03/2016	10 millions USD	30 millions USD	
Cameroun	03/05/2016	27 millions USD	100 millions USD	
Nigeria (AF)	07/06/2016	20 millions USD	100 millions USD	
Kenya	15/06/2016	40 millions USD	150 millions USD	
Ouganda	04/08/2016	30 millions USD	110 millions USD	
Libéria (AF)	23/02/2017	16 millions USD	15 millions USD	
Guatemala	24/03/2017	9 millions USD		100 millions USD
RDC (AF)	31/03/2017	40 millions USD	340 millions USD	
Éthiopie	09/05/2017	60 millions USD	150 millions USD	
Bangladesh	28/07/2017	15 millions USD	500 millions USD	
Bangladesh (éducation)	18/12/2017	10 millions USD	510 millions USD	
Mozambique	20/12/2017	25 millions USD	80 millions USD	
Rwanda (santé)	28/02/2018	10 millions USD	25 millions USD	
Afghanistan	28/03/2018	35 millions USD	140 millions USD	
Rwanda (SP-AF)	12/04/2018	8 millions USD	80 millions USD	
Guinée	25/04/2018	10 millions USD	45 millions USD	
Indonésie	21/06/2018	20 millions USD		400 millions USD
Nigeria (nutrition)	27/06/2018	7 millions USD	225 millions USD	
Burkina Faso	06/07/2018	20 millions USD	80 millions USD	
Nigeria (2e partie)	13/08/2018	20 millions USD	0 millions USD	
RCA	27/09/2018	10 millions USD	43 millions USD	
Malawi	19/12/2018	10 millions USD	50 millions USD	
Mali	19/03/2019	10 millions USD	50 millions USD	
Côte d'Ivoire	22/03/2019	20 millions USD	200 millions USD	
Cambodge	04/04/2019	10 millions USD	15 millions USD	
Haïti	16/05/2019	15 millions USD	55 millions USD	
RDC (nutrition)	28/05/2019	10 millions USD	492 millions USD	
Vietnam	19/06/2019	17 millions USD	80 millions USD	
Sénégal	26/09/2019	15 millions USD	140 millions USD	
Tadjikistan (premières années)	30/04/2020	3 millions USD	70 millions USD	
Myanmar	29/05/2020	10 millions USD	100 millions USD	
Zimbabwe	21/09/2020	25 millions USD	-	
Madagascar (CRVS)	29/09/2020	3 millions USD	140 millions USD	
Zambie (COVID)	20/10/2020	5 millions USD	20 millions USD	
Zambie	28/06/2021	10 millions USD	14 millions USD	
Somalie	28/06/2021	25 millions USD	75 millions USD	
Tchad	06/08/2021	17 millions USD	90 millions USD	
Niger	23/09/2021	25 millions USD	100 millions USD	
Sierra Leone	09/12/2021	10 millions USD	40 millions USD	
Madagascar	24/03/2022	17 millions USD	100 millions USD	
Pakistan	07/06/2022	42 millions USD	258 millions USD	
Total approuvé par le CA		686,5 millions USD	4 514 millions USD	500 millions USD

Source : Mécanisme de financement mondial.

Depuis le début de la pandémie de COVID-19, et en réponse aux demandes des pays, le Fonds fiduciaire du GFF a engagé 479 millions de dollars américains supplémentaires sous forme de subventions « EHS » en vue du renforcement des services de santé essentiels (SSE) dans 24 pays, dont 22 pays du GFF et deux pays non partenaires du GFF¹¹. Sur le total de 479 millions de dollars engagés, 226 millions et 1,1 milliard supplémentaire de financement de la Banque mondiale/IDA, ont été approuvés par le CA de la Banque mondiale et leur mise en œuvre est en cours (**Tableau 3.2**).

Figure 3.3. Subventions nationales approuvées par le CA du GFF, par région



Source : Mécanisme de financement mondial.



11. Honduras et Ukraine.

Tableau 3.2. Liste des subventions aux services de santé essentiels du GFF approuvées par le CA

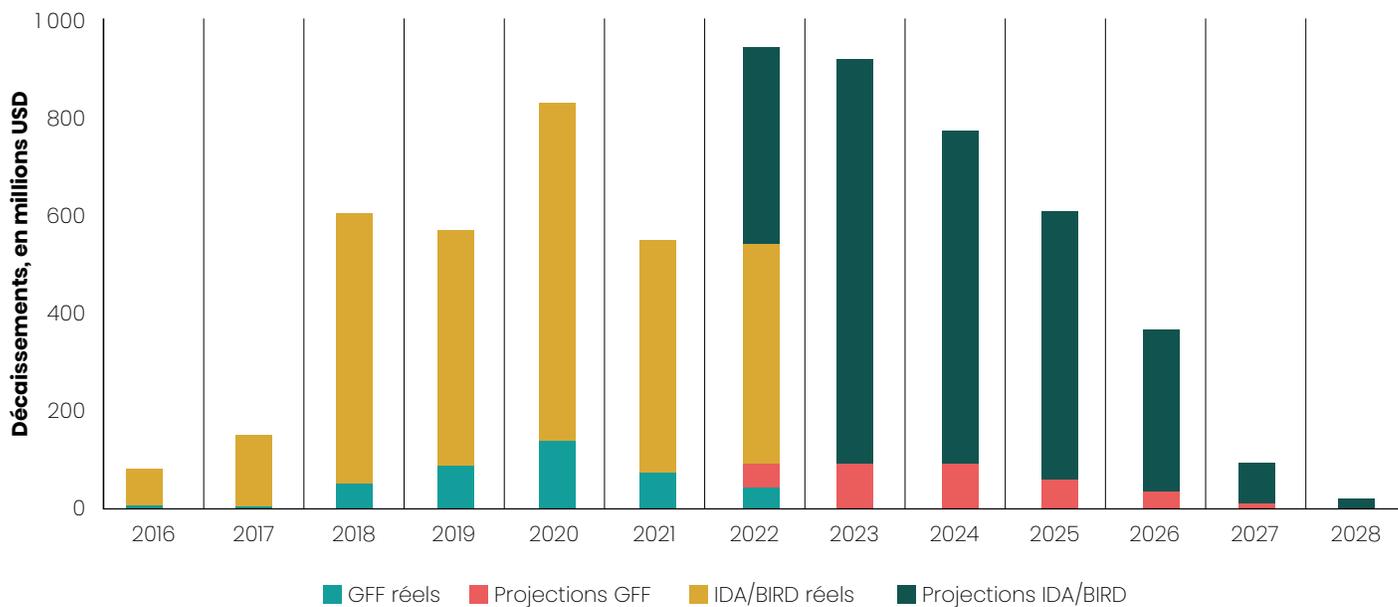
Série	Pays	Date du CA	Montant du GFF	Montant de l'IDA	Montant de la BIRD	État	Pcode principal	Pcode AF
Série 1	Rwanda	16/04/21	15 millions USD	30 millions USD		Approuvée par le CA	PI73855	PI76304
Série 1	Mozambique	03/06/21	15 millions USD	100 millions USD		Approuvée par le CA	PI75884	
Série 2	Sierra Leone	09/12/21	10 millions USD	40 millions USD		Approuvée par le CA	PI72102	
Série 2	Ouganda	16/12/21	16 millions USD	164 millions USD		Approuvée par le CA	PI74041	PI77273
Série 3	Cameroun	23/12/21	15 millions USD	30 millions USD		Approuvée par le CA	PI74108	PI78255
Série 2	Cambodge	10/03/22	15 millions USD	55 millions USD		Approuvée par le CA	PI73368	
Série 3	Madagascar	29/03/22	15 millions USD	100 millions USD		Approuvée par le CA	PI74903	
Série 1	Afghanistan	26/05/22	19 millions USD	0 millions USD		Approuvée par le CA	PI60615	PI78095
Série 1	RCA	03/06/22	12 millions USD	58 millions USD		Approuvée par le CA	PI77003	PI75665
Série 4	Pakistan	07/06/22	40 millions USD	258 millions USD		Approuvée par le CA	PI72615	
Série 2	Ghana	10/06/22	16 millions USD	150 millions USD		Approuvée par le CA	PI73168	PI72615
Série 1	Honduras	16/06/22	15 millions USD	60 millions USD		Approuvée par le CA	PI76532	
Série 3	Malawi	21/06/22	10 millions USD	50 millions USD		Approuvée par le CA	PI73806	
Série 2	Burkina Faso	28/06/22	13 millions USD	48 millions USD		Approuvée par le CA	PI73858	PI77535
Total approuvé par le CA au 30 juin 2022			226 millions USD	1 143 millions USD	0 millions USD			
Série 3	Éthiopie	23/01/23	20 millions USD	100 millions USD		Prévue	PI75167	
Série 1	Libéria	29/09/22	11 millions USD	20 millions USD		Approuvée par le CA	PI69641	
Série 2	Indonésie	27/03/23	20 millions USD		400 millions USD	Prévue	PI76839	
Série 4	Sénégal	Q1 FY23	15 millions USD	50 millions USD				PI77050
Série 4	Zimbabwe	Q1 FY23	15 millions USD	15 millions USD				AF
Série 4	Tanzanie	À définir	25 millions USD	200 millions USD		Prévue		
Série 3	Bangladesh	À définir	25 millions USD	250 millions USD		Prévue	PI60846	AF
Série 3	Nigeria	À définir	35 millions USD	850 millions USD		Prévue	PI67156	AF
21/06/22	Tadjikistan	À définir	8,5 millions USD					
21/06/22	Tanzanie (innovations)	À définir	8,5 millions USD					
21/06/22	Ukraine	À définir	10 millions USD					
Total			419 millions USD	2 628 millions USD	400 millions USD			

Source : Mécanisme de financement mondial.

Décaissements du Fonds fiduciaire du GFF et de la Banque mondiale IDA/BIRD

Au 30 septembre 2022, un total de 431 millions de dollars américains du GFF et de 2,9 milliards de dollars américains de l'IDA/BIRD de la Banque mondiale a été décaissé sur le montant approuvé par le Conseil d'administration de la Banque mondiale présenté dans le Tableau 3.1. La Figure 3.4 illustre les décaissements réels et les projections pour les périodes futures, sur la base d'une année civile. En réponse à la pandémie de COVID-19, les décaissements du GFF pour l'année civile 2020 (840 millions de dollars américains, GFF et IDA confondus) ont dépassé les décaissements du GFF en 2019. Les décaissements du GFF et de l'IDA combinés (556 millions USD au total) ont cependant enregistré des retards au cours de l'année civile 2021, du fait de la pandémie et de contextes de conflits et fragiles, qui ont eu un impact sur les opérations. Au cours de la première moitié de l'année 2022, les niveaux de décaissements sont revenus à la normale, et au vu de la réorientation vers les soins de santé primaires, il est attendu que les décaissements du GFF et de l'IDA reprennent au deuxième semestre 2022, et que le total des décaissements de 2022 revienne aux niveaux connus en 2020.

Figure 3.4. Décaissements de subventions nationales du GFF entre 2016 et 2022, pour un total de 817,5 millions USD pour le GFF et 5,85 milliards pour l'IDA/BIRD



Source : Mécanisme de financement mondial.



Profils de données par pays

La section Profils de données par pays fournit les informations les plus récentes et disponibles à propos des progrès de chaque pays partenaire du GFF sur les indicateurs de couverture et d'impact de la santé et de la nutrition des mères, des nouveau-nés, des enfants et des adolescents (SRMNEA-N). Elle inclut également les progrès sur les indicateurs de base du financement de la santé et fournit des données sur le suivi des services de santé essentiels pour 19 pays partenaires.

Rôle catalytique du GFF : fournit des détails sur le soutien du GFF à la mise en œuvre des dossiers d'investissement des pays. Des détails sur la collaboration en cours avec les pays sont fournis dans les domaines suivants :

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

Indicateurs de couverture de la SRMNEA-N : présente les données de tendance pour les indicateurs de couverture. Toutes les pages de profil de données des pays comprennent un ensemble standard d'indicateurs de couverture de SRMNEA-N provenant des enquêtes de population disponibles de 2010 à 2021. Des indicateurs clés supplémentaires spécifiques à la nutrition et/ou à l'éducation sont présentés pour les pays où le GFF cofinance un projet de la Banque mondiale axé sur la nutrition ou pour ceux où l'éducation est un axe fort du DI.

Indicateurs de couverture standard de la SRMNEA-N

- Soins prénatals : au moins 4 consultations
- Recherche de traitement pour la pneumonie
- Couverture des DTP3 (trois doses de vaccin contre la diphtérie, le tétanos et la coqueluche)
- Accouchement dans un établissement de santé
- Sels de réhydratation par voie orale pour le traitement de la diarrhée
- Soins postnatals pour les mères
- Accouchement assisté par un prestataire qualifié
- Supplémentation en vitamine A, couverture totale
- Demande de services de planification familiale satisfaite par des méthodes modernes
- Couverture SP/Fansidar au cours des soins prénatals

Les indicateurs d'impact de base de la SRMNEA-N sont collectés par les pays et les partenaires à l'aide d'enquêtes basées sur la population. Il s'agit notamment d'enquêtes démographiques et sanitaires (EDS), d'enquêtes en grappes à indicateurs multiples (MICS), de SMART et d'enquêtes sur les indicateurs du paludisme (EIP).

Indicateurs d'impact de base de la SRMNEA-N du GFF

- Taux de mortalité maternelle
- Taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans
- Taux de mortalité néonatale
- Taux de natalité chez les adolescentes (15-19 ans)
- Pourcentage de naissances < 24 mois après l'accouchement précédent
- Retard de croissance parmi les enfants de moins de 5 ans
- Émaciation modérée à sévère parmi les enfants de moins de 5 ans
- Mortinaissances pour 1 000 naissances

Les indicateurs de financement de la santé se concentrent sur les trois indicateurs de base du GFF provenant de la Base de données mondiale sur les dépenses de santé (GHED), en plus de trois indicateurs provenant de sources de données nationales telles que les CNS, les revues trimestrielles de contrats et d'autres rapports du ministère de la Santé et du Budget. Si les données sont disponibles, plusieurs points de données sont présentés pour chaque indicateur entre 2015 et 2021.

Indicateurs de base du financement de la santé du GFF

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

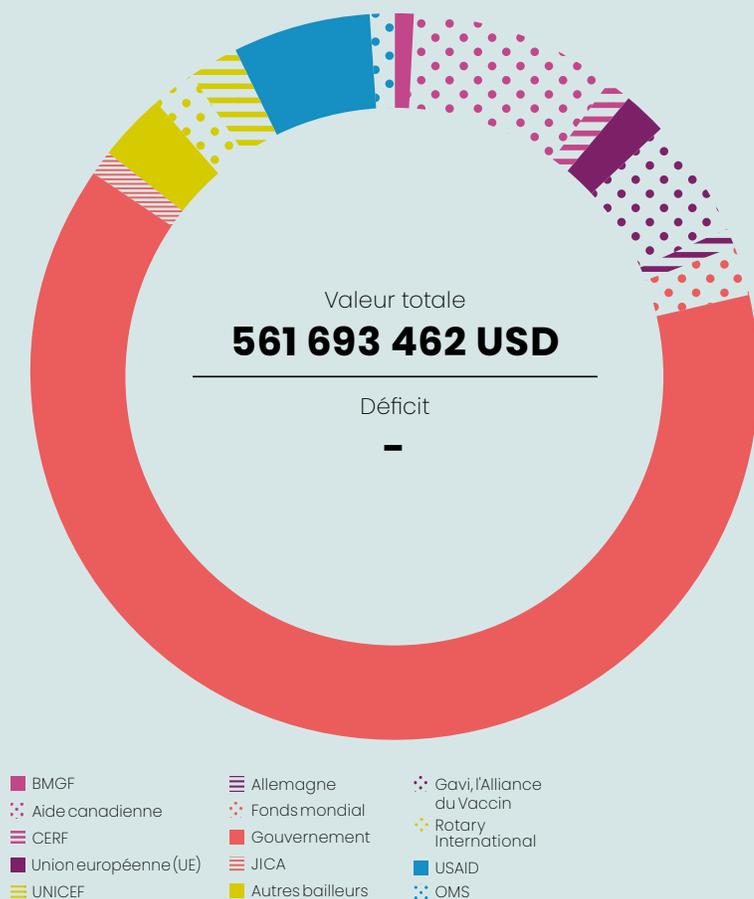
Perturbations de la prestation de services : Le GFF soutient le suivi de routine des perturbations des services de santé essentiels dans 19 pays. Les données sur les services de santé essentiels proviennent des systèmes d'information sanitaire de routine des pays et sont présentées mensuellement à partir du début de 2020. Les données sur les décès dus à la pandémie de COVID-19 proviennent des tableaux de bord de l'Université Johns Hopkins (JHU) et ont été compilées en agrégats mensuels.

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

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

Afghanistan

Exercice fiscal 2020



Cartographie des ressources

En 2020, l'Afghanistan a publié les données d'un exercice de cartographie des ressources qui a permis de saisir les ressources sanitaires réelles disponibles pour l'exercice fiscal (FY) 2018-19 et les budgets prévisionnels pour l'exercice fiscal 2020-21 pour le gouvernement et les partenaires de développement saisis. La cartographie a été commandée pour soutenir l'alignement et l'harmonisation des budgets de santé et faire le point sur les ressources de santé inscrites au budget et hors budget aux niveaux national et infranational. La cartographie des ressources a révélé qu'une part importante du financement de la santé était inscrite au budget (62 %) dans l'ensemble. Cependant, les allocations de ces budgets variaient considérablement d'une province à l'autre. Le rapport a également mis en évidence plusieurs recommandations clés, notamment des suggestions pour 1) passer du hors budget au budget, ce qui est essentiel pour faciliter l'alignement et l'efficacité de l'allocation ; 2) réviser l'allocation des ressources entre les provinces afin d'atteindre les objectifs stratégiques du secteur de la santé ; 3) fournir des efforts pour mener régulièrement des exercices annuels de cartographie des ressources et travailler à mieux comprendre les schémas de dépenses ; et 4) étendre l'effort de cartographie des ressources dans le secteur de la santé pour inclure l'aide humanitaire dirigée vers les priorités de santé. Depuis le changement de gouvernement en 2021, il n'est pas clair si l'une de ces recommandations a été mise en œuvre. Dans la situation actuelle en 2022, les partenaires de développement, sous la direction de l'OMS, travaillent à la réalisation conjointe d'une cartographie des ressources des fonds des partenaires de développement et de l'aide humanitaire afin d'assurer l'alignement du soutien du secteur de la santé.

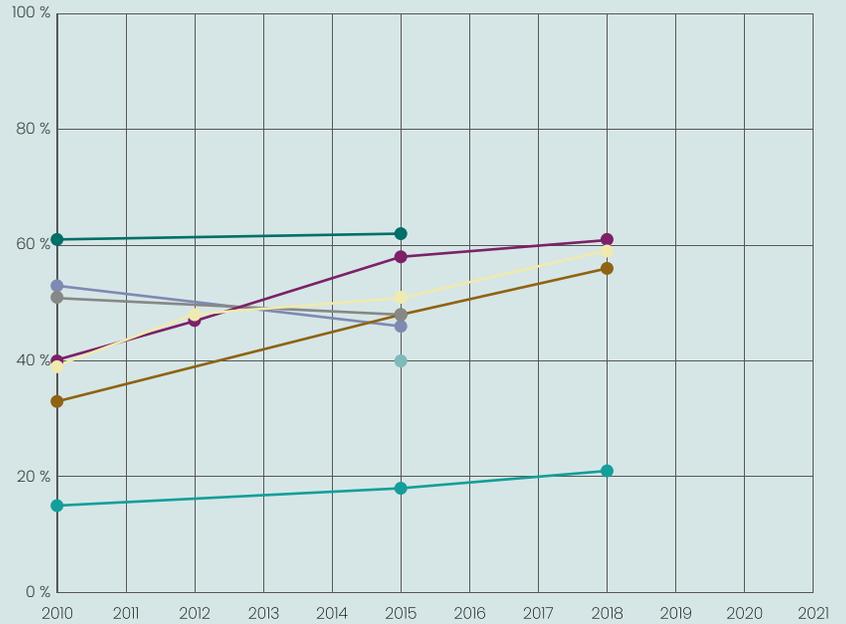
Financement de la santé	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Dépenses publiques générales de santé (DGGHE), par habitant (USD)	3	3,1	3,3	2,7	5,4	-	-
Taux d'exécution du budget de la santé (%)	-	78,0	89,0	142,0	96,0	85,0	-
Part du budget public consacré à la santé (%)	-	4,5	4,9	4,2	4,2	3,8	-
Part des dépenses de santé allant aux prestataires de première ligne (%)	-	55,5	55,1	54,9	53,0	-	-
Dépenses publiques générales de santé (DGGHE) en tant que part des dépenses publiques générales (%)	2	2,1	2,3	1,9	3,9	-	-

Indicateurs d'impact de la SRMNEA-N	Précédent		Récemment	
Taux de mortalité maternelle (pour 100 000 naissances vivantes)	701	2015	638	2017
Taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans (pour 1 000 naissances vivantes)	76,8	2015	49,6	2018
Taux de mortalité néonatale (pour 1 000 naissances vivantes)	34,9	2015	23	2018
Taux de natalité chez les adolescentes - 15-19 ans (pour 1 000 femmes)	58	2015	62	2018
Pourcentage de naissances < 24 mois après l'accouchement précédent (%)	32,4	2015	-	-
Retard de croissance parmi les enfants de moins de 5 ans (%)	40,4	2013	36,6	2018
Émaciation modérée à sévère parmi les enfants de moins de 5 ans (%)	9,5	2013	5	2018
Mortinaissances (pour 1 000 naissances)	19,8	2015	-	-

Indicateurs de couverture de la SRMNEA-N

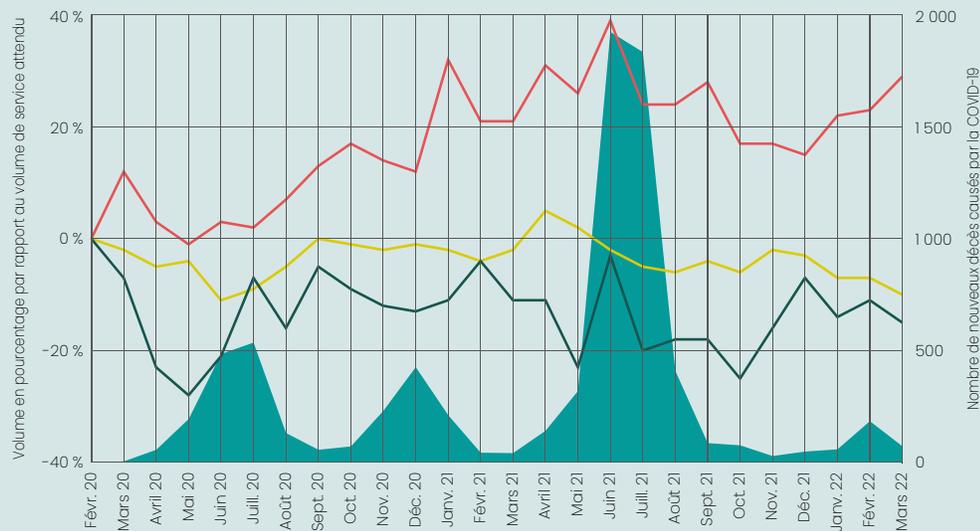
Les données sur tous les indicateurs de couverture de la SRMNEA-N rapportés proviennent des enquêtes de population les plus récentes disponibles.

- Soins prénatals (au moins 4 consultations)
- Recherche de traitement pour la pneumonie
- Trois doses de vaccin contre la diphtérie, le tétanos et la coqueluche (DTP)
- Accouchement dans un établissement de santé
- Sels de réhydratation par voie orale pour le traitement de la diarrhée
- Soins postnatals pour les mères
- Accouchement assisté par un prestataire qualifié
- Supplémentation en vitamine A, couverture totale



Insuffisance dans la prestation de services par rapport aux tendances pré-pandémiques

- Nouveaux décès causés par la COVID-19
- Écart dans les visites ambulatoires
- Écart dans les accouchements dans un établissement de santé
- Écart dans les CPN4



Bangladesh



Cartographie des ressources

Le Bangladesh dispose d'une plateforme de coordination des partenaires de développement bien établie pour aligner les partenaires autour de priorités communes par le biais d'une approche sectorielle (SWAp), ce qui a aidé le gouvernement à orienter les financements nationaux et internationaux pour soutenir les principaux objectifs de santé. En tant que tels, les éléments de cartographie des ressources et de suivi des dépenses sont inhérents aux mécanismes SWAp de planification conjointe, d'allocation des ressources et de suivi de la mise en œuvre. Grâce à cette approche sectorielle, le gouvernement du Bangladesh a aligné plus de 1,1 milliard de dollars américains de financements publics nationaux et internationaux pour soutenir son quatrième programme sectoriel de santé, de nutrition et de population pour 2017-22 ; le GFF contribue à ce partenariat et en fait partie intégrante. Les données de cartographie des ressources seront disponibles sur le portail de données du GFF au début de 2023.

Financement de la santé	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Dépenses publiques générales de santé (DGGHE), par habitant (USD)	5,7	7,9	9,0	9,4	9,4	9,1	-
Taux d'exécution du budget de la santé (%)	-	-	84,0	85,0	85,0	74,0	74,0
Part du budget public consacré à la santé (%)	4,2	4,1	4,7	5,2	5,0	4,9	5,2
Part des dépenses de santé allant aux prestataires de première ligne (%)	-	-	19,0	33,0	31,0	-	-
Dépenses publiques générales de santé (DGGHE) en tant que part des dépenses publiques générales (%)	3,4	4,1	4,1	3,8	3,3	3,1	-
Somme des paiements directs des ménages pour la santé, par habitant (USD)	24,4	28,3	29,6	31,6	34,3	37,5	-

Indicateurs d'impact de la SRMNEA-N	Précédent		Récemment	
Taux de mortalité maternelle (pour 100 000 naissances vivantes)	165	2019	163	2020
Taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans (pour 1 000 naissances vivantes)	45	2017	28	2020
Taux de mortalité néonatale (pour 1 000 naissances vivantes)	30	2017	15	2020
Taux de natalité chez les adolescentes – 15-19 ans (pour 1 000 femmes)	108	2017	74	2020
Pourcentage de naissances < 24 mois après l'accouchement précédent (%)	11,3	2014	-	-
Retard de croissance parmi les enfants de moins de 5 ans (%)	30,8	2017	28	2019
Émaciation modérée à sévère parmi les enfants de moins de 5 ans (%)	14	2014	8,4	2017
Mortinaissances (pour 1 000 naissances)	21,4	2014	24,9	2017

Indicateurs de couverture de la SRMNEA-N

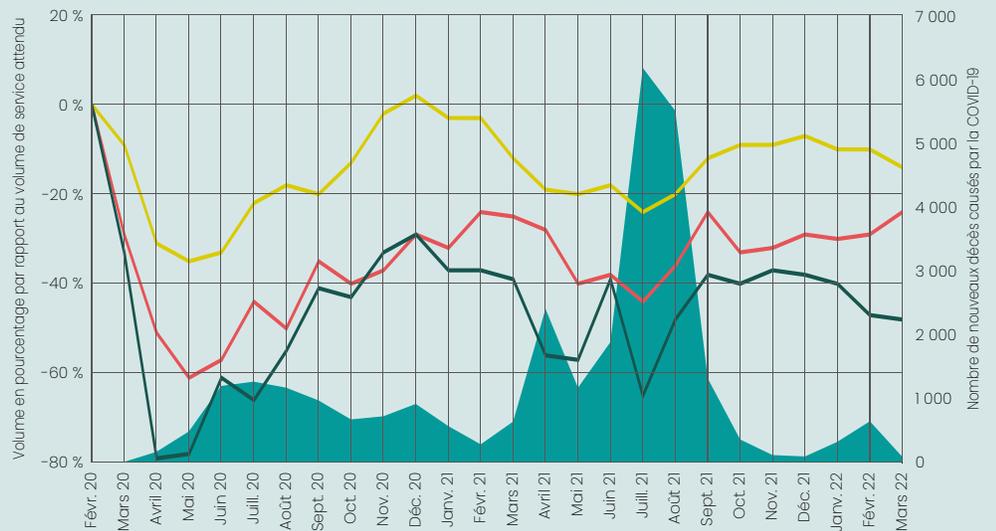
Les données sur tous les indicateurs de couverture de la SRMNEA-N rapportés proviennent des enquêtes de population les plus récentes disponibles.

- Taux de scolarisation du 1^{er} cycle de l'enseignement secondaire, pour les deux sexes (%)
- Taux de scolarisation du 1^{er} cycle de l'enseignement secondaire, filles (%)
- Soins prénatals (au moins 4 consultations)
- Recherche de traitement pour la pneumonie
- Besoins en planification familiale satisfaits (femmes mariées)
- Allaitement maternel exclusif
- Trois doses de vaccin contre la diphtérie, le tétanos et la coqueluche (DTP)
- Accouchement dans un établissement de santé
- Taux d'achèvement du 1^{er} cycle de l'enseignement secondaire, pour les deux sexes (%)
- Taux d'achèvement du 1^{er} cycle de l'enseignement secondaire, filles (%)
- Régime alimentaire minimum acceptable
- Sels de réhydratation par voie orale pour le traitement de la diarrhée
- Soins postnatals pour les mères
- Accouchement assisté par un prestataire qualifié
- Supplémentation en vitamine A, couverture totale



Insuffisance dans la prestation de services par rapport aux tendances pré-pandémiques

- Nouveaux décès causés par la COVID-19
- Écart dans les visites ambulatoires
- Écart dans les accouchements dans un établissement de santé
- Écart dans les CPN4



Le suivi du processus piloté par le pays

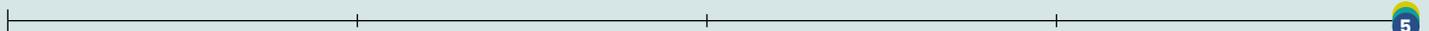
Dossier d'investissement pour la SRMNEA-N ou équivalent (par exemple, plan national de santé)



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



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



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



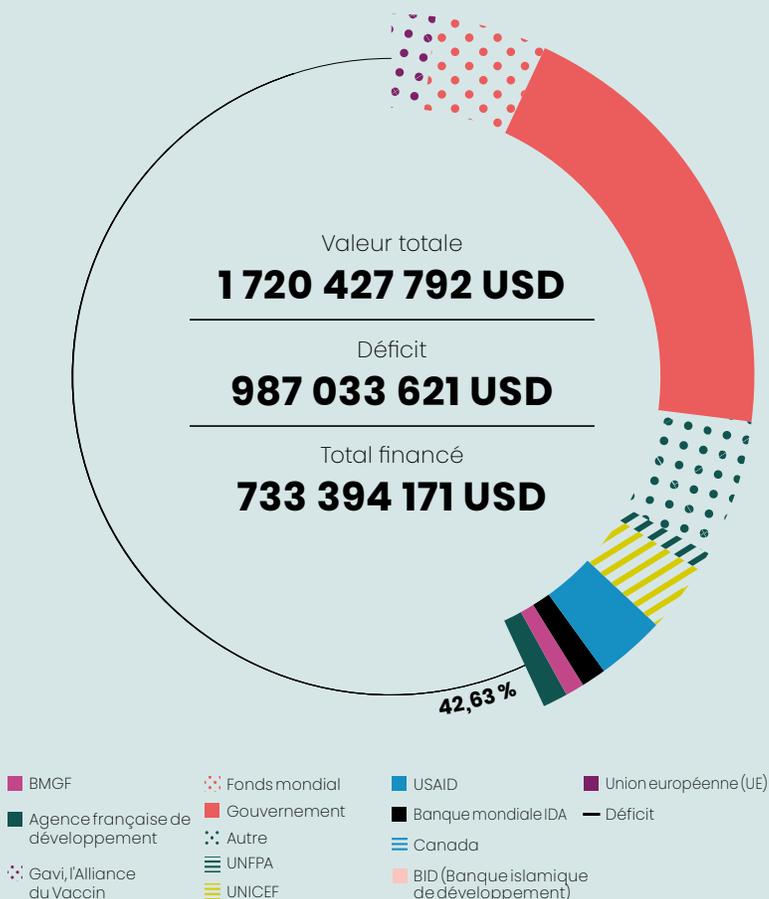
Analyse sur le genre/Stratégie sur le genre



● 2019 ● 2020 ● 2021 ● 2022

Burkina Faso

Exercice fiscal 2021-2022



Cartographie des ressources

Une cartographie des ressources de la stratégie de CSU (2020-24) a été réalisée en 2020. Le dossier d'investissement du GFF est un élément essentiel de la stratégie de CSU. La cartographie des ressources se concentre sur les priorités de la SRMNEA et du renforcement du système de santé pour 2020 et 2021. L'analyse montre que le gouvernement du Burkina Faso maintient son engagement dans le financement de la stratégie de CSU et reste la principale source de financement en 2020 et 2021. Seize bailleurs de fonds sont alignés sur la stratégie de CSU en 2020 et 2021. Le déficit de financement a légèrement augmenté entre 2020 et 2021 en raison d'une augmentation du coût de la stratégie de CSU de 2020 à 2021 (voir le graphique). L'analyse du déficit de financement par domaine prioritaire met en évidence que la nutrition, le paludisme, la santé infantile et la santé communautaire sont particulièrement sous-financés, tandis que la composante de renforcement du système de santé semble être légèrement surfinancée, ce qui souligne la possibilité d'améliorer l'efficacité de l'allocation. Une analyse plus approfondie doit être menée par le ministère de la Santé pour mieux comprendre les raisons du sous-financement des priorités clés afin d'atteindre les objectifs de CSU et de définir des stratégies pour rendre les ressources existantes plus efficaces.

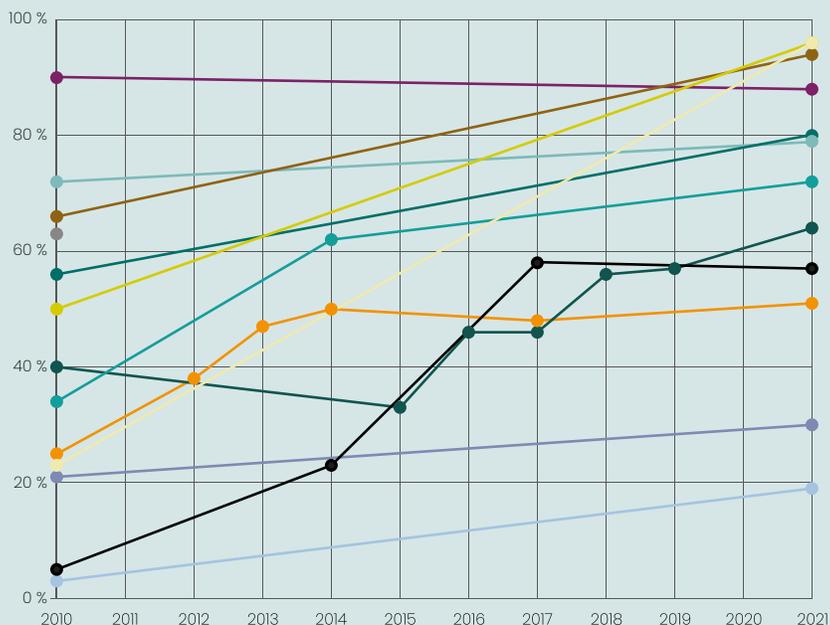
Financement de la santé	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Dépenses publiques générales de santé (DGGHE), par habitant (USD)	9,5	16,4	19,2	17,1	17,7	-	-
Taux d'exécution du budget de la santé (%)	-	94,0	93,0	100,0	87,0	97	-
Part du budget public consacré à la santé (%)	-	12,4	12,0	11,0	13,7	11,6	-
Dépenses publiques générales de santé (DGGHE) en tant que part des dépenses publiques générales (%)	7,2	11,0	10,0	8,8	9,6	-	-
Somme des paiements directs des ménages pour la santé, par habitant (USD)	12,1	12,9	14,1	14,4	14,7	-	-

Indicateurs d'impact de la SRMNEA-N	Précédent		Récemment	
Taux de mortalité maternelle (pour 100 000 naissances vivantes)	341	2010	330	2015
Taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans (pour 1 000 naissances vivantes)	82	2015	48	2021
Taux de mortalité néonatale (pour 1 000 naissances vivantes)	23	2015	18	2021
Taux de natalité chez les adolescentes - 15-19 ans (pour 1 000 femmes)	124	2018	93	2021
Pourcentage de naissances < 24 mois après l'accouchement précédent (%)	17,4	2014	16,1	2018
Retard de croissance parmi les enfants de moins de 5 ans (%)	24,9	2017	22,6	2021
Émaciation modérée à sévère parmi les enfants de moins de 5 ans (%)	8,4	2017	10,6	2021
Mortinaissances (pour 1 000 naissances)	-	-	-	-

Indicateurs de couverture de la SRMNEA-N

Les données sur tous les indicateurs de couverture de la SRMNEA-N rapportés proviennent des enquêtes de population les plus récentes disponibles.

- Soins prénatals (au moins 4 consultations)
- Contenu des soins prénatals : Comprimés ou sirop de fer reçus
- Recherche de traitement pour la pneumonie
- Besoins en planification familiale satisfaits (toutes les femmes)
- Allaitement maternel exclusif
- Trois doses de vaccin contre la diphtérie, le tétanos et la coqueluche (DTP)
- Accouchement dans un établissement de santé
- Régime alimentaire minimum acceptable
- Sels de réhydratation par voie orale pour le traitement de la diarrhée
- Soins postnatals pour les mères
- Accouchement assisté par un prestataire qualifié
- Au moins 3 doses de SP/Fansidar pendant la grossesse
- Supplémentation en vitamine A, couverture totale



Le suivi du processus piloté par le pays

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



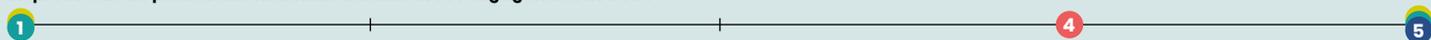
Stratégie et cadre de suivi des résultats en appui au DI (tous deux inclus dans le document du DI ou dans un document séparé)



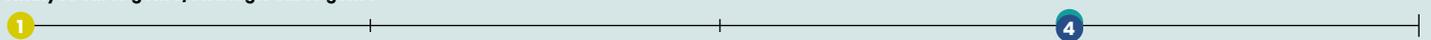
Un plan de mise en œuvre comprenant des initiatives visant à améliorer la mobilisation des ressources nationales (MRN), l'efficacité et/ou la protection financière



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



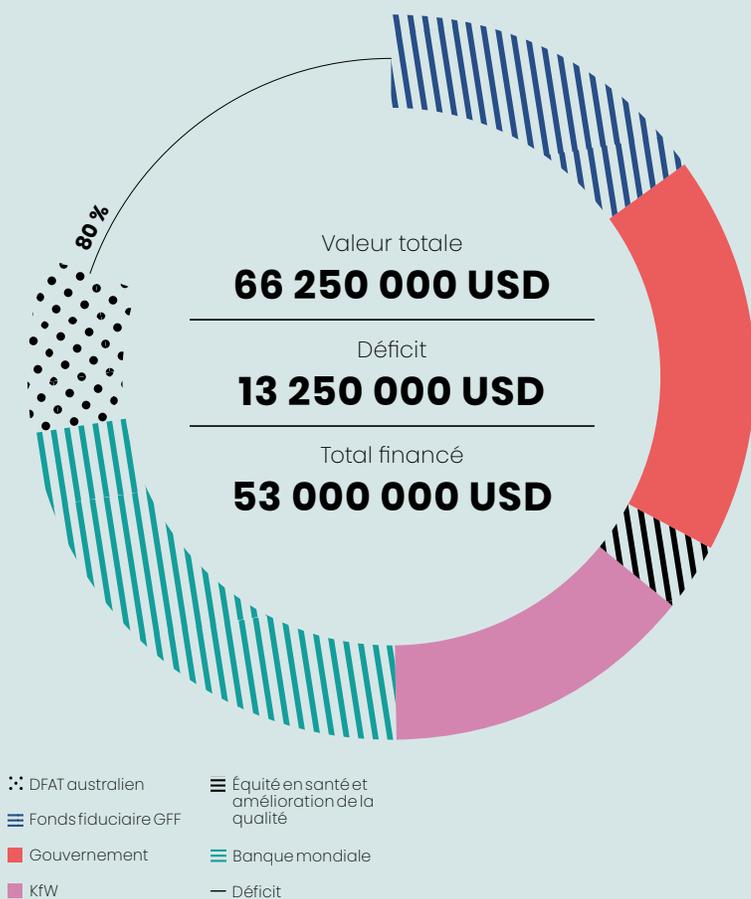
Analyse sur le genre/Stratégie sur le genre



● 2019 ● 2020 ● 2021 ● 2022

Cambodge

Exercice fiscal 2020



Cartographie des ressources

Le dossier d'investissement (DI) du Cambodge est axé sur trois questions clés : la réduction de la mortalité néonatale, la réduction de la dénutrition infantile et la diminution de la fécondité des adolescents. Le Projet de nutrition du Cambodge, ou CNP (2019-24), une opération de prêt à l'investissement de 53 millions de dollars américains, financera environ 80 % des activités incluses dans le DI et est étroitement aligné sur ses priorités stratégiques. Le CNP harmonise les financements de l'IDA, du GFF, de la KfW allemande, du DFAT australien et du fonds fiduciaire à bailleurs multiples du Projet d'équité et d'amélioration de la qualité de la santé (regroupant les financements de l'aide australienne, de la KfW allemande et de la KOICA) et comprend 23 % de ressources nationales du gouvernement royal du Cambodge. Un exercice détaillé de cartographie des ressources du DI était prévu début 2020, mais a été retardé en raison de la pandémie de COVID-19 ; des discussions sur la reprise de cet exercice sont en cours. La cartographie des ressources identifiera les déficits de financement par priorité et montrera les tendances de la mobilisation des ressources nationales et de l'alignement des bailleurs de fonds autour du DI.

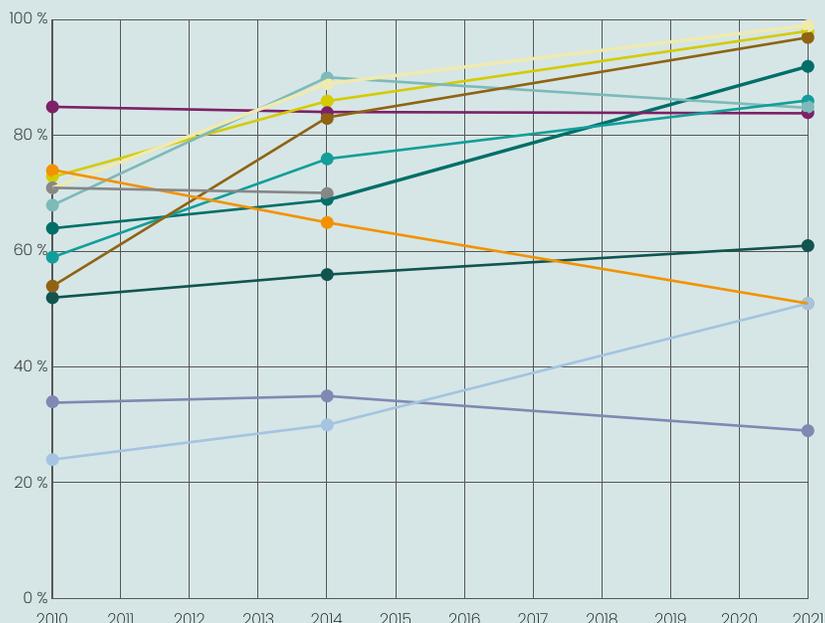
Financement de la santé	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Dépenses publiques générales de santé (DGGHE), par habitant (USD)	15,6	16,9	15,1	25,0	27,5	-	-
Taux d'exécution du budget de la santé (%)	-	93,0	98,0	99,0	97,0	-	-
Part du budget public consacré à la santé (%)	-	14,2	12,9	13,0	11,7	-	-
Dépenses publiques générales de santé (DGGHE) en tant que part des dépenses publiques générales (%)	6,6	6,3	4,9	7,2	7,0	-	-
Somme des paiements directs des ménages pour la santé, par habitant (USD)	41,3	45,5	49,6	56,6	73,0	-	-

Indicateurs d'impact de la SRMNEA-N	Précédent		Récent	
Taux de mortalité maternelle (pour 100 000 naissances vivantes)	170	2014	154	2021
Taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans (pour 1 000 naissances vivantes)	35	2014	16	2021
Taux de mortalité néonatale (pour 1 000 naissances vivantes)	18	2014	8	2021
Taux de natalité chez les adolescentes - 15-19 ans (pour 1 000 femmes)	57	2014	48	2021
Pourcentage de naissances < 24 mois après l'accouchement précédent (%)	13,3	2014	-	-
Retard de croissance parmi les enfants de moins de 5 ans (%)	32,4	2014	21,9	2021
Émaciation modérée à sévère parmi les enfants de moins de 5 ans (%)	9,6	2014	9,6	2021
Mortinaissances (pour 1 000 naissances)	5,8	2014	-	-

Indicateurs de couverture de la SRMNEA-N

Les données sur tous les indicateurs de couverture de la SRMNEA-N rapportés proviennent des enquêtes de population les plus récentes disponibles.

- Soins prénatals (au moins 4 consultations)
- Contenu des soins prénatals : Comprimés ou sirop de fer reçus
- Recherche de traitement pour la pneumonie
- Besoins en planification familiale satisfaits (toutes les femmes)
- Allaitement maternel exclusif
- Trois doses de vaccin contre la diphtérie, le tétanos et la coqueluche (DTP)
- Accouchement dans un établissement de santé
- Régime alimentaire minimum acceptable
- Sels de réhydratation par voie orale pour le traitement de la diarrhée
- Soins postnatals pour les mères
- Accouchement assisté par un prestataire qualifié
- Supplémentation en vitamine A, couverture totale



Le suivi du processus piloté par le pays

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



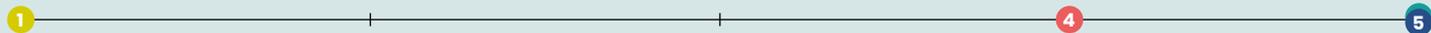
Stratégie et cadre de suivi des résultats en appui au DI (tous deux inclus dans le document du DI ou dans un document séparé)



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



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



Analyse sur le genre/Stratégie sur le genre



● 2019 ● 2020 ● 2021 ● 2022

Cameroun

Exercice fiscal 2021-2022



Cartographie des ressources

Un exercice détaillé de cartographie des ressources et de suivi des dépenses (CRSD) a été mené au Cameroun, sur la base des quatre priorités de SRMNEA identifiées dans le dossier d'investissement (DI) 2017-22. L'objectif était d'analyser l'évolution des ressources engagées par le gouvernement du Cameroun et ses partenaires en faveur de ces priorités de santé, et de déterminer le déficit de financement à combler par un meilleur alignement de l'aide externe et une mobilisation accrue des financements nationaux. La CRSD montre les écarts par priorité, mais aussi par région infranationale. Malgré un nombre assez important de 25 partenaires finançant les priorités du DI, un déficit de financement de 57 % du coût total sur quatre ans subsiste (le déficit est de 49 % en 2020). La mobilisation de fonds nationaux et externes vers les priorités de SRMNEA est essentielle, en particulier à la lumière de l'importance des paiements directs, qui représentent plus de 70 % des dépenses de santé actuelles au Cameroun.

Financement de la santé	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Dépenses publiques générales de santé (DGGHE), par habitant (USD)	5,0	5,2	2,1	3,2	1,8	-	-
Taux d'exécution du budget de la santé (%)	-	-	95,0	97,0	98,0	92,5	-
Part du budget public consacré à la santé (%)	-	5,6	5,7	4,8	4,0	4,3	-
Part des dépenses de santé allant aux prestataires de première ligne (%)	-	-	-	-	-	8,3	-
Dépenses publiques générales de santé (DGGHE) en tant que part des dépenses publiques générales (%)	1,8	1,8	0,7	1,1	0,6	-	-
Somme des paiements directs des ménages pour la santé, par habitant (USD)	34,8	35,5	37,6	39,9	39,2	-	-

Indicateurs d'impact de la SRMNEA-N	Précédent		Récemment	
Taux de mortalité maternelle (pour 100 000 naissances vivantes)	782	2011	406	2018
Taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans (pour 1 000 naissances vivantes)	103	2014	80	2018
Taux de mortalité néonatale (pour 1 000 naissances vivantes)	28	2014	28	2018
Taux de natalité chez les adolescentes - 15-19 ans (pour 1 000 femmes)	119	2014	122	2018
Pourcentage de naissances < 24 mois après l'accouchement précédent (%)	21,3	2011	25,3	2018
Retard de croissance parmi les enfants de moins de 5 ans (%)	31,7	2014	28,9	2018
Émaciation modérée à sévère parmi les enfants de moins de 5 ans (%)	5,2	2014	4,3	2018
Mortinaissances (pour 1 000 naissances)	-	-	14,6	2018

Indicateurs de couverture de la SRMNEA-N

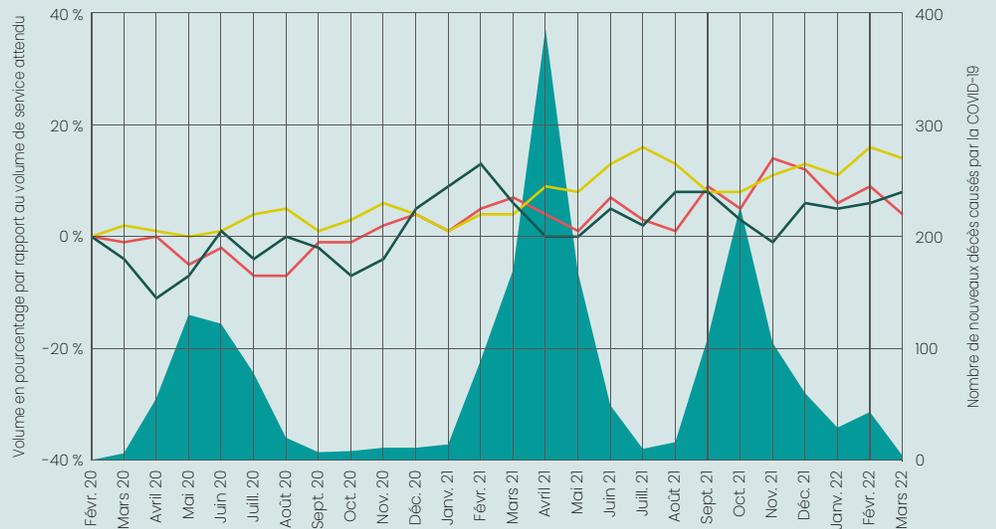
Les données sur tous les indicateurs de couverture de la SRMNEA-N rapportés proviennent des enquêtes de population les plus récentes disponibles.

- Taux de scolarisation du 1^{er} cycle de l'enseignement secondaire, pour les deux sexes (%)
- Taux de scolarisation du 1^{er} cycle de l'enseignement secondaire, filles (%)
- Soins prénatals (au moins 4 consultations)
- Recherche de traitement pour la pneumonie
- Besoins en planification familiale satisfaits (toutes les femmes)
- Trois doses de vaccin contre la diphtérie, le tétanos et la coqueluche (DTP)
- Accouchement dans un établissement de santé
- Taux d'achèvement du 1^{er} cycle de l'enseignement secondaire, pour les deux sexes (%)
- Taux d'achèvement du 1^{er} cycle de l'enseignement secondaire, filles (%)
- Sels de réhydratation par voie orale pour le traitement de la diarrhée
- Soins postnatals pour les mères
- Accouchement assisté par un prestataire qualifié
- Au moins 3 doses de SP/Fansidar pendant la grossesse



Insuffisance dans la prestation de services par rapport aux tendances pré-pandémiques

- Nouveaux décès causés par la COVID-19
- Écart dans les visites ambulatoires
- Écart dans les accouchements dans un établissement de santé
- Écart dans les CPN4



Le suivi du processus piloté par le pays

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

5

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

3

4

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

5

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

4

5

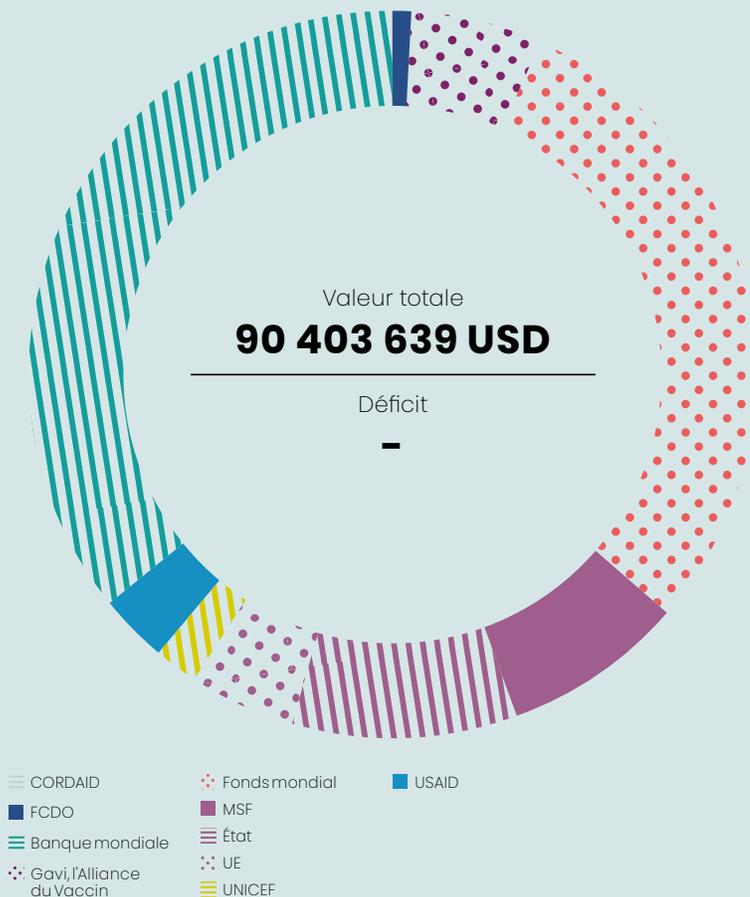
Analyse sur le genre/Stratégie sur le genre

1

● 2019 ● 2020 ● 2021 ● 2022

République Centrafricaine

Exercice fiscal 2022



Cartographie des ressources

Depuis qu'elle a rejoint le GFF, la République centrafricaine a fait de la SRMNEA-N une priorité nationale, et le pays prend des mesures importantes pour atteindre les Objectifs de développement durable grâce au développement et à la mise en œuvre de son dossier d'investissement (DI) pour la réduction de la mortalité maternelle et infantile. Une partie importante de cette initiative est la cartographie des ressources et le suivi des dépenses, qui aident à évaluer les lacunes de financement, à aligner les ressources des bailleurs de fonds et du gouvernement, et à améliorer l'efficacité et l'équité des dépenses de santé.

Les précédentes cartographies des ressources et les exercices de calcul des coûts détaillés ont montré que sur la période couverte par le dossier d'investissement de la RCA pour 2020 à 2022, les besoins de financement s'élevaient à 151 millions de dollars américains. Le gouvernement et les partenaires financiers se sont engagés à soutenir la mise en œuvre des interventions prioritaires dans le DI, et un exercice de cartographie des ressources en cours d'achèvement permettra non seulement de confirmer le financement du gouvernement et des partenaires, mais aussi de suivre les dépenses relatives aux priorités du DI pour 2020.

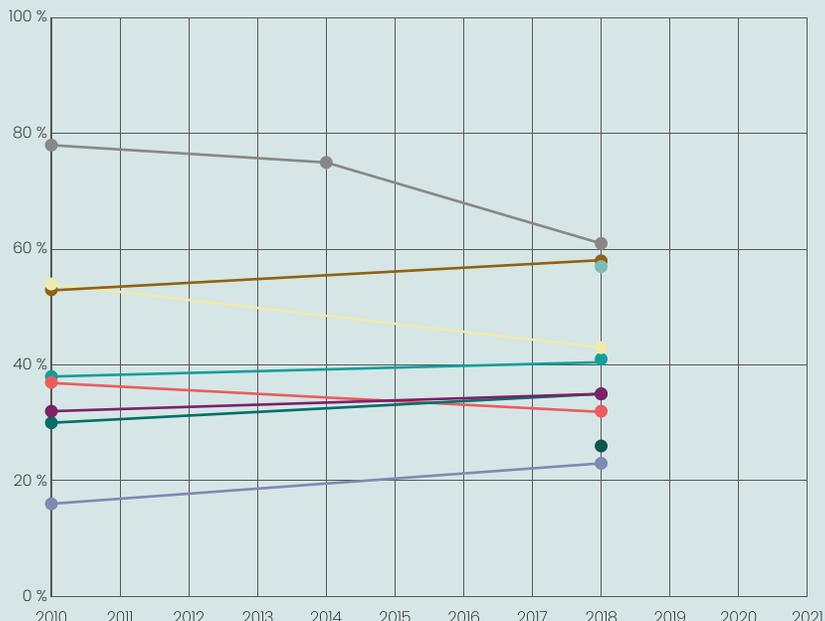
Financement de la santé	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Dépenses publiques générales de santé (DGGHE), par habitant (USD)	1,7	2,4	3,3	3,4	3,9	-	-
Taux d'exécution du budget de la santé (%)	-	-	27,0	103,0	59,0	42,0	-
Part du budget public consacré à la santé (%)	-	13,1	10,6	8,8	10,6	12,0	14,3
Dépenses publiques générales de santé (DGGHE) en tant que part des dépenses publiques générales (%)	3,3	4,9	5,3	3,9	4,8	-	-
Somme des paiements directs des ménages pour la santé, par habitant (USD)	9,3	12,1	17,0	22,4	22,4	-	-

Indicateurs d'impact de la SRMNEA-N	Précédent	Récent
Taux de mortalité maternelle (pour 100 000 naissances vivantes)	-	-
Taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans (pour 1 000 naissances vivantes)	179	99
Taux de mortalité néonatale (pour 1 000 naissances vivantes)	-	28
Taux de natalité chez les adolescentes - 15-19 ans (pour 1 000 femmes)	229	184
Pourcentage de naissances < 24 mois après l'accouchement précédent (%)	-	-
Retard de croissance parmi les enfants de moins de 5 ans (%)	40,7	39,8
Émaciation modérée à sévère parmi les enfants de moins de 5 ans (%)	7,4	5,4
Mortinaissances (pour 1 000 naissances)	-	-

Indicateurs de couverture de la SRMNEA-N

Les données sur tous les indicateurs de couverture de la SRMNEA-N rapportés proviennent des enquêtes de population les plus récentes disponibles.

- Soins prénatals (au moins 4 consultations)
- Recherche de traitement pour la pneumonie
- Besoins en planification familiale satisfaits (toutes les femmes)
- Besoins en planification familiale satisfaits (femmes mariées)
- Trois doses de vaccin contre la diphtérie, le tétanos et la coqueluche (DTP)
- Accouchement dans un établissement de santé
- Sels de réhydratation par voie orale pour le traitement de la diarrhée
- Soins postnatals pour les mères
- Accouchement assisté par un prestataire qualifié
- Supplémentation en vitamine A, couverture totale



Le suivi du processus piloté par le pays

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



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



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



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

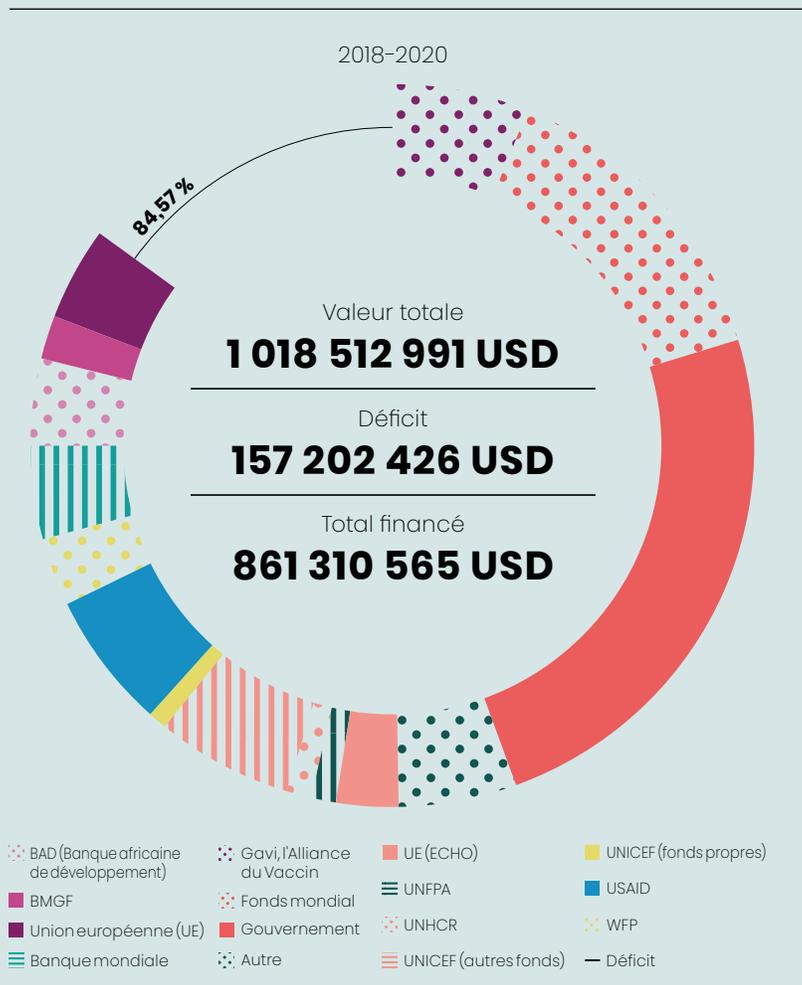


Analyse sur le genre/Stratégie sur le genre



● 2019 ● 2020 ● 2021 ● 2022

Tchad



Cartographie des ressources

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

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

Globalement, les engagements budgétaires combinés des bailleurs de fonds et du gouvernement sur la période de 2018 à 2022 (et au-delà) pour la SRMNEA et pour la nutrition étaient respectivement de 19 % et 19,4 % des ressources totales allouées au secteur de la santé. Notamment, lesdits engagements ont augmenté au cours des trois dernières années, de 2018 à 2020, de 85,6 % pour la SRMNEA et de 24,1 % pour la nutrition.

Financement de la santé	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Dépenses publiques générales de santé (DGGHE), par habitant (USD)	7,5	5,8	4,7	5,0	5,2	-	-
Taux d'exécution du budget de la santé (%)	-	98,3	91,3	92,3	98,6	83,5	-
Part du budget public consacré à la santé (%)	-	9,0	6,3	4,6	6,9	7,6	-
Part des dépenses de santé allant aux prestataires de première ligne (%)	-	-	-	-	-	29,8	-
Dépenses publiques générales de santé (DGGHE) en tant que part des dépenses publiques générales (%)	5,2	5,7	4,7	5,2	5,2	-	-
Somme des paiements directs des ménages pour la santé, par habitant (USD)	19,9	19,2	17,1	18,5	17,1	-	-

Indicateurs d'impact de la SRMNEA-N	Précédent		Récent	
Taux de mortalité maternelle (pour 100 000 naissances vivantes)	860	2014	-	-
Taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans (pour 1 000 naissances vivantes)	133	2014	122	2019
Taux de mortalité néonatale (pour 1 000 naissances vivantes)	34	2014	33	2019
Taux de natalité chez les adolescentes - 15-19 ans (pour 1 000 femmes)	179	2014	138	2019
Pourcentage de naissances < 24 mois après l'accouchement précédent (%)	30,2	2014	-	-
Retard de croissance parmi les enfants de moins de 5 ans (%)	31,9	2018	32	2019
Émaciation modérée à sévère parmi les enfants de moins de 5 ans (%)	13,5	2018	12,9	2019
Mortinaissances (pour 1 000 naissances)	-	-	-	-

Indicateurs de couverture de la SRMNEA-N

Les données sur tous les indicateurs de couverture de la SRMNEA-N rapportés proviennent des enquêtes de population les plus récentes disponibles.

- Soins prénatals (au moins 4 consultations)
- Recherche de traitement pour la pneumonie
- Besoins en planification familiale satisfaits (toutes les femmes)
- Trois doses de vaccin contre la diphtérie, le tétanos et la coqueluche (DTP)
- Accouchement dans un établissement de santé
- Sels de réhydratation par voie orale pour le traitement de la diarrhée
- Soins postnatals pour les mères
- Accouchement assisté par un prestataire qualifié
- Au moins 3 doses de SP/Fansidar pendant la grossesse
- Supplémentation en vitamine A, couverture totale



Le suivi du processus piloté par le pays

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



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



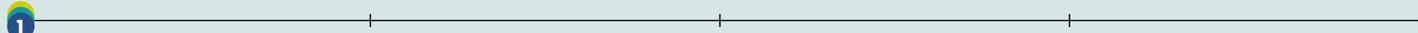
Un plan de mise en œuvre comprenant des initiatives visant à améliorer la mobilisation des ressources nationales (MRN), l'efficacité et/ou la protection financière



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



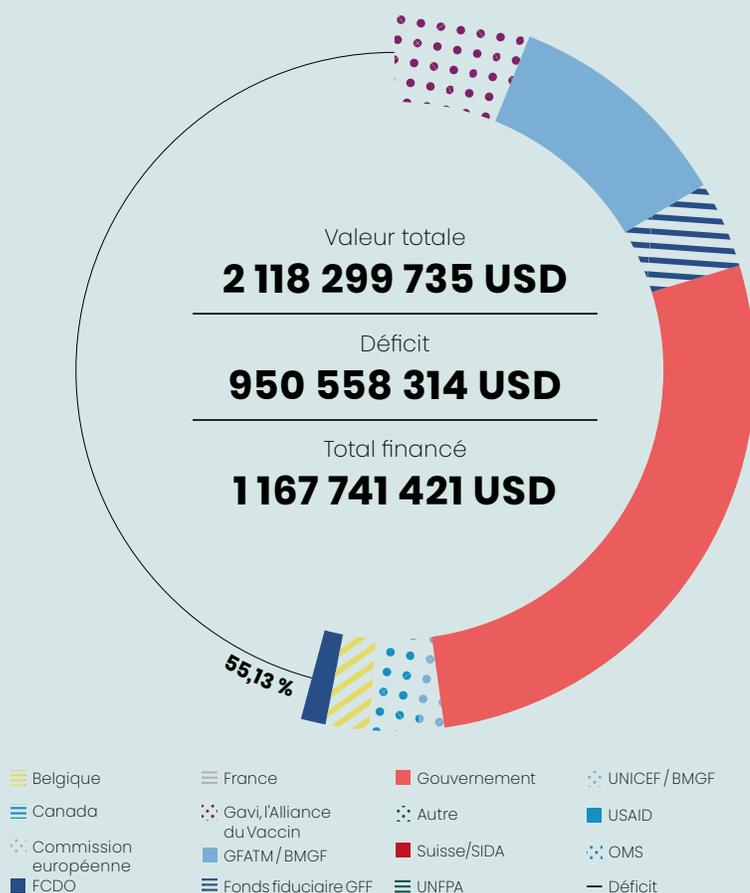
Analyse sur le genre/Stratégie sur le genre



● 2019 ● 2020 ● 2021 ● 2022

République démocratique du Congo

Exercice fiscal 2020



Cartographie des ressources

La cartographie des ressources a été achevée pour le Plan national de développement sanitaire (PNDS) 2019-22, qui sert de stratégie nationale de santé prioritaire et de dossier d'investissement (DI) du pays. Les données pour cette évaluation ont été fournies par le ministère de la Santé (Mds) à travers le processus de budgétisation basée sur les programmes (PBB), qui a consolidé le budget national et international ainsi que les données de dépenses en ce qui concerne le PNDS. Le groupe de coordination des bailleurs de fonds de la santé, connu sous le nom de Groupe inter-bailleurs de la santé (GIBS) a également fourni des informations en retour. Le ministère de la Santé a indiqué que ces estimations sont toujours en cours de mise à jour par le GIBS et pourraient changer. Le déficit de financement du DI a doublé entre 2019 et 2020, en raison d'une augmentation du coût du PNDS entre 2019 et 2020 et d'une diminution de la contribution des bailleurs de fonds au DI. En raison de la COVID-19, tous les bailleurs de fonds n'ont pas pu maintenir le même niveau d'engagement en 2020, car plusieurs d'entre eux ont dû redéfinir les priorités de financement pour la réponse à la COVID-19. Néanmoins, davantage de bailleurs de fonds sont alignés sur le DI en 2020 par rapport à 2019. Les ressources nationales ont légèrement augmenté en termes absolus mais ont diminué en termes relatifs pour couvrir le coût du DI.

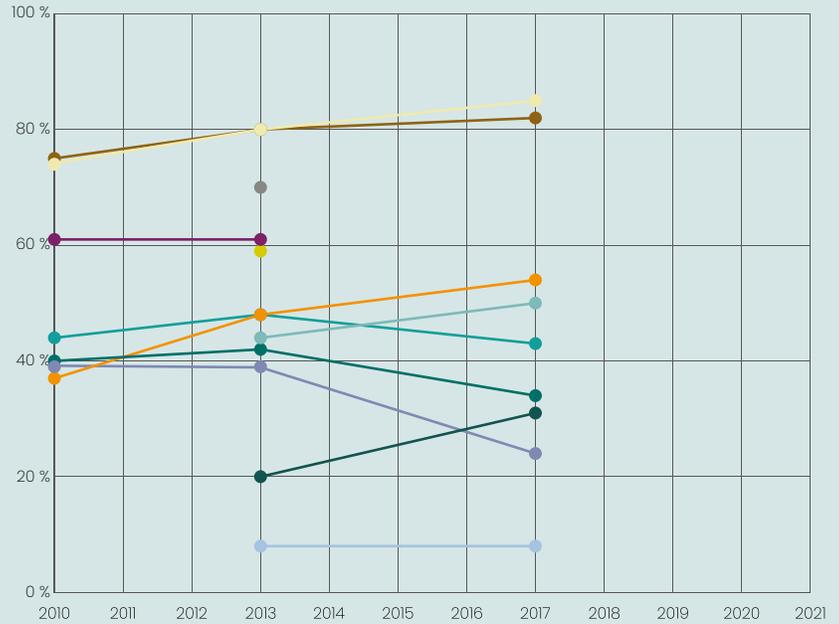
Financement de la santé	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Dépenses publiques générales de santé (DGGHE), par habitant (USD)	4,3	3,2	2,0	17,5	18,3	-	-
Taux d'exécution du budget de la santé (%)	34,1	97,0	54,0	52,7	57,1	67,7	-
Part du budget public consacré à la santé (%)	8,9	6,7	7,8	7,6	11,0	10,0	-
Part des dépenses de santé allant aux prestataires de première ligne (%)	29,0	9,0	9,0	12,0	15,0	21,3	-
Dépenses publiques générales de santé (DGGHE) en tant que part des dépenses publiques générales (%)	6,4	5,9	4,6	3,5	5,5	-	-
Somme des paiements directs des ménages pour la santé, par habitant (USD)	7,9	8,2	8,3	24,9	7,9	-	-

Indicateurs d'impact de la SRMNEA-N	Précédent		Récent	
Taux de mortalité maternelle (pour 100 000 naissances vivantes)	846	2014	-	-
Taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans (pour 1 000 naissances vivantes)	104	2014	70	2017
Taux de mortalité néonatale (pour 1 000 naissances vivantes)	28	2014	14	2017
Taux de natalité chez les adolescentes - 15-19 ans (pour 1 000 femmes)	138,1	2014	109	2017
Pourcentage de naissances < 24 mois après l'accouchement précédent (%)	27,1	2014	-	-
Retard de croissance parmi les enfants de moins de 5 ans (%)	42,7	2014	41,8	2017
Émaciation modérée à sévère parmi les enfants de moins de 5 ans (%)	7,9	2014	6,5	2017
Mortinaissances (pour 1 000 naissances)	-	-	-	-

Indicateurs de couverture de la SRMNEA-N

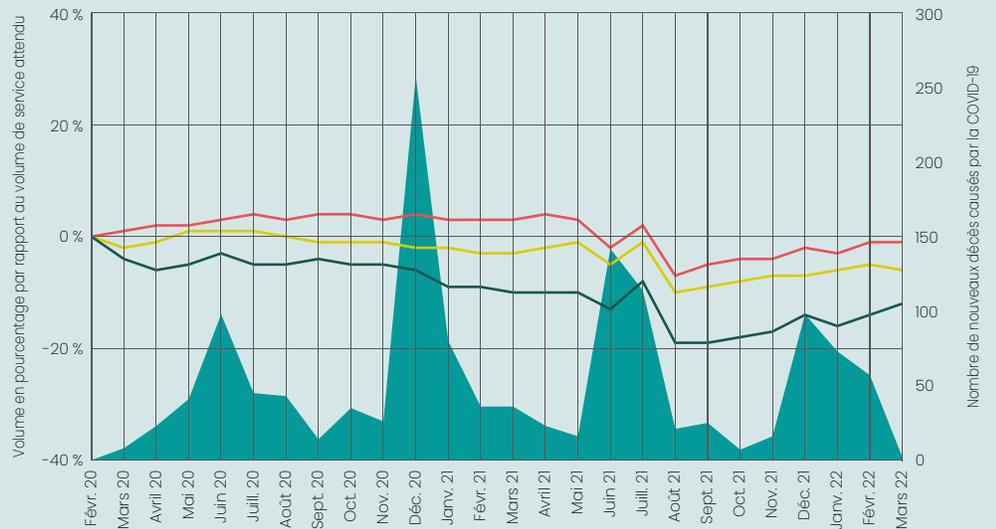
Les données sur tous les indicateurs de couverture de la SRMNEA-N rapportés proviennent des enquêtes de population les plus récentes disponibles.

- Soins prénatals (au moins 4 consultations)
- Contenu des soins prénatals : Comprimés ou sirop de fer reçus
- Recherche de traitement pour la pneumonie
- Besoins en planification familiale satisfaits (toutes les femmes)
- Allaitement maternel exclusif
- Trois doses de vaccin contre la diphtérie, le tétanos et la coqueluche (DTP)
- Accouchement dans un établissement de santé
- Régime alimentaire minimum acceptable
- Sels de réhydratation par voie orale pour le traitement de la diarrhée
- Soins postnatals pour les mères
- Accouchement assisté par un prestataire qualifié
- Supplémentation en vitamine A, couverture totale



Insuffisance dans la prestation de services par rapport aux tendances pré-pandémiques

- Nouveaux décès causés par la COVID-19
- Écart dans les visites ambulatoires
- Écart dans les accouchements dans un établissement de santé
- Écart dans les CPN4



Le suivi du processus piloté par le pays

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



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



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



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



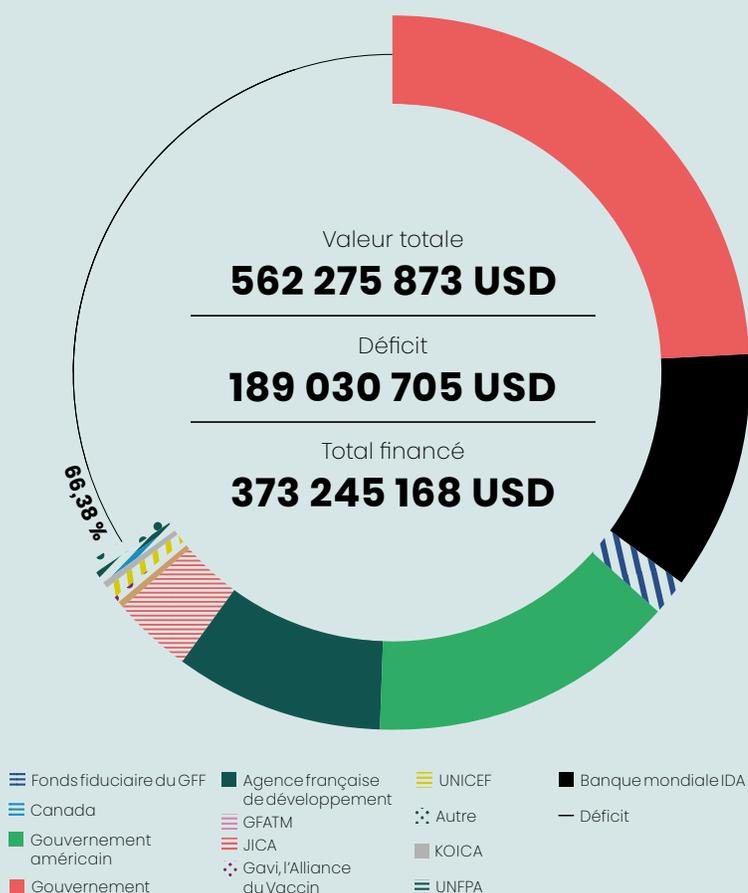
Analyse sur le genre/Stratégie sur le genre



● 2019 ● 2020 ● 2021 ● 2022

Côte d'Ivoire

Exercice fiscal 2021



Cartographie des ressources

Le processus de dossier d'investissement en Côte d'Ivoire a été central pour obtenir l'engagement du gouvernement à augmenter son budget annuel de santé, qui a augmenté de 16,6 % entre 2019 et 2020. Sur la base de l'augmentation du budget du gouvernement et des données de cartographie des ressources recueillies auprès des bailleurs de fonds, le déficit de financement des investissements a été réduit de 50 % entre 2020 et 2021, passant de 57 % en 2020 à 34 % en 2021. À partir de cette année, le ministère de la Santé et de l'Hygiène publique sera en charge du déploiement de l'exercice de CRSD à travers la direction des Affaires financières, qui travaillera sur l'intégration de la CRSD avec les comptes nationaux de la santé.

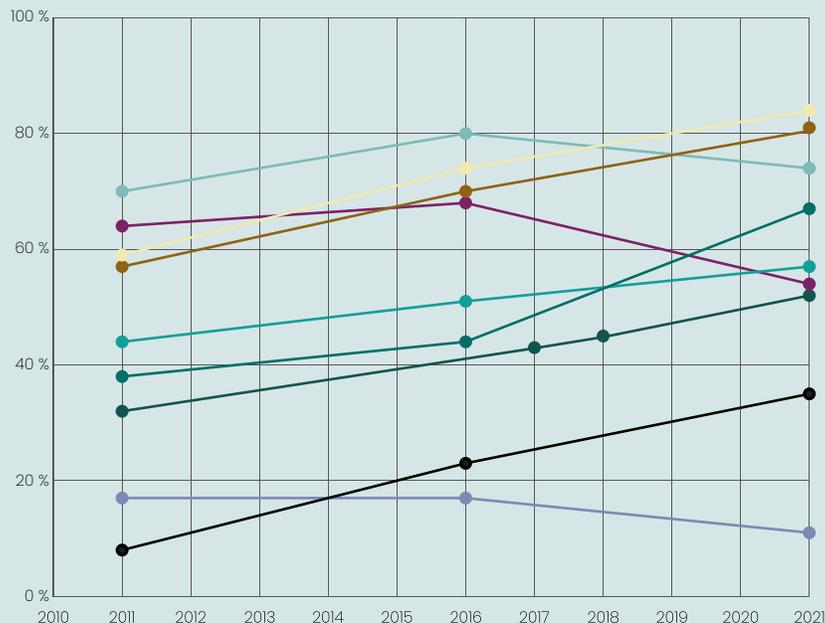
Financement de la santé	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Dépenses publiques générales de santé (DGGHE), par habitant (USD)	15,5	17,1	19,7	21	21,8	-	-
Taux d'exécution du budget de la santé (%)	-	90,0	90,0	86,0	85,0	70,0	-
Part du budget public consacré à la santé (%)	6,6	6,0	6,1	5,4	5,3	7,4	-
Dépenses publiques générales de santé (DGGHE) en tant que part des dépenses publiques générales (%)	4,7	4,8	5,1	5,1	5,5	-	-
Somme des paiements directs des ménages pour la santé, par habitant (USD)	27,0	27,0	27,3	28,3	28,0	-	-

Indicateurs d'impact de la SRMNEA-N	Précédent		Récent	
Taux de mortalité maternelle (pour 100 000 naissances vivantes)	614	2011	385	2021
Taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans (pour 1 000 naissances vivantes)	96	2016	74	2021
Taux de mortalité néonatale (pour 1 000 naissances vivantes)	33	2016	30	2021
Taux de natalité chez les adolescentes - 15-19 ans (pour 1 000 femmes)	124	2016	96	2021
Pourcentage de naissances < 24 mois après l'accouchement précédent (%)	14,9	2011	-	-
Retard de croissance parmi les enfants de moins de 5 ans (%)	21,6	2016	23,4	2021
Émaciation modérée à sévère parmi les enfants de moins de 5 ans (%)	6	2016	8,4	2021
Mortinaissances (pour 1 000 naissances)	-	-	-	-

Indicateurs de couverture de la SRMNEA-N

Les données sur tous les indicateurs de couverture de la SRMNEA-N rapportés proviennent des enquêtes de population les plus récentes disponibles.

- Soins prénatals (au moins 4 consultations)
- Recherche de traitement pour la pneumonie
- Besoins en planification familiale satisfaits (toutes les femmes)
- Trois doses de vaccin contre la diphtérie, le tétanos et la coqueluche (DTP)
- Sels de réhydratation par voie orale pour le traitement de la diarrhée
- Soins postnatals pour les mères
- Accouchement assisté par un prestataire qualifié
- Au moins 3 doses de SP/Fansidar pendant la grossesse



Le suivi du processus piloté par le pays

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

3

5

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

3

4

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

3

4

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

4

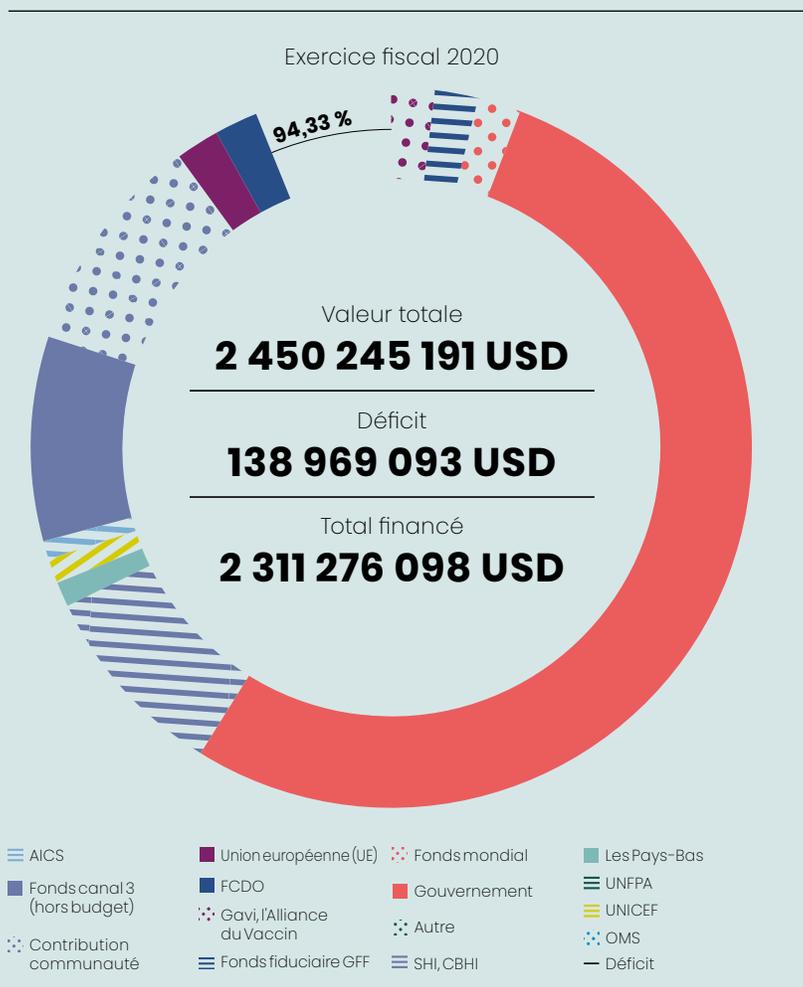
5

Analyse sur le genre/Stratégie sur le genre

1

● 2019 ● 2020 ● 2021 ● 2022

Éthiopie



Cartographie des ressources

La cartographie des ressources (CR) montre l'analyse réalisée pour l'exercice fiscal 2019-2020. La cartographie des ressources en Éthiopie est basée sur le Plan de transformation du secteur de la santé (HSTP). Le HSTP est la stratégie nationale de santé et le dossier d'investissement (DI). Les données consolidées pour cette évaluation étaient basées sur le budget annuel réel du HSTP et la cartographie annuelle des ressources du HSTP fournis par le ministère de la Santé. L'analyse des tendances de la CR a révélé des résultats majeurs en matière d'amélioration de l'engagement du gouvernement en faveur du secteur de la santé, ce qui a entraîné une baisse significative du déficit de financement du HSTP. Le financement du gouvernement au secteur de la santé a montré une augmentation significative de 38,5 % en 2018-19 à 53,1 % en 2019-20. En conséquence, le déficit de financement du HSTP a diminué de 26 % en 2018-19 à 5,7 % en 2019-20. D'autre part, la contribution des bailleurs de fonds à la fois sur et hors budget et l'alignement sur le DI sont plus ou moins similaires dans les deux exercices fiscaux. En outre, la contribution communautaire impliquant à la fois les sociétés en espèces et la contribution en nature au secteur a indiqué des niveaux de contribution similaires au cours des deux années.

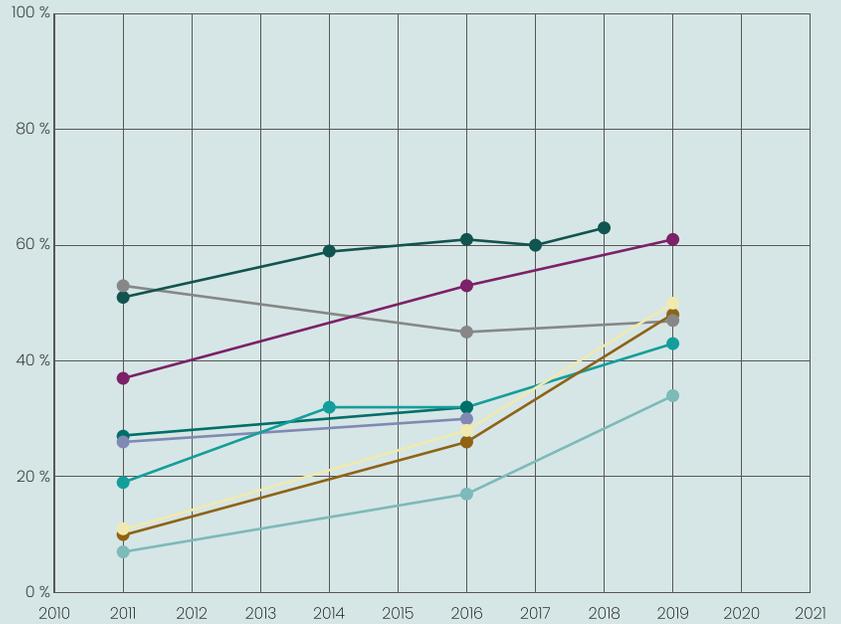
Financement de la santé	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Dépenses publiques générales de santé (DGGHE), par habitant (USD)	6,0	6,3	6,2	5,7	6,1	11,8	-
Taux d'exécution du budget de la santé (%)	-	80,0	77,0	83,0	-	90,9	-
Part du budget public consacré à la santé (%)	-	8,6	8,1	8,9	-	9,1	-
Part des dépenses de santé allant aux prestataires de première ligne (%)	-	36,0	41,0	37,0	-	28,9	-
Dépenses publiques générales de santé (DGGHE) en tant que part des dépenses publiques générales (%)	5,6	5,0	4,8	4,8	4,8	8,5	-
Somme des paiements directs des ménages pour la santé, par habitant (USD)	8,8	8,9	8,6	8,6	10,1	-	-

Indicateurs d'impact de la SRMNEA-N	Précédent		Récent	
Taux de mortalité maternelle (pour 100 000 naissances vivantes)	412	2016	-	-
Taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans (pour 1 000 naissances vivantes)	67	2016	55	2019
Taux de mortalité néonatale (pour 1 000 naissances vivantes)	29	2016	30	2019
Taux de natalité chez les adolescentes - 15-19 ans (pour 1 000 femmes)	80	2016	79	2019
Pourcentage de naissances < 24 mois après l'accouchement précédent (%)	21,7	2016	-	-
Retard de croissance parmi les enfants de moins de 5 ans (%)	38,4	2016	36,8	2019
Émaciation modérée à sévère parmi les enfants de moins de 5 ans (%)	9,8	2016	7,2	2019
Mortinaissances (pour 1 000 naissances)	17,3	2011	11,7	2016

Indicateurs de couverture de la SRMNEA-N

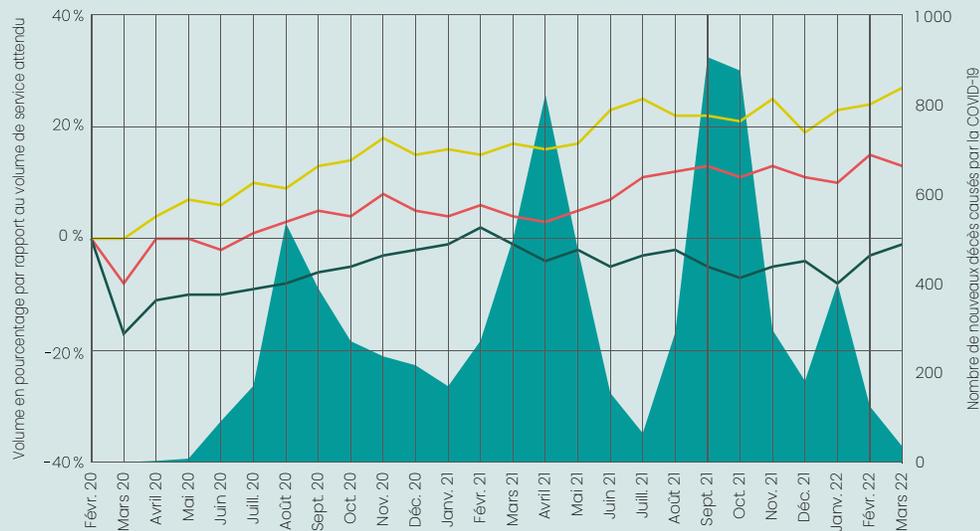
Les données sur tous les indicateurs de couverture de la SRMNEA-N rapportés proviennent des enquêtes de population les plus récentes disponibles.

- Soins prénatals (au moins 4 consultations)
- Recherche de traitement pour la pneumonie
- Besoins en planification familiale satisfaits (toutes les femmes)
- Trois doses de vaccin contre la diphtérie, le tétanos et la coqueluche (DTP)
- Accouchement dans un établissement de santé
- Sels de réhydratation par voie orale pour le traitement de la diarrhée
- Soins postnatals pour les mères
- Accouchement assisté par un prestataire qualifié
- Supplémentation en vitamine A, couverture totale



Insuffisance dans la prestation de services par rapport aux tendances pré-pandémiques

- Nouveaux décès causés par la COVID-19
- Écart dans les visites ambulatoires
- Écart dans les accouchements dans un établissement de santé
- Écart dans les CPN4



Le suivi du processus piloté par le pays

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

5

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

4

5

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

5

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

3

5

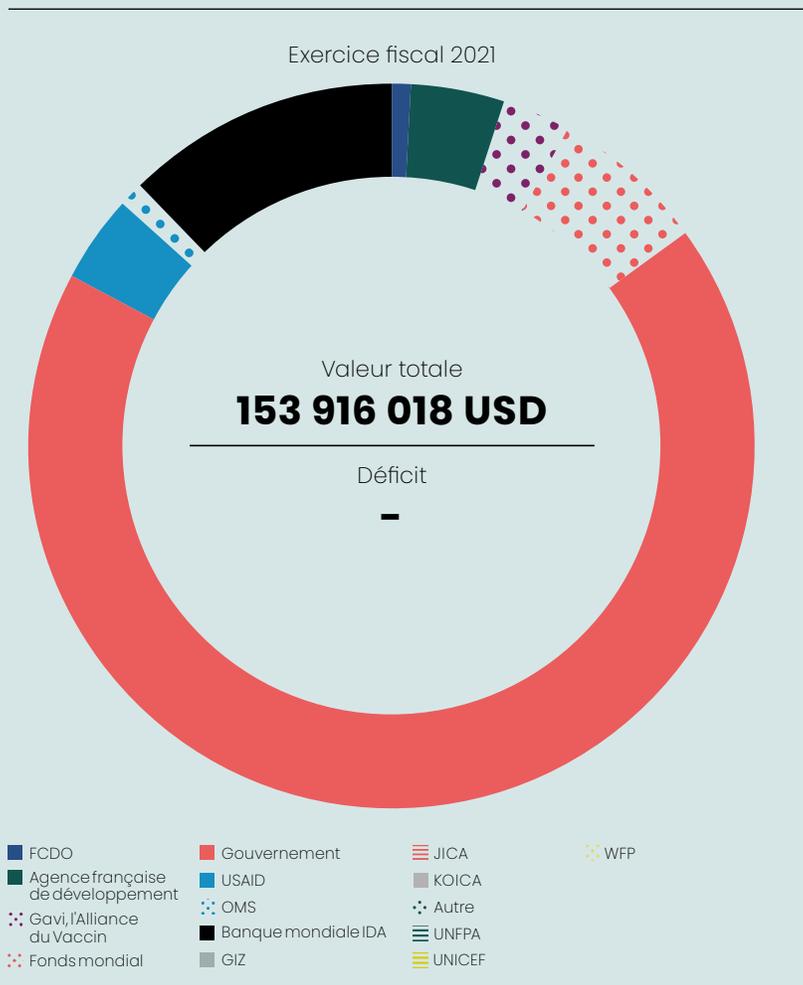
Analyse sur le genre/Stratégie sur le genre

1

4

● 2019 ● 2020 ● 2021 ● 2022

Ghana



Cartographie des ressources

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

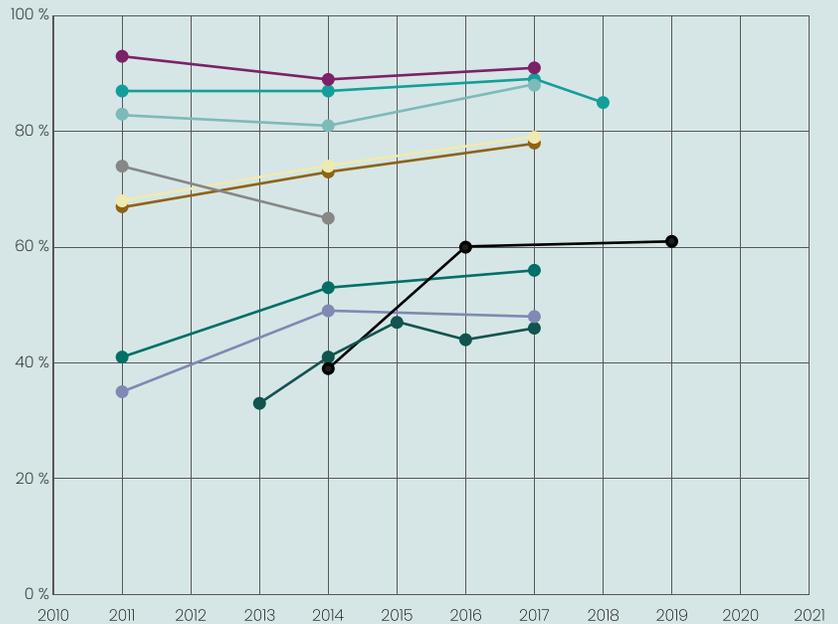
Financement de la santé	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Dépenses publiques générales de santé (DGGHE), par habitant (USD)	28,6	25,6	22,0	30,3	30,3	-	-
Taux d'exécution du budget de la santé (%)	-	124,8	72,8	102,9	109,0	96,0	-
Part du budget public consacré à la santé (%)	-	13,8	14,6	13,1	14,3	13,4	-
Dépenses publiques générales de santé (DGGHE) en tant que part des dépenses publiques générales (%)	8,6	6,5	6,0	6,4	6,5	-	-
Somme des paiements directs des ménages pour la santé, par habitant (USD)	29,2	25,3	27,8	28,7	27,3	-	-

Indicateurs d'impact de la SRMNEA-N	Précédent		Récent	
Taux de mortalité maternelle (pour 100 000 naissances vivantes)	325	2014	310	2017
Taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans (pour 1 000 naissances vivantes)	60	2014	56	2017
Taux de mortalité néonatale (pour 1 000 naissances vivantes)	29	2014	27	2017
Taux de natalité chez les adolescentes - 15-19 ans (pour 1 000 femmes)	76	2014	75	2017
Pourcentage de naissances < 24 mois après l'accouchement précédent (%)	13,1	2014	-	-
Retard de croissance parmi les enfants de moins de 5 ans (%)	18,8	2014	17,5	2017
Émaciation modérée à sévère parmi les enfants de moins de 5 ans (%)	4,7	2014	6,8	2017
Mortinaissances (pour 1 000 naissances)	14	2014	23,2	2017

Indicateurs de couverture de la SRMNEA-N

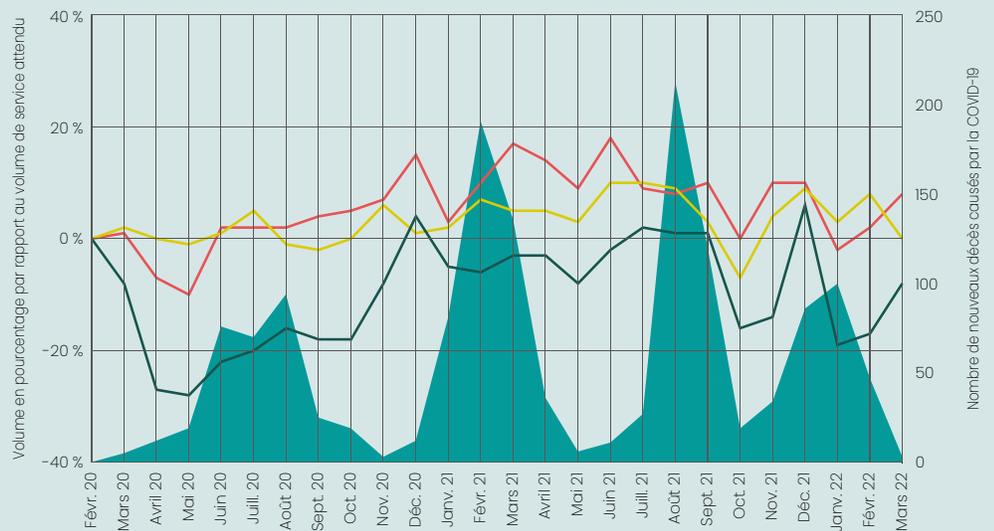
Les données sur tous les indicateurs de couverture de la SRMNEA-N rapportés proviennent des enquêtes de population les plus récentes disponibles.

- Soins prénatals (au moins 4 consultations)
- Recherche de traitement pour la pneumonie
- Besoins en planification familiale satisfaits (toutes les femmes)
- Trois doses de vaccin contre la diphtérie, le tétanos et la coqueluche (DTP)
- Accouchement dans un établissement de santé
- Sels de réhydratation par voie orale pour le traitement de la diarrhée
- Soins postnatals pour les mères
- Accouchement assisté par un prestataire qualifié
- Au moins 3 doses de SP/Fansidar pendant la grossesse
- Supplémentation en vitamine A, couverture totale



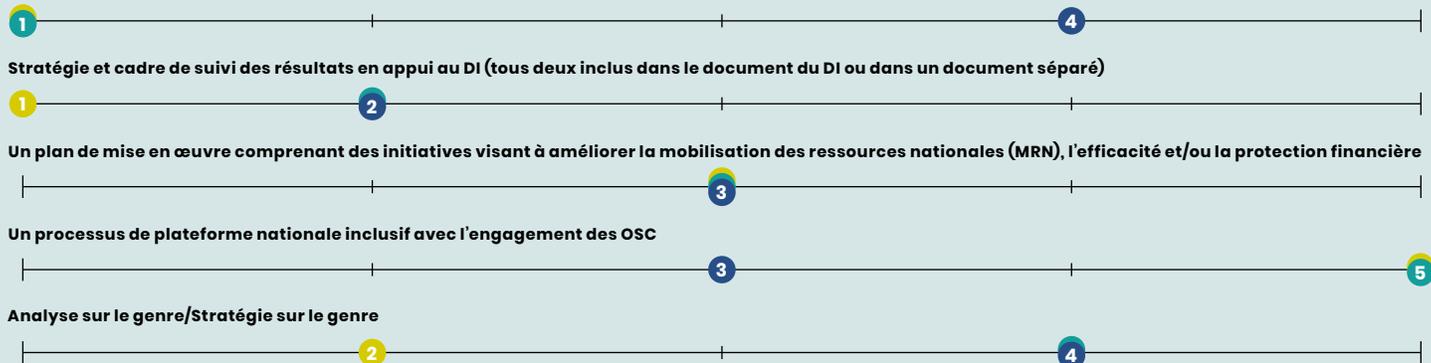
Insuffisance dans la prestation de services par rapport aux tendances pré-pandémiques

- Nouveaux décès causés par la COVID-19
- Écart dans les visites ambulatoires
- Écart dans les accouchements dans un établissement de santé
- Écart dans les CPN4



Le suivi du processus piloté par le pays

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



● 2019 ● 2020 ● 2021 ● 2022

Guatemala



Cartographie des ressources

Le Guatemala n'est pas dépendant du financement externe, avec moins de 2 % du financement total du secteur de la santé provenant de sources externes. Le Secrétariat national pour la sécurité alimentaire et la nutrition (SESAN), qui supervise la mise en œuvre du dossier d'investissement, a finalisé un exercice de calcul des coûts pour estimer les coûts totaux de sa mise en œuvre en 2021. Le GFF a exprimé son soutien à l'amélioration de l'utilité de l'évaluation des coûts par le biais d'une activité de cartographie des ressources qui met en correspondance les ressources disponibles et les coûts anticipés, et pour soutenir davantage la planification, la redéfinition potentielle des priorités et la mobilisation des ressources pour toute activité incluse dont il a été démontré qu'elle n'était pas financée. Bien que cette cartographie n'ait pas été initiée, le GFF continue à s'engager dans le dialogue politique afin d'exprimer son soutien à cet exercice de quelque manière que ce soit.

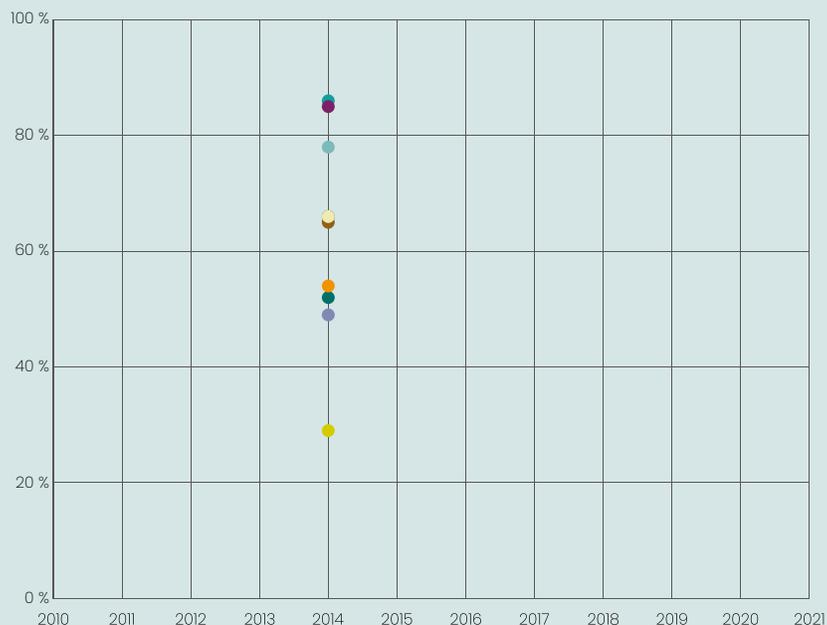
Financement de la santé	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Dépenses publiques générales de santé (DGGHE), par habitant (USD)	87,2	91,1	93,1	93,5	104,1	-	-
Taux d'exécution du budget de la santé (%)	84,0	92,8	86,1	91,8	95,4	86,5	-
Pourcentage des dépenses de santé courantes consacrées aux soins de santé primaires (%)	37,7	30,2	33,9	35	31,8	28,5	24,0
Part du budget public consacré à la santé (%)	9,3	9,0	9,0	9,1	9,4	11,4	15,1
Dépenses publiques générales de santé (DGGHE) en tant que part des dépenses publiques générales (%)	18,1	18,2	17,2	16,7	17,7	-	-
Somme des paiements directs des ménages pour la santé, par habitant (USD)	128,1	135,5	140,7	149,3	151,7	28,5	-

Indicateurs d'impact de la SRMNEA-N	Précédent		Récemment	
Taux de mortalité maternelle (pour 100 000 naissances vivantes)	140	2014/15	-	-
Taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans (pour 1 000 naissances vivantes)	19,7	2018	19,9	2019
Taux de mortalité néonatale (pour 1 000 naissances vivantes)	17	2014/15	-	-
Taux de natalité chez les adolescentes - 15-19 ans (pour 1 000 femmes)	92	2014/15	-	-
Pourcentage de naissances < 24 mois après l'accouchement précédent (%)	18,8	2014/15	-	-
Retard de croissance parmi les enfants de moins de 5 ans (%)	46,5	2014/15	-	-
Émaciation modérée à sévère parmi les enfants de moins de 5 ans (%)	0,7	2014/15	-	-
Mortinaissances (pour 1 000 naissances)	10,7	2014/15	-	-

Indicateurs de couverture de la SRMNEA-N

Les données sur tous les indicateurs de couverture de la SRMNEA-N rapportés proviennent des enquêtes de population les plus récentes disponibles.

- Soins prénatals (au moins 4 consultations)
- Contenu des soins prénatals : Comprimés ou sirop de fer reçus
- Recherche de traitement pour la pneumonie
- Besoins en planification familiale satisfaits (toutes les femmes)
- Allaitement maternel exclusif
- Trois doses de vaccin contre la diphtérie, le tétanos et la coqueluche (DTP)
- Accouchement dans un établissement de santé
- Sels de réhydratation par voie orale pour le traitement de la diarrhée
- Soins postnatals pour les mères
- Accouchement assisté par un prestataire qualifié



Le suivi du processus piloté par le pays

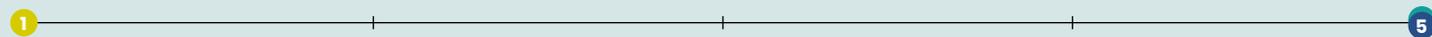
Dossier d'investissement pour la SRMNEA-N ou équivalent (par exemple, plan national de santé)



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



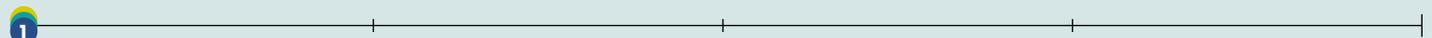
Un plan de mise en œuvre comprenant des initiatives visant à améliorer la mobilisation des ressources nationales (MRN), l'efficacité et/ou la protection financière



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



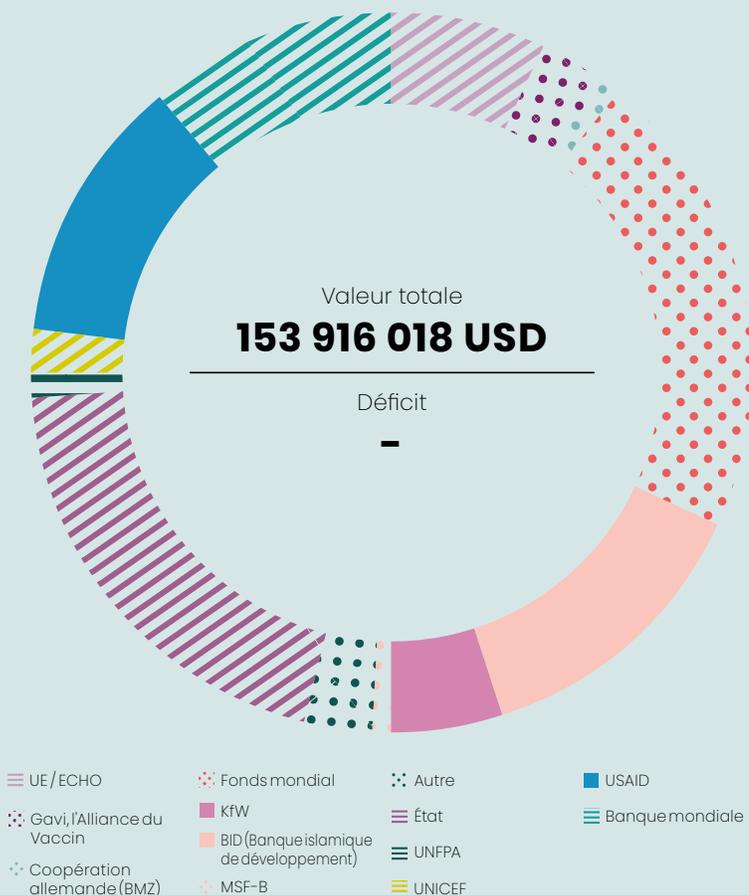
Analyse sur le genre/Stratégie sur le genre



● 2019 ● 2020 ● 2021 ● 2022

Guinée

Exercice fiscal 2022



Cartographie des ressources

La cartographie des ressources montre que l'allocation du budget de santé du gouvernement guinéen pour les priorités du dossier d'investissement ne représente que 1 % des fonds disponibles en 2021, alors qu'il y a une augmentation substantielle à 20 % en 2022, ce qui indique un fort engagement du gouvernement à repositionner les priorités de la SRMNEA-N en haut du programme de la santé.

En 2021, la totalité du financement du DI provient des partenaires techniques et financiers et les déficits de financement représentent 10 %. Le Fonds mondial (20 %), USAID (20 %), la Banque mondiale (16 %), Gavi (10 %) et l'Union européenne (6 %) sont les cinq principaux partenaires financiers. Leurs contributions combinées représentent environ 72 % du financement total du DI pour l'année fiscale 2021 (89,6 millions de dollars américains sur un total de 113,2 millions de dollars américains).

En 2022, si l'État respecte son engagement de soutenir 20 % du financement du DI, cela couvrira le déficit de financement. En plus des principaux partenaires, à savoir le Fonds mondial (21 %), USAID (12 %), la Banque mondiale (11 %) et l'Union européenne (7 %), il y a des engagements importants de la Banque islamique de développement, qui représenteront 13 % du financement global du DI en 2022.

Un nouvel exercice de cartographie des ressources permettra non seulement d'identifier les ressources pour 2023 et au-delà, mais aussi de suivre les dépenses en 2021 et 2022 des financements précédemment cartographiés.

Financement de la santé	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Dépenses publiques générales de santé (DGGHE), par habitant (USD)	3,3	4,9	3,5	5,9	9,7	-	-
Taux d'exécution du budget de la santé (%)	-	89,0	73,0	40,0	58,0	78,0	-
Part du budget public consacré à la santé (%)	-	5,0	6,0	7,0	8,0	6,0	-
Part des dépenses de santé allant aux prestataires de première ligne (%)	-	-	-	21,0	36,7	26,1	-
Dépenses publiques générales de santé (DGGHE) en tant que part des dépenses publiques générales (%)	2,0	4,1	5,1	3,9	6,1	-	-
Somme des paiements directs des ménages pour la santé, par habitant (USD)	22,1	19,7	21,6	24,0	25,5	-	-

Indicateurs d'impact de la SRMNEA-N	Précédent		Récent	
Taux de mortalité maternelle (pour 100 000 naissances vivantes)	724	2012	550	2016
Taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans (pour 1 000 naissances vivantes)	123	2012	111	2018
Taux de mortalité néonatale (pour 1 000 naissances vivantes)	33	2012	32	2018
Taux de natalité chez les adolescentes - 15-19 ans (pour 1 000 femmes)	146	2012	120	2018
Pourcentage de naissances < 24 mois après l'accouchement précédent (%)	12,8	2012	16,4	2018
Retard de croissance parmi les enfants de moins de 5 ans (%)	31,2	2012	30,3	2018
Émaciation modérée à sévère parmi les enfants de moins de 5 ans (%)	9,6	2012	9,2	2018
Mortinaissances (pour 1 000 naissances)	-	-	13,4	2018

Indicateurs de couverture de la SRMNEA-N

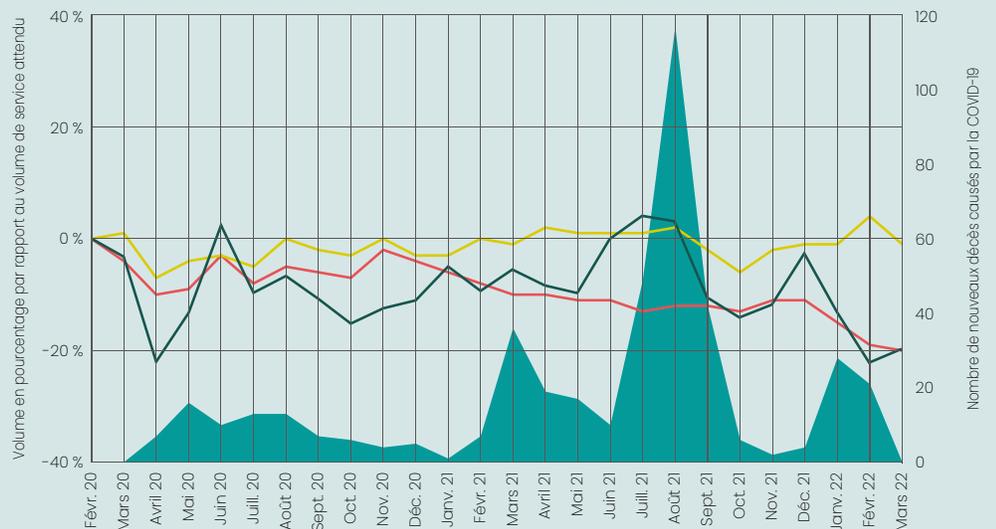
Les données sur tous les indicateurs de couverture de la SRMNEA-N rapportés proviennent des enquêtes de population les plus récentes disponibles.

- Soins prénatals (au moins 4 consultations)
- Recherche de traitement pour la pneumonie
- Besoins en planification familiale satisfaits (toutes les femmes)
- Trois doses de vaccin contre la diphtérie, le tétanos et la coqueluche (DTP)
- Accouchement dans un établissement de santé
- Sels de réhydratation par voie orale pour le traitement de la diarrhée
- Soins postnatals pour les mères
- Accouchement assisté par un prestataire qualifié
- Au moins 3 doses de SP/Fansidar pendant la grossesse
- Supplémentation en vitamine A, couverture totale



Insuffisance dans la prestation de services par rapport aux tendances pré-pandémiques

- Nouveaux décès causés par la COVID-19
- Écart dans les visites ambulatoires
- Écart dans les accouchements dans un établissement de santé
- Écart dans les CPN4



Le suivi du processus piloté par le pays

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



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



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



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



Analyse sur le genre/Stratégie sur le genre



● 2019 ● 2020 ● 2021 ● 2022

Haïti



Cartographie des ressources

En 2019, la division de la coopération externe au sein de l'unité de planification du ministère de la Santé publique et de la Population d'Haïti a développé un outil de cartographie des ressources à utiliser dans le secteur de la santé. Le lancement de l'outil a été interrompu par l'épidémie de COVID-19 et la montée de l'insécurité qui s'est ensuivie. Compte tenu des progrès récents dans l'élaboration des dossiers d'investissement (DI), un exercice plus simple de cartographie des ressources sera entrepris pour identifier l'alignement du financement disponible sur les priorités identifiées dans le DI.

Financement de la santé	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Dépenses publiques générales de santé (DGGHE), par habitant (USD)	7,4	6,5	7,4	7,7	6,3	-	-
Taux d'exécution du budget de la santé (%)	-	77,0	90,0	83,0	100,0	93,0	-
Part du budget public consacré à la santé (%)	-	4,4	3,9	3,9	10,9	4,1	-
Part des dépenses de santé allant aux prestataires de première ligne (%)	-	-	94,7	95,8	97,0	91,4	-
Dépenses publiques générales de santé (DGGHE) en tant que part des dépenses publiques générales (%)	4,4	5,0	5,4	4,9	5,4	-	-
Somme des paiements directs des ménages pour la santé, par habitant (USD)	22,9	20,9	25,1	28,0	24,7	-	-

Indicateurs d'impact de la SRMNEA-N	Précédent	Récent
Taux de mortalité maternelle (pour 100 000 naissances vivantes)	-	529 2016
Taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans (pour 1 000 naissances vivantes)	88 2012	81 2016
Taux de mortalité néonatale (pour 1 000 naissances vivantes)	31 2012	32 2016
Taux de natalité chez les adolescentes – 15-19 ans (pour 1 000 femmes)	66 2012	59 2016
Pourcentage de naissances < 24 mois après l'accouchement précédent (%)	19,4 2012	17,8 2016
Retard de croissance parmi les enfants de moins de 5 ans (%)	21,9 2012	21,9 2016
Émaciation modérée à sévère parmi les enfants de moins de 5 ans (%)	5,1 2012	3,6 2016
Mortinaissances (pour 1 000 naissances)	-	-

Indicateurs de couverture de la SRMNEA-N

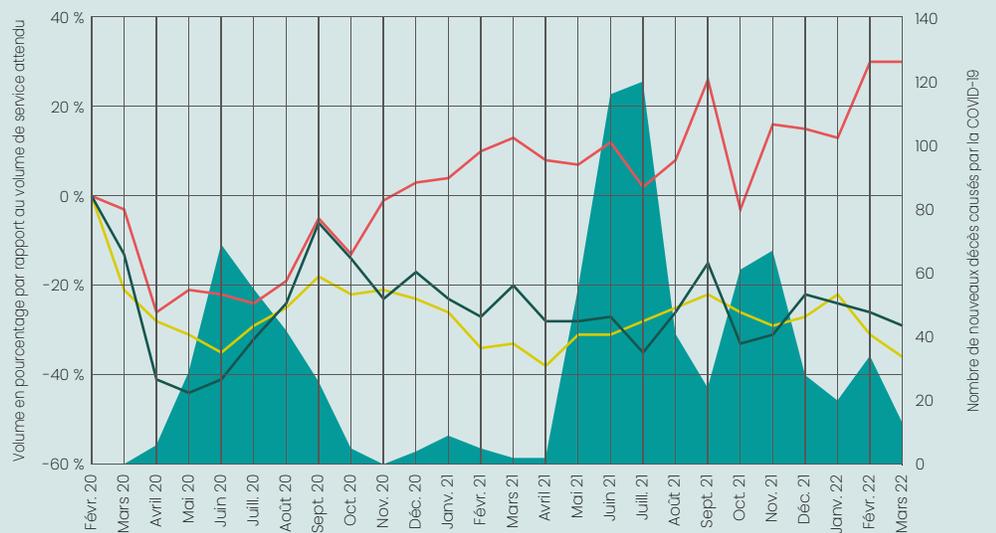
Les données sur tous les indicateurs de couverture de la SRMNEA-N rapportés proviennent des enquêtes de population les plus récentes disponibles.

- Soins prénatals (au moins 4 consultations)
- Recherche de traitement pour la pneumonie
- Besoins en planification familiale satisfaits (toutes les femmes)
- Trois doses de vaccin contre la diphtérie, le tétanos et la coqueluche (DTP)
- Accouchement dans un établissement de santé
- Sels de réhydratation par voie orale pour le traitement de la diarrhée
- Soins postnatals pour les mères
- Accouchement assisté par un prestataire qualifié
- Supplémentation en vitamine A, couverture totale



Insuffisance dans la prestation de services par rapport aux tendances pré-pandémiques

- Nouveaux décès causés par la COVID-19
- Écart dans les visites ambulatoires
- Écart dans les accouchements dans un établissement de santé
- Écart dans les CPN4



Le suivi du processus piloté par le pays

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



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



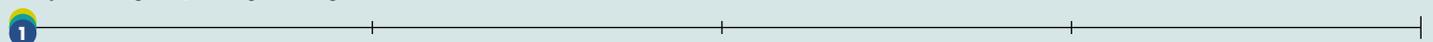
Un plan de mise en œuvre comprenant des initiatives visant à améliorer la mobilisation des ressources nationales (MRN), l'efficacité et/ou la protection financière



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



Analyse sur le genre/Stratégie sur le genre



● 2019 ● 2020 ● 2021 ● 2022

Indonésie



Cartographie des ressources

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

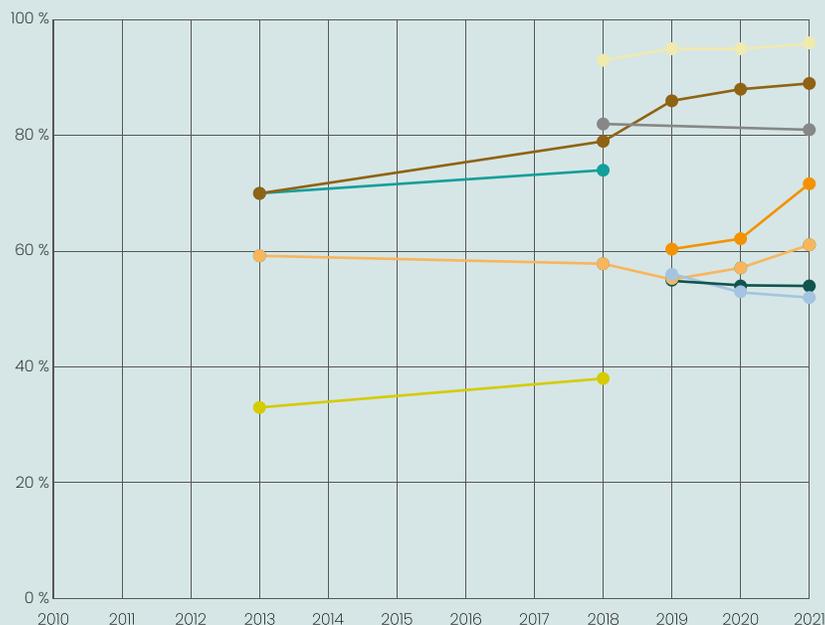
Financement de la santé	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Dépenses publiques générales de santé (DGGHE), par habitant (USD)	41,0	50,4	51,2	54,4	58,8	-	-
Taux d'exécution du budget de la santé (%)	-	90,0	97,0	62,0	-	-	-
Part du budget public consacré à la santé (%)	-	8,4	8,1	8,5	-	-	-
Part des dépenses de santé allant aux prestataires de première ligne (%)	-	17,4	25,5	27,3	-	-	-
Dépenses publiques générales de santé (DGGHE) en tant que part des dépenses publiques générales (%)	7,0	8,4	8,1	8,4	8,7	-	-
Somme des paiements directs des ménages pour la santé, par habitant (USD)	41,3	41,8	39,6	39,8	41,8	-	-

Indicateurs d'impact de la SRMNEA-N	Précédent		Récent	
Taux de mortalité maternelle (pour 100 000 naissances vivantes)	359	2012	305	2015
Taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans (pour 1 000 naissances vivantes)	40	2012	32	2017
Taux de mortalité néonatale (pour 1 000 naissances vivantes)	19	2012	15	2017
Taux de natalité chez les adolescentes - 15-19 ans (pour 1 000 femmes)	48	2012	36	2017
Pourcentage de naissances < 24 mois après l'accouchement précédent (%)	10,5	2012	9	2017
Retard de croissance parmi les enfants de moins de 5 ans (%)	27,7	2019	24,4	2021
Émaciation modérée à sévère parmi les enfants de moins de 5 ans (%)	7,4	2019	7,1	2021
Mortinaissances (pour 1 000 naissances)	10,6	2012	8,9	2017

Indicateurs de couverture de la SRMNEA-N

Les données sur tous les indicateurs de couverture de la SRMNEA-N rapportés proviennent des enquêtes de population les plus récentes disponibles.

- Soins prénatals (au moins 4 consultations)
- Contenu des soins prénatals : Comprimés ou sirop de fer reçus
- Besoins en planification familiale satisfaits (toutes les femmes)
- Allaitement maternel exclusif
- Accouchement dans un établissement de santé
- Régime alimentaire minimum acceptable
- Accouchement assisté par un prestataire qualifié
- Supplémentation en vitamine A, couverture totale
- Vaccination complète (enfants de 12 à 23 mois)



Le suivi du processus piloté par le pays

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



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



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



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



Analyse sur le genre/Stratégie sur le genre



● 2019 ● 2020 ● 2021 ● 2022

Kenya



Cartographie des ressources

La cartographie des ressources informe et soutient la mise en œuvre du cadre d'investissement de la SRMNEA. Le besoin financier pour les investissements en faveur de la SRMNEA pour les 20 comtés prioritaires a été estimé à 989 millions de dollars américains de 2017-18 à 2019-20 (selon le cadre d'investissement de la SRMNEA). Bien que des informations détaillées ne soient pas disponibles actuellement, le ministère de la Santé du Kenya estime que le gouvernement contribue à 43 % de toutes les dépenses de santé, les ménages (26 %) par le biais de paiements directs, les bailleurs de fonds (18 %) et d'autres sources privées (13 %), ce qui représente une tendance progressive vers une augmentation de la part du gouvernement dans le financement et une diminution de la part des partenaires externes. Les partenaires externes contribuant à la santé comprennent la Fondation Bill & Melinda Gates, la *Clinton Health Access Initiative*, le Fonds mondial, Gavi, les gouvernements du Danemark, du Japon (JICA), du Royaume-Uni (DFID) et des États-Unis (PEPFAR, USAID, CDC), les partenaires H6 des Nations Unies et la Banque mondiale.

Financement de la santé	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Dépenses publiques générales de santé (DGGHE), par habitant (USD)	28,2	31,0	32,4	31,7	38,4	-	-
Taux d'exécution du budget de la santé (%)	-	72,0	77,0	78,0	-	-	-
Part du budget public consacré à la santé (%)	-	6,5	6,8	7,4	9,1	11,5	-
Part des dépenses de santé allant aux prestataires de première ligne (%)	-	34,0	34,0	37,0	-	-	-
Dépenses publiques générales de santé (DGGHE) en tant que part des dépenses publiques générales (%)	7,8	8,0	7,9	7,3	8,3	-	-
Somme des paiements directs des ménages pour la santé, par habitant (USD)	18,8	18,1	18,2	17,2	20,3	-	-

Indicateurs d'impact de la SRMNEA-N	Précédent		Récemment	
Taux de mortalité maternelle (pour 100 000 naissances vivantes)	488	2008	362	2014
Taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans (pour 1 000 naissances vivantes)	74	2008	52	2014
Taux de mortalité néonatale (pour 1 000 naissances vivantes)	31	2008	22	2014
Taux de natalité chez les adolescentes - 15-19 ans (pour 1 000 femmes)	103	2008	96,3	2014
Pourcentage de naissances < 24 mois après l'accouchement précédent (%)	22,6	2008	17,9	2014
Retard de croissance parmi les enfants de moins de 5 ans (%)	35,3	2008	26,2	2014
Émaciation modérée à sévère parmi les enfants de moins de 5 ans (%)	6,7	2008	4	2014
Mortinaissances (pour 1 000 naissances)	11,5	2008	13,3	2014

Indicateurs de couverture de la SRMNEA-N

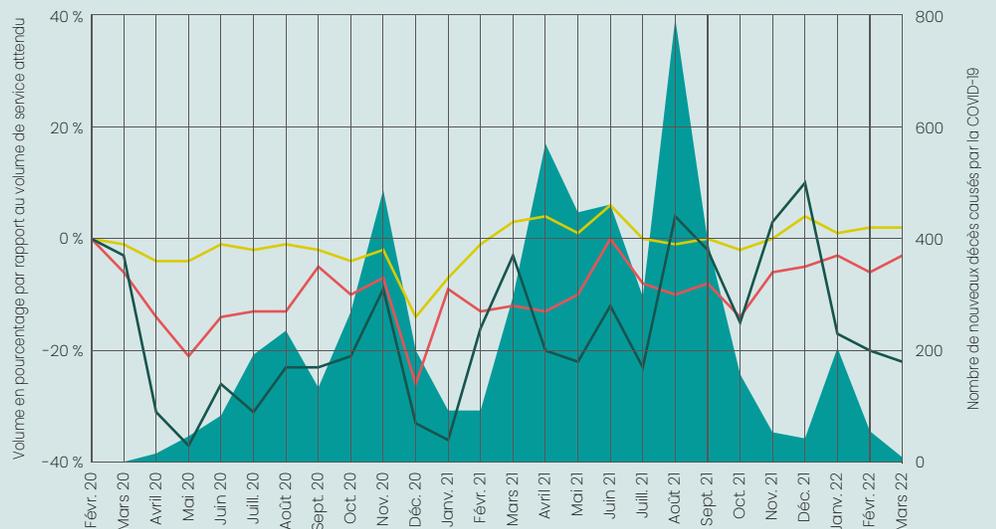
Les données sur tous les indicateurs de couverture de la SRMNEA-N rapportés proviennent des enquêtes de population les plus récentes disponibles.

- Soins prénatals (au moins 4 consultations)
- Recherche de traitement pour la pneumonie
- Besoins en planification familiale satisfaits (toutes les femmes)
- Trois doses de vaccin contre la diphtérie, le tétanos et la coqueluche (DTP)
- Accouchement dans un établissement de santé
- Sels de réhydratation par voie orale pour le traitement de la diarrhée
- Soins postnatals pour les mères
- Accouchement assisté par un prestataire qualifié
- Au moins 3 doses de SP/Fansidar pendant la grossesse
- Supplémentation en vitamine A, couverture totale



Insuffisance dans la prestation de services par rapport aux tendances pré-pandémiques

- Nouveaux décès causés par la COVID-19
- Écart dans les visites ambulatoires
- Écart dans les accouchements dans un établissement de santé
- Écart dans les CPN4



Le suivi du processus piloté par le pays

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

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

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

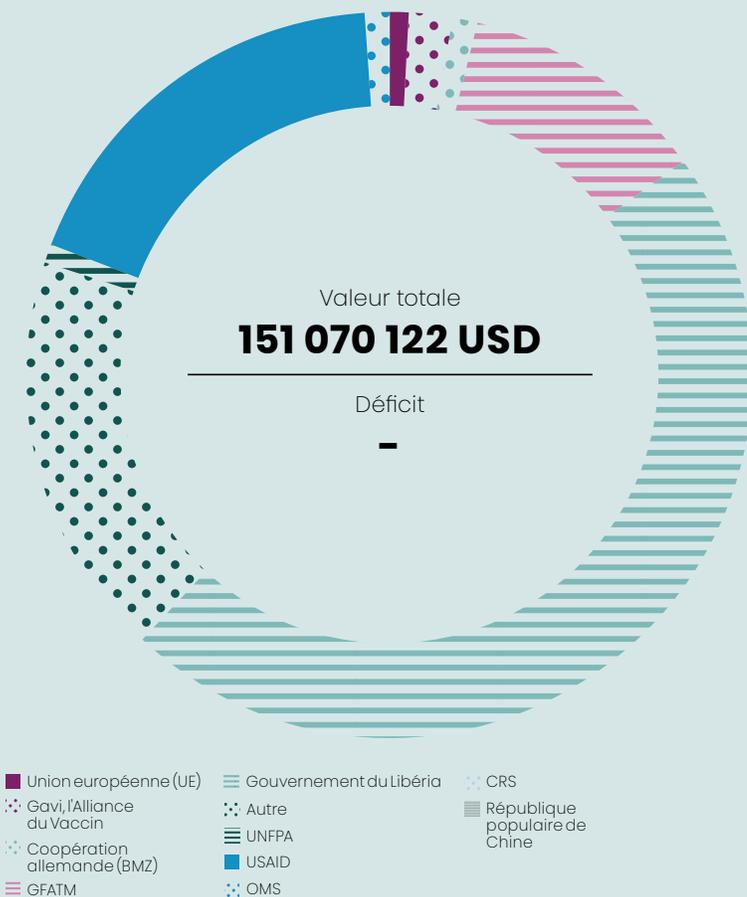
Un processus de plateforme nationale inclusif avec l'engagement des OSC

Analyse sur le genre/Stratégie sur le genre

● 2019 ● 2020 ● 2021 ● 2022

Libéria

Exercice fiscal 2021



Cartographie des ressources

La cartographie des ressources présentée dans le graphique provient du système national de cartographie des ressources en ligne du gouvernement du Libéria (ZOHO). En octobre 2021, le gouvernement et les bailleurs de fonds énumérés ci-dessous contribuent collectivement à hauteur de 151 millions de dollars américains au dossier d'investissement (DI). Les ressources publiques nationales représentent environ 47 % du total des ressources disponibles. Le gouvernement du Libéria s'engage à financer le DI par une mobilisation accrue des ressources et démontre son engagement en mettant à jour, en analysant et en prenant des décisions éclairées basées sur les données de cartographie des ressources.

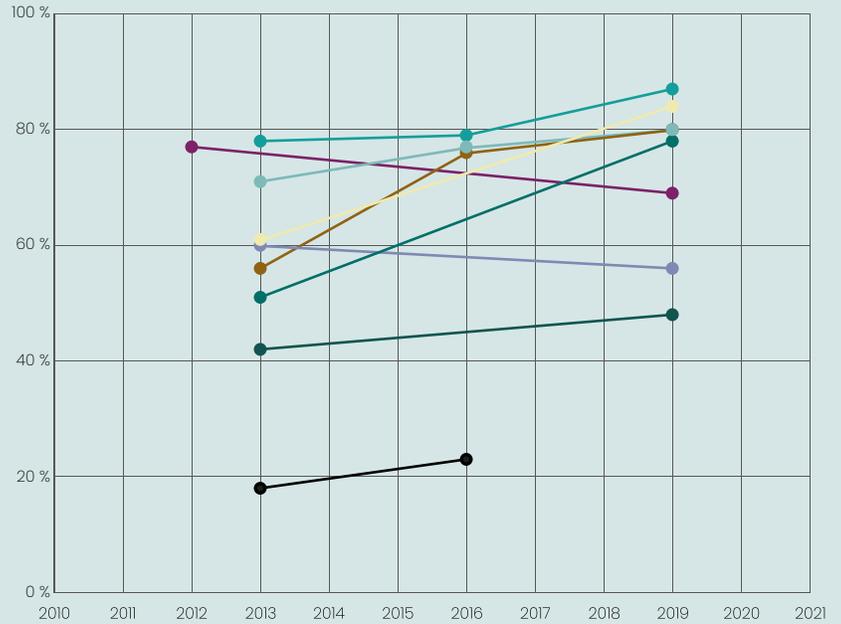
Financement de la santé	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Dépenses publiques générales de santé (DGGHE), par habitant (USD)	8,3	9,9	9,8	11,4	8,5	-	-
Taux d'exécution du budget de la santé (%)	88,7	88,8	69,9	84,0	79,3	99,9	-
Part du budget public consacré à la santé (%)	12,4	11,7	12,9	13,0	14,3	16,3	-
Part des dépenses de santé allant aux prestataires de première ligne (%)	-	43,0	43,0	32,0	-	-	-
Dépenses publiques générales de santé (DGGHE) en tant que part des dépenses publiques générales (%)	3,3	3,9	4,2	5,3	4,1	-	-
Somme des paiements directs des ménages pour la santé, par habitant (USD)	34,2	32,8	25,9	29,0	28,6	-	-

Indicateurs d'impact de la SRMNEA-N	Précédent		Récemment	
Taux de mortalité maternelle (pour 100 000 naissances vivantes)	1072	2013	742	2019
Taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans (pour 1 000 naissances vivantes)	94	2013	93	2019
Taux de mortalité néonatale (pour 1 000 naissances vivantes)	26	2013	37	2019
Taux de natalité chez les adolescentes - 15-19 ans (pour 1 000 femmes)	149	2013	128	2019
Pourcentage de naissances < 24 mois après l'accouchement précédent (%)	15,5	2013	-	-
Retard de croissance parmi les enfants de moins de 5 ans (%)	31,6	2013	30	2019
Émaciation modérée à sévère parmi les enfants de moins de 5 ans (%)	5,6	2013	3	2019
Mortinaissances (pour 1 000 naissances)	10,7	2013	11,5	2019

Indicateurs de couverture de la SRMNEA-N

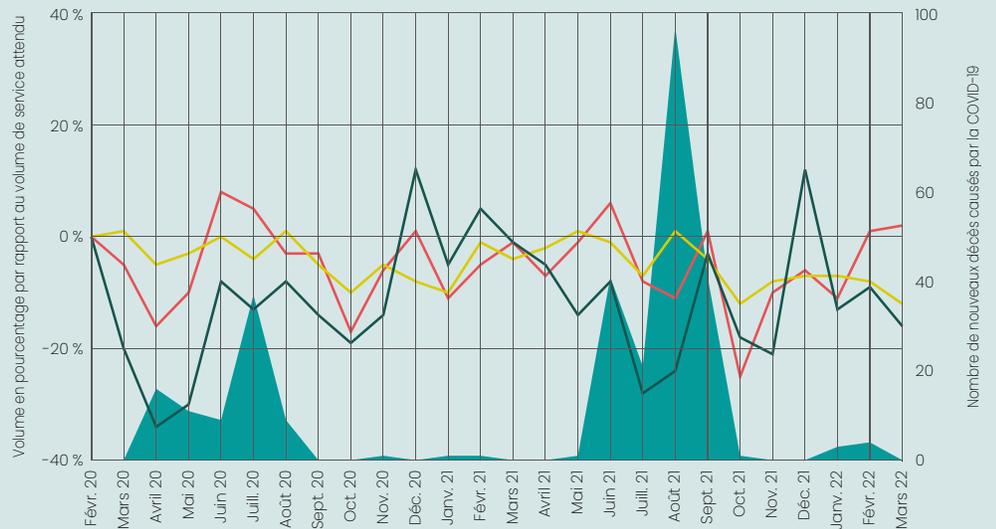
Les données sur tous les indicateurs de couverture de la SRMNEA-N rapportés proviennent des enquêtes de population les plus récentes disponibles.

- Soins prénatals (au moins 4 consultations)
- Recherche de traitement pour la pneumonie
- Besoins en planification familiale satisfaits (toutes les femmes)
- Trois doses de vaccin contre la diphtérie, le tétanos et la coqueluche (DTP)
- Accouchement dans un établissement de santé
- Sels de réhydratation par voie orale pour le traitement de la diarrhée
- Soins postnatals pour les mères
- Accouchement assisté par un prestataire qualifié
- Au moins 3 doses de SP/Fansidar pendant la grossesse



Insuffisance dans la prestation de services par rapport aux tendances pré-pandémiques

- Nouveaux décès causés par la COVID-19
- Écart dans les visites ambulatoires
- Écart dans les accouchements dans un établissement de santé
- Écart dans les CPN4



Le suivi du processus piloté par le pays

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

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

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

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

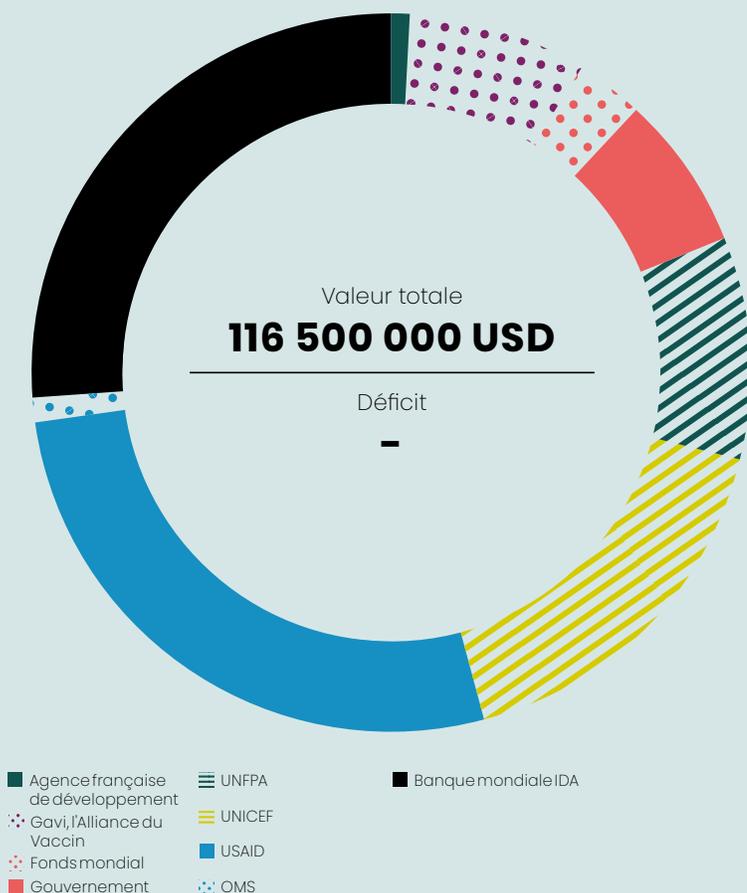
Analyse sur le genre/Stratégie sur le genre

● 2019 ● 2020 ● 2021 ● 2022

5
5
5
5
5

Madagascar

Exercice fiscal 2021



Cartographie des ressources

Un exercice de cartographie des ressources et de suivi des dépenses (CRSD) a accompagné le développement du dossier d'investissement (DI) de la SRMNEA-N et a été achevé en 2020. Couvrant la période de 2020 à 2023, l'exercice a identifié les ressources disponibles auprès des bailleurs de fonds ainsi qu'au niveau du budget du gouvernement. L'exercice de CRSD a montré que, pour l'exercice 2021, environ 116 millions de dollars américains étaient disponibles pour couvrir le coût des interventions incluses dans le DI, dont environ 93 % ont été fournis par les partenaires de développement. Parmi les partenaires, les contributions financières les plus importantes ont été fournies par la Banque mondiale, par le biais d'un financement IDA, et par l'USAID. L'exercice a également révélé d'importants déficits de financement pour 2021, notamment concernant la vaccination systématique des enfants.

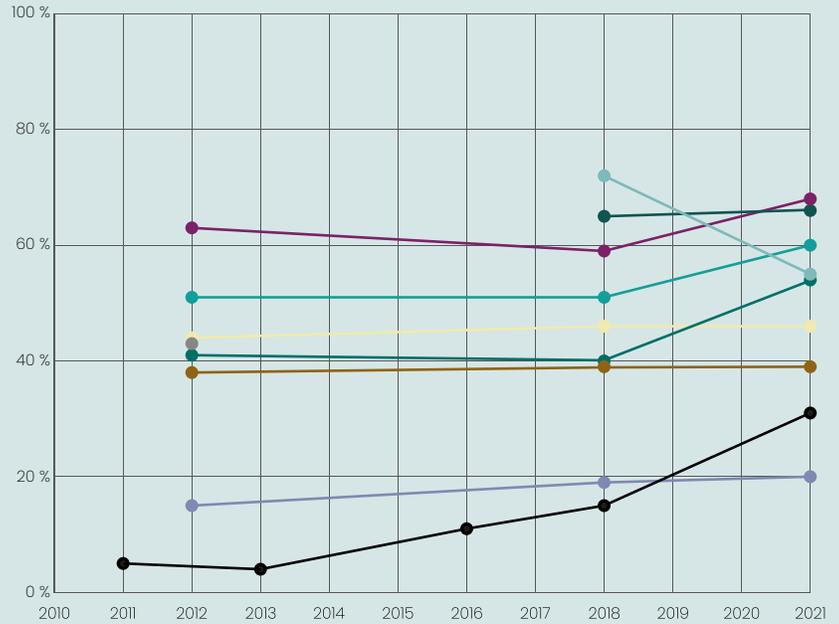
Financement de la santé	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Dépenses publiques générales de santé (DGGHE), par habitant (USD)	9,3	11,3	11,6	7,9	6,4	-	-
Taux d'exécution du budget de la santé (%)	-	-	-	-	86,0	91,0	-
Part du budget public consacré à la santé (%) (n'inclut pas les données des partenaires/financements externes)	-	-	-	-	4,6	4,2	-
Part des dépenses de santé allant aux prestataires de première ligne (%)	-	-	-	-	-	1,8	-
Dépenses publiques générales de santé (DGGHE) en tant que part des dépenses publiques générales (%)	15,3	17,5	15,0	10,5	8,0	-	-
Somme des paiements directs des ménages pour la santé, par habitant (USD)	5,6	5,4	6,1	6,5	6,5	-	-

Indicateurs d'impact de la SRMNEA-N	Précédent	Récent
Taux de mortalité maternelle (pour 100 000 naissances vivantes)	-	-
Taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans (pour 1 000 naissances vivantes)	59	30
Taux de mortalité néonatale (pour 1 000 naissances vivantes)	21	26
Taux de natalité chez les adolescentes - 15-19 ans (pour 1 000 femmes)	151	143
Pourcentage de naissances < 24 mois après l'accouchement précédent (%)	22,9	22
Retard de croissance parmi les enfants de moins de 5 ans (%)	41,6	39,8
Émaciation modérée à sévère parmi les enfants de moins de 5 ans (%)	6,4	7,7
Mortinaissances (pour 1 000 naissances)	-	-

Indicateurs de couverture de la SRMNEA-N

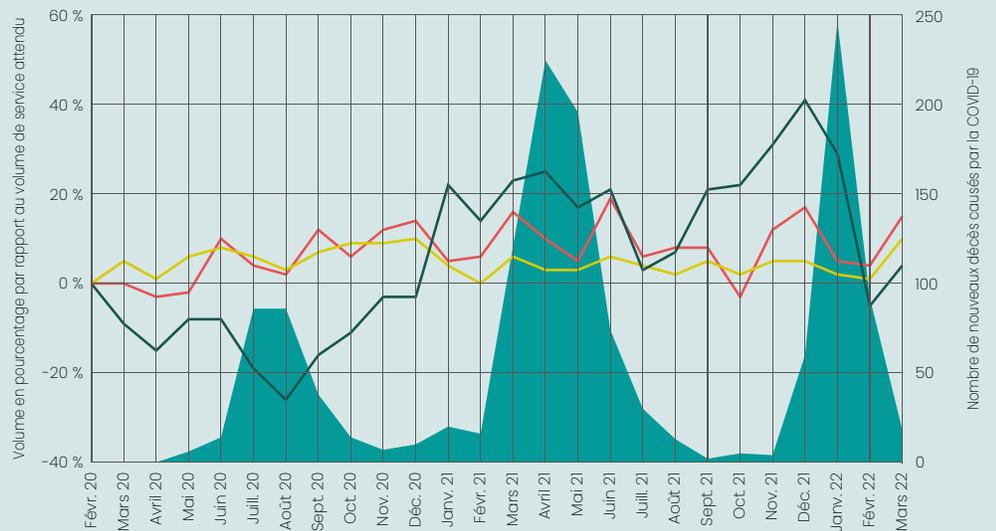
Les données sur tous les indicateurs de couverture de la SRMNEA-N rapportés proviennent des enquêtes de population les plus récentes disponibles.

- Soins prénatals (au moins 4 consultations)
- Recherche de traitement pour la pneumonie
- Besoins en planification familiale satisfaits (toutes les femmes)
- Trois doses de vaccin contre la diphtérie, le tétanos et la coqueluche (DTP)
- Accouchement dans un établissement de santé
- Sels de réhydratation par voie orale pour le traitement de la diarrhée
- Soins postnatals pour les mères
- Accouchement assisté par un prestataire qualifié
- Au moins 3 doses de SP/Fansidar pendant la grossesse
- Supplémentation en vitamine A, couverture totale



Insuffisance dans la prestation de services par rapport aux tendances pré-pandémiques

- Nouveaux décès causés par la COVID-19
- Écart dans les visites ambulatoires
- Écart dans les accouchements dans un établissement de santé
- Écart dans les CPN4



Le suivi du processus piloté par le pays

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



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



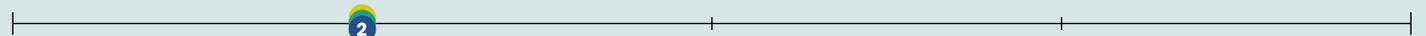
Un plan de mise en œuvre comprenant des initiatives visant à améliorer la mobilisation des ressources nationales (MRN), l'efficacité et/ou la protection financière



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



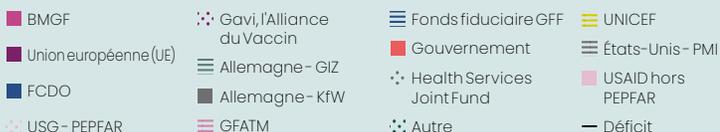
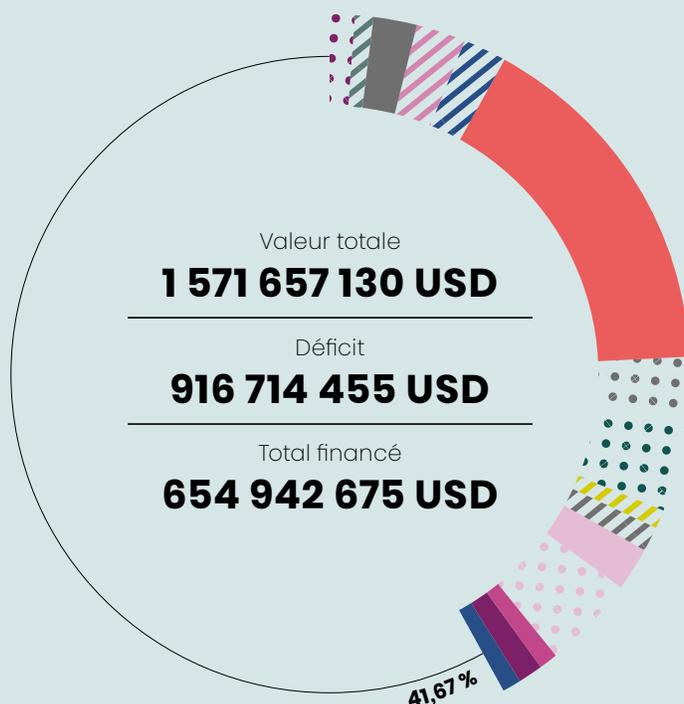
Analyse sur le genre/Stratégie sur le genre



● 2019 ● 2020 ● 2021 ● 2022

Malawi

Exercice fiscal 2021



Cartographie des ressources

Le Malawi a réalisé un exercice complet de cartographie des ressources et de suivi des dépenses du secteur de la santé. Au Malawi, plus de 180 bailleurs de fonds et partenaires de mise en œuvre contribuent au financement de la santé, les fonds extérieurs représentant 75 % du financement. De ce fait, la coordination de l'aide est une priorité essentielle de l'amélioration de l'efficacité des dépenses de santé. Le ministère de la Santé a consolidé et chiffré les priorités à partir de plans et stratégies annuelles du gouvernement national et des gouvernements infranationaux, puis analysé le niveau des financements et l'urgence par priorité et par district. Le plan opérationnel HSSP II qui en a résulté, lancé en juillet 2020, illustre les principaux déficits de financement et les opportunités d'amélioration de l'efficacité allocative et de l'efficacité de l'aide. Le gouvernement du Malawi continuera la mise à jour annuelle de cet outil opérationnel, en insistant sur l'utilisation des données et la mise en œuvre du suivi.

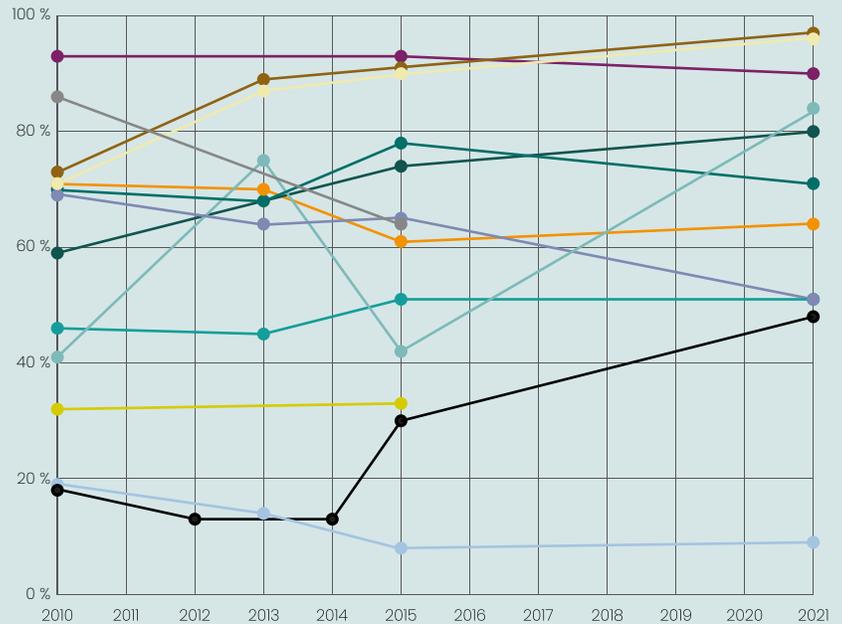
Financement de la santé	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Dépenses publiques générales de santé (DGGHE), par habitant (USD)	-	-	-	9,2	9,9	-	-
Total des dépenses publiques de santé par habitant	-	10,0	8,9	9,6	8,6	10,7	-
Total des dépenses publiques de santé en % du total des dépenses publiques	-	11,9	10,0	9,5	-	-	-
Taux d'exécution du budget de la santé (%)	-	103,0	94,0	98,0	92,0	89,0	-
Part du budget public consacré à la santé (%)	-	10,2	9,6	9,7	9,4	9,3	10,0
Dépenses publiques générales de santé (DGGHE) en tant que part des dépenses publiques générales (%)	-	-	-	-	8,7	-	-
Somme des paiements directs des ménages pour la santé, par habitant (USD)	3,9	3,5	3,6	4,0	5,1	-	-

Indicateurs d'impact de la SRMNEA-N	Précédent		Récemment	
Taux de mortalité maternelle (pour 100 000 naissances vivantes)	675	2010	439	2015
Taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans (pour 1 000 naissances vivantes)	63	2015	56	2019
Taux de mortalité néonatale (pour 1 000 naissances vivantes)	27	2015	26	2019
Taux de natalité chez les adolescentes - 15-19 ans (pour 1 000 femmes)	136	2015	136	2019
Pourcentage de naissances < 24 mois après l'accouchement précédent (%)	15	2010	11,5	2015
Retard de croissance parmi les enfants de moins de 5 ans (%)	37	2015	35,5	2019
Émaciation modérée à sévère parmi les enfants de moins de 5 ans (%)	3	2015	2,6	2019
Mortinaissances (pour 1 000 naissances)	15,8	2010	13,5	2015

Indicateurs de couverture de la SRMNEA-N

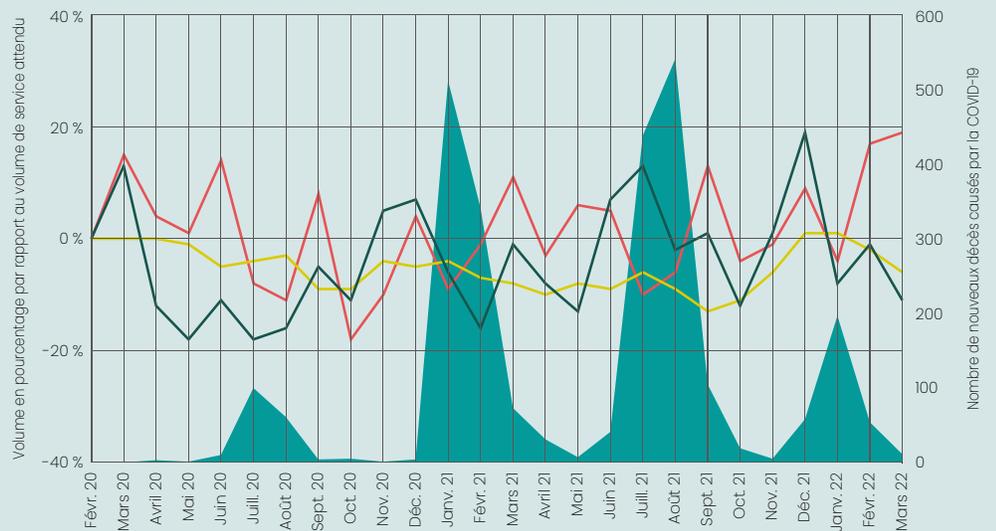
Les données sur tous les indicateurs de couverture de la SRMNEA-N rapportés proviennent des enquêtes de population les plus récentes disponibles.

- Soins prénatals (au moins 4 consultations)
- Contenu des soins prénatals : Comprimés ou sirop de fer reçus
- Recherche de traitement pour la pneumonie
- Besoins en planification familiale satisfaits (toutes les femmes)
- Allaitement maternel exclusif
- Trois doses de vaccin contre la diphtérie, le tétanos et la coqueluche (DTP)
- Accouchement dans un établissement de santé
- Régime alimentaire minimum acceptable
- Sels de réhydratation par voie orale pour le traitement de la diarrhée
- Soins postnatals pour les mères
- Accouchement assisté par un prestataire qualifié
- Au moins 3 doses de SP/Fansidar pendant la grossesse
- Supplémentation en vitamine A, couverture totale



Insuffisance dans la prestation de services par rapport aux tendances pré-pandémiques

- Nouveaux décès causés par la COVID-19
- Écart dans les visites ambulatoires
- Écart dans les accouchements dans un établissement de santé
- Écart dans les CPN4

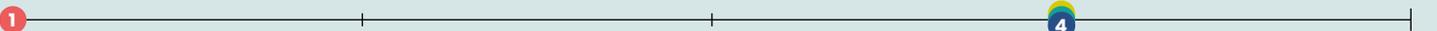


Le suivi du processus piloté par le pays

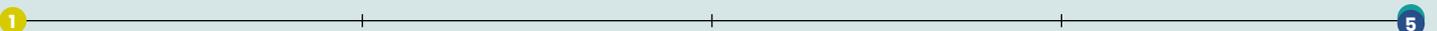
Dossier d'investissement pour la SRMNEA-N ou équivalent (par exemple, plan national de santé)



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



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



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



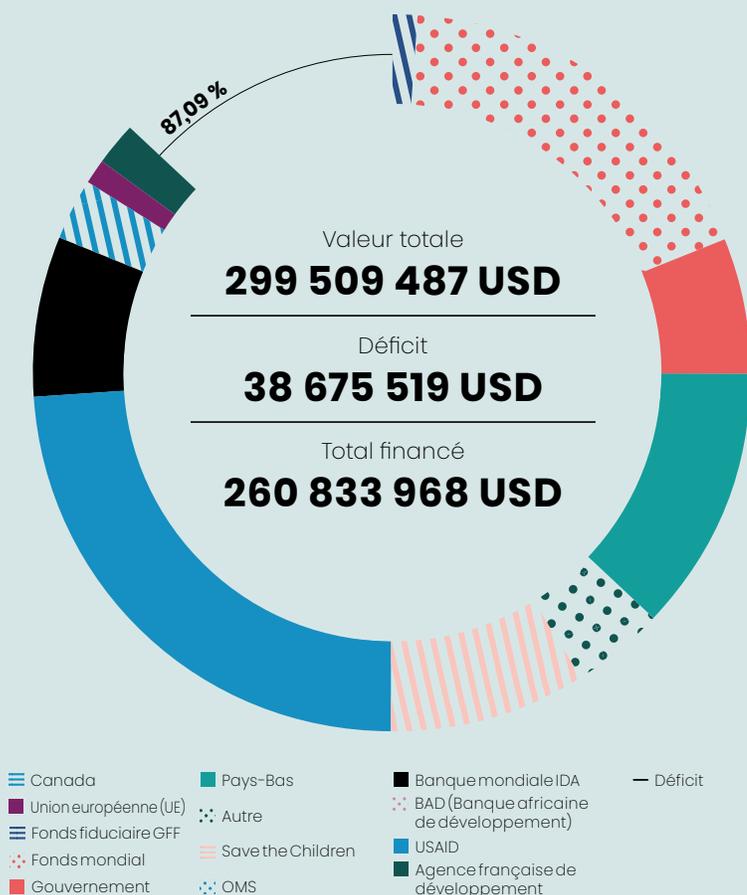
Analyse sur le genre/Stratégie sur le genre



● 2019 ● 2020 ● 2021 ● 2022

Mali

Exercice fiscal 2020



Cartographie des ressources

En 2020, le Mali a réalisé le premier cycle de cartographie des ressources de son dossier d'investissement (DI) pour la période 2019-2023, qui cible trois domaines prioritaires : la prestation de services de santé de qualité dans le continuum de soins, le soutien aux piliers du système de santé et la gouvernance. L'exercice a permis de suivre les dépenses réelles pour 2018 et 2019, et d'évaluer également les engagements budgétaires au niveau infranational, pour l'ensemble des 74 districts.

Comme le Mali a rejoint le GFF à la mi-2018, il en est aux étapes initiales de l'institutionnalisation de la cartographie des ressources, ayant d'abord élaboré son DI. La collecte des données pour l'exercice de cartographie des ressources et de suivi des dépenses a été achevée en 2020, avec des résultats finaux validés en septembre 2020. La cartographie des ressources sera utilisée pour évaluer l'alignement avec le Plan d'action du Mali (en cours d'élaboration), pour évaluer l'allocation des ressources infranationales et pour plaider en faveur de fonds supplémentaires afin de combler le déficit de financement. Le cycle suivant est en cours de préparation.

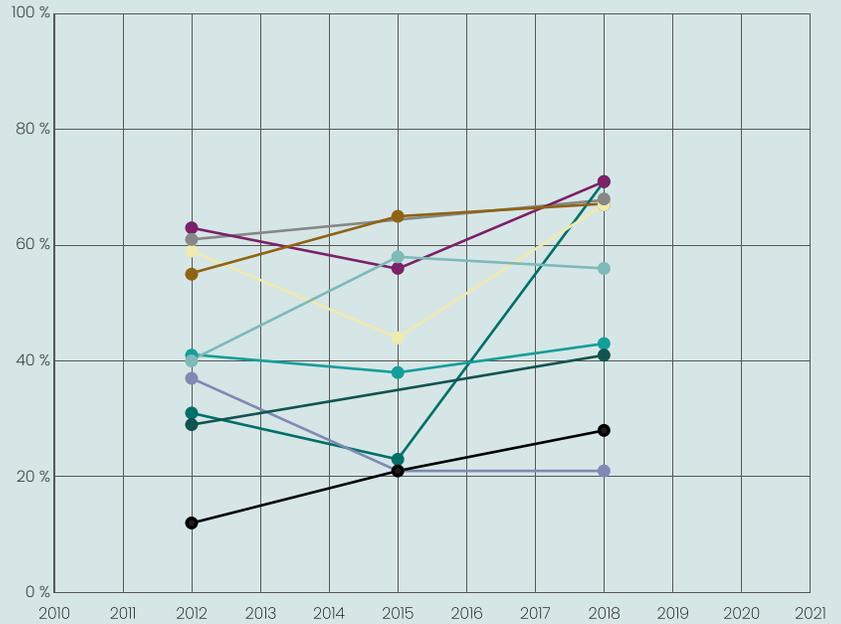
Financement de la santé	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Dépenses publiques générales de santé (DGGHE), par habitant (USD)	6,9	9,4	10,3	10,3	11,5	-	-
Taux d'exécution du budget de la santé (%)	-	68,0	79,0	94,0	93,0	94,0	-
Part du budget public consacré à la santé (%)	-	6	6,2	5,3	5,1	6,7	-
Part des dépenses de santé allant aux prestataires de première ligne (%)	-	-	-	24,2	12,5	10,2	-
Dépenses publiques générales de santé (DGGHE) en tant que part des dépenses publiques générales (%)	4,4	5,4	5,4	5,7	5,7	-	-
Somme des paiements directs des ménages pour la santé, par habitant (USD)	10,6	10,5	11,1	11,8	10,7	-	-

Indicateurs d'impact de la SRMNEA-N	Précédent		Récent	
Taux de mortalité maternelle (pour 100 000 naissances vivantes)	368	2012	325	2018
Taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans (pour 1 000 naissances vivantes)	108	2015	101	2018
Taux de mortalité néonatale (pour 1 000 naissances vivantes)	31	2015	33	2018
Taux de natalité chez les adolescentes - 15-19 ans (pour 1 000 femmes)	151	2015	164	2018
Pourcentage de naissances < 24 mois après l'accouchement précédent (%)	21,2	2012	22,8	2018
Retard de croissance parmi les enfants de moins de 5 ans (%)	30,4	2015	26,9	2018
Émaciation modérée à sévère parmi les enfants de moins de 5 ans (%)	13,5	2015	8,8	2018
Mortinaissances (pour 1 000 naissances)	-	-	11,9	2018

Indicateurs de couverture de la SRMNEA-N

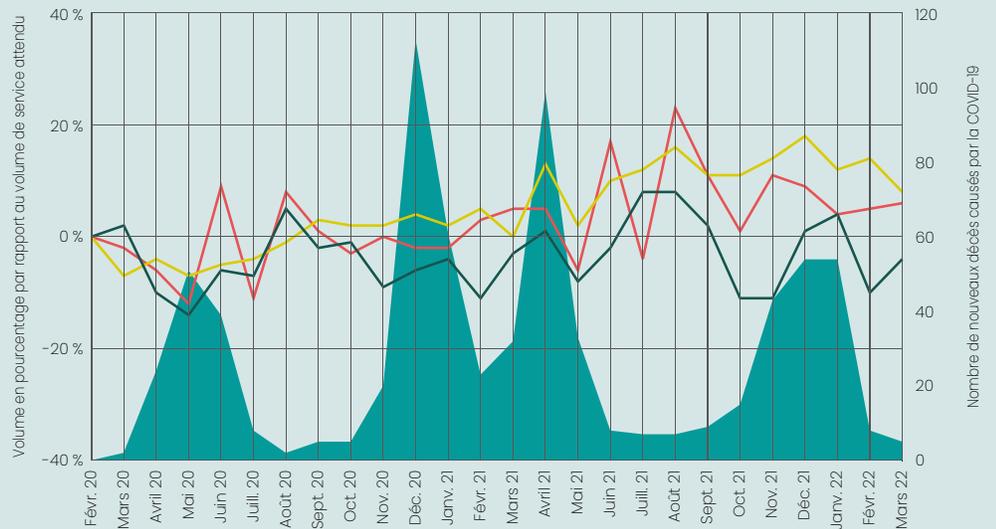
Les données sur tous les indicateurs de couverture de la SRMNEA-N rapportés proviennent des enquêtes de population les plus récentes disponibles.

- Soins prénatals (au moins 4 consultations)
- Recherche de traitement pour la pneumonie
- Besoins en planification familiale satisfaits (toutes les femmes)
- Trois doses de vaccin contre la diphtérie, le tétanos et la coqueluche (DTP)
- Accouchement dans un établissement de santé
- Sels de réhydratation par voie orale pour le traitement de la diarrhée
- Soins postnatals pour les mères
- Accouchement assisté par un prestataire qualifié
- Au moins 3 doses de SP/Fansidar pendant la grossesse
- Supplémentation en vitamine A, couverture totale



Insuffisance dans la prestation de services par rapport aux tendances pré-pandémiques

- Nouveaux décès causés par la COVID-19
- Écart dans les visites ambulatoires
- Écart dans les accouchements dans un établissement de santé
- Écart dans les CPN4



Le suivi du processus piloté par le pays

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



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



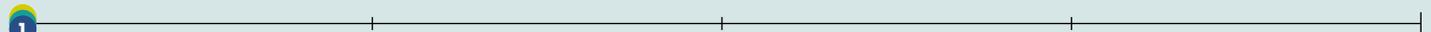
Un plan de mise en œuvre comprenant des initiatives visant à améliorer la mobilisation des ressources nationales (MRN), l'efficacité et/ou la protection financière



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



Analyse sur le genre/Stratégie sur le genre



● 2019 ● 2020 ● 2021 ● 2022

Mauritanie



Cartographie des ressources

Le ministère de la Santé de Mauritanie a réalisé une CRSD avec le soutien du GFF. Elle montre qu'en 2021, le financement total s'élève à 6,05 milliards MRU, ce qui représente environ 2/3 du budget public et 1/3 des partenaires de développement. Le déficit de financement de la nouvelle stratégie nationale de santé est estimé à 145 millions MRU en 2021. Sur les quatre piliers de la stratégie nationale de santé, la majorité des financements externes est allouée à l'axe 1) Accélérer la réduction de la mortalité maternelle, néonatale et infanto-juvénile et à l'axe 4) Renforcer les piliers du système pour atteindre la CSU. Au sein de l'axe 1, il semble y avoir un surfinancement de la santé maternelle et néonatale par rapport à la santé infantile.

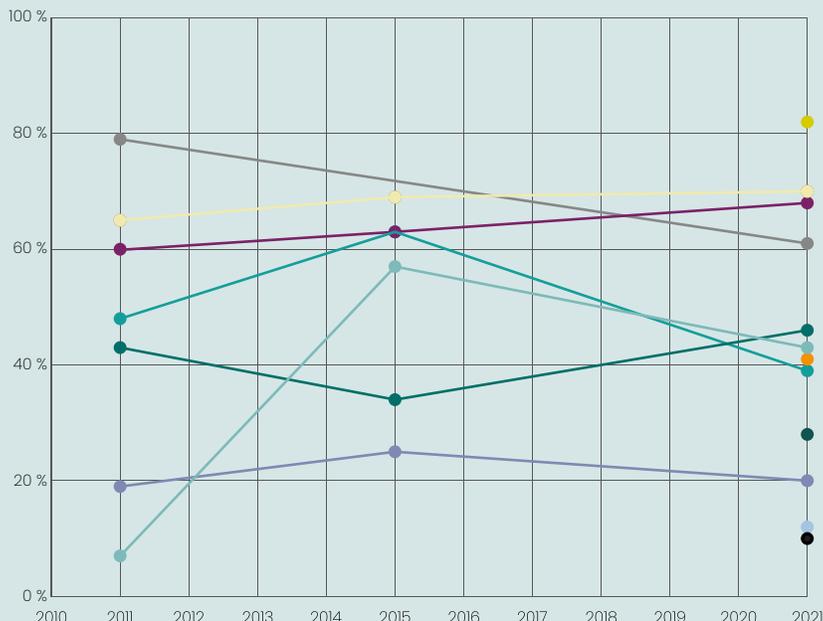
Financement de la santé	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Dépenses publiques générales de santé (DGGHE), par habitant (USD)	21,6	18,4	19,6	22,5	21,7	-	-
Taux d'exécution du budget de la santé (%)	-	98,0	99,0	97,4	102,0	84,0	-
Part du budget public consacré à la santé (%)	-	4,5	-	5,3	6,0	-	-
Dépenses publiques générales de santé (DGGHE) en tant que part des dépenses publiques générales (%)	5,5	5,8	6,1	6,1	7,0	-	-
Somme des paiements directs des ménages pour la santé, par habitant (USD)	26,7	25,4	26,2	26,3	26,1	-	-

Indicateurs d'impact de la SRMNEA-N	Précédent		Récent	
Taux de mortalité maternelle (pour 100 000 naissances vivantes)	582	2015	424	2020
Taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans (pour 1 000 naissances vivantes)	54	2015	41	2020
Taux de mortalité néonatale (pour 1 000 naissances vivantes)	29	2015	22	2020
Taux de natalité chez les adolescentes - 15-19 ans (pour 1 000 femmes)	84	2015	90	2020
Pourcentage de naissances < 24 mois après l'accouchement précédent (%)	-	-	-	-
Retard de croissance parmi les enfants de moins de 5 ans (%)	22,8	2018	25,8	2020
Émaciation modérée à sévère parmi les enfants de moins de 5 ans (%)	11,5	2018	8	2020
Mortinaissances (pour 1 000 naissances)	-	-	173,0	2020

Indicateurs de couverture de la SRMNEA-N

Les données sur tous les indicateurs de couverture de la SRMNEA-N rapportés proviennent des enquêtes de population les plus récentes disponibles.

- Soins prénatals (au moins 4 consultations)
- Contenu des soins prénatals : Comprimés ou sirop de fer reçus
- Recherche de traitement pour la pneumonie
- Besoins en planification familiale satisfaits (toutes les femmes)
- Allaitement maternel exclusif
- Trois doses de vaccin contre la diphtérie, le tétanos et la coqueluche (DTP)
- Accouchement dans un établissement de santé
- Régime alimentaire minimum acceptable
- Sels de réhydratation par voie orale pour le traitement de la diarrhée
- Soins postnatals pour les mères
- Accouchement assisté par un prestataire qualifié
- Au moins 3 doses de SP/Fansidar pendant la grossesse
- Supplémentation en vitamine A, couverture totale



Le suivi du processus piloté par le pays

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



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



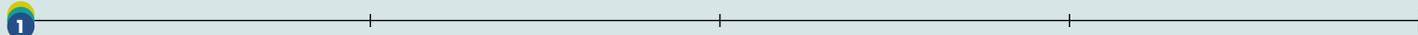
Un plan de mise en œuvre comprenant des initiatives visant à améliorer la mobilisation des ressources nationales (MRN), l'efficacité et/ou la protection financière



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

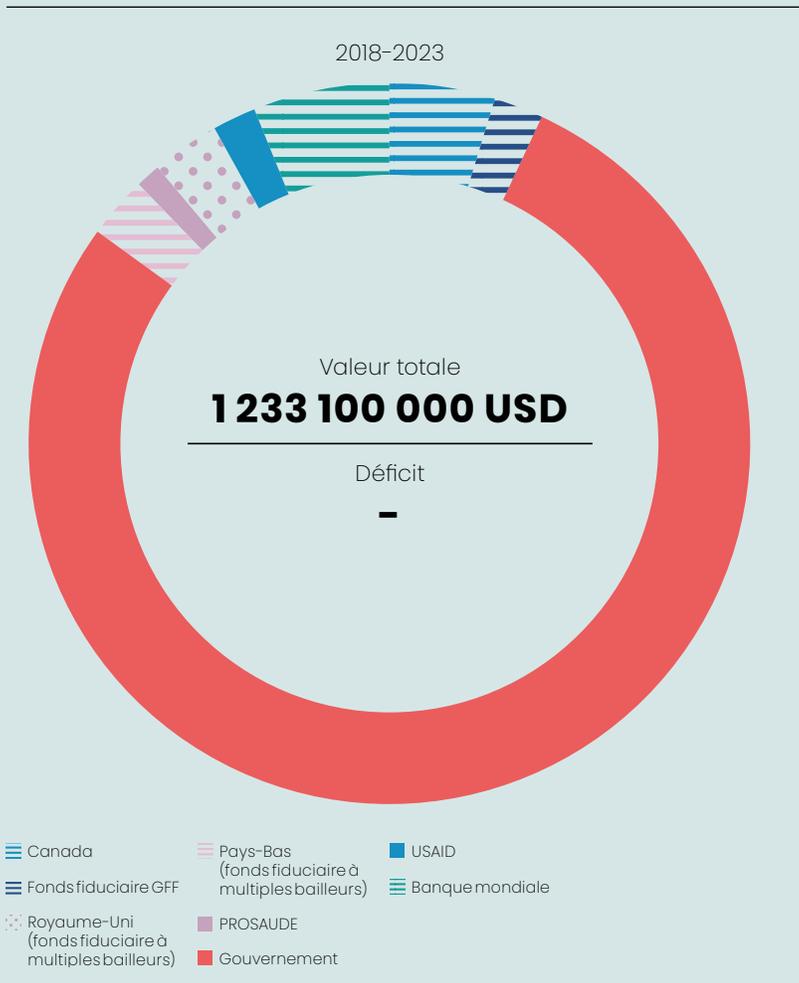


Analyse sur le genre/Stratégie sur le genre



● 2019 ● 2020 ● 2021 ● 2022

Mozambique



Cartographie des ressources

Le dossier d'investissement (DI) du Mozambique a, depuis son lancement en 2016, fortement incité le ministère de la Santé (MdS) et ses partenaires à multiplier les efforts de renforcement et d'alignement du système de santé, mettant ainsi un terme aux traditionnelles verticalisation et fragmentation du soutien des partenaires. En 2018, le GFF a mené une revue des dépenses de santé, qui a permis de révéler un effort national soutenu en matière d'augmentation des financements pour la santé (200 % sur la période 2009-2018, corrigés tant en termes réels qu'en comparaison avec d'autres secteurs, tels que la sécurité nationale, la promotion de la paix et la gouvernance). La progression de la revue du DI, désormais à mi-parcours, a notamment permis de souligner la nécessité de renforcer les efforts dans des domaines clés, dont les réformes du financement de la santé et la CRSD. Dans le même temps, la réponse du MdS à la pandémie de COVID-19 a renouvelé le souhait de recourir à la cartographie des ressources allouées à la réponse et au suivi des dépenses publiques pour la santé, de manière à améliorer la planification stratégique, la mobilisation et l'allocation des ressources. Le ministre de la Santé du Mozambique et le point focal du GFF dans le pays continuent à jouer un rôle central dans la promotion du recours à la CRSD pour la réalisation d'analyses efficaces et la promotion de l'utilisation des données pour les prises de décision relatives à la planification et la budgétisation. Il est ainsi demandé aux partenaires, dont le GFF, de soutenir ces efforts.

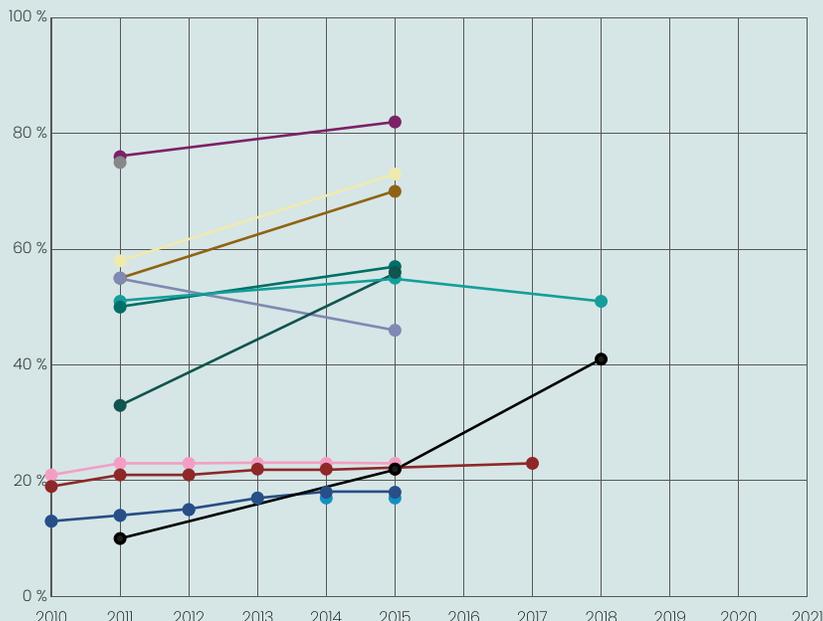
Financement de la santé	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Dépenses publiques générales de santé (DGGHE), par habitant (USD)	10,7	7,0	7,7	8,5	8,4	-	-
Taux d'exécution du budget de la santé (%)	-	86,0	14,0	87,0	88,0	93,0	81,0
Part du budget public consacré à la santé (%)	-	10,0	9,0	12,0	10,0	15,0	15,0
Part des dépenses de santé allant aux prestataires de première ligne (%)	-	26,0	24,0	26,0	21,2	21,4	49,6
Dépenses publiques générales de santé (DGGHE) en tant que part des dépenses publiques générales (%)	5,6	5,6	5,6	7,8	5,6	9,6	8,5
Somme des paiements directs des ménages pour la santé, par habitant (USD)	4,5	3,4	3,6	3,9	3,9	-	-

Indicateurs d'impact de la SRMNEA-N	Précédent		Récent	
Taux de mortalité maternelle (pour 100 000 naissances vivantes)	408	2011	-	-
Taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans (pour 1 000 naissances vivantes)	97	2011	-	-
Taux de mortalité néonatale (pour 1 000 naissances vivantes)	29,9	2011	-	-
Taux de natalité chez les adolescentes - 15-19 ans (pour 1 000 femmes)	167	2011	194	2015
Pourcentage de naissances < 24 mois après l'accouchement précédent (%)	14,4	2011	18,8	2015
Retard de croissance parmi les enfants de moins de 5 ans (%)	42,6	2011	41,6	2019
Émaciation modérée à sévère parmi les enfants de moins de 5 ans (%)	5,9	2011	4,1	2019
Mortinaissances (pour 1 000 naissances)	10,7	2011	-	-

Indicateurs de couverture de la SRMNEA-N

Les données sur tous les indicateurs de couverture de la SRMNEA-N rapportés proviennent des enquêtes de population les plus récentes disponibles.

- Taux de scolarisation du 1^{er} cycle de l'enseignement secondaire, pour les deux sexes (%)
- Taux de scolarisation du 1^{er} cycle de l'enseignement secondaire, filles (%)
- Soins prénatals (au moins 4 consultations)
- Recherche de traitement pour la pneumonie
- Besoins en planification familiale satisfaits (toutes les femmes)
- Trois doses de vaccin contre la diphtérie, le tétanos et la coqueluche (DTP)
- Accouchement dans un établissement de santé
- Taux d'achèvement du 1^{er} cycle de l'enseignement secondaire, pour les deux sexes (%)
- Taux d'achèvement du 1^{er} cycle de l'enseignement secondaire, filles (%)
- Sels de réhydratation par voie orale pour le traitement de la diarrhée
- Accouchement assisté par un prestataire qualifié
- Au moins 3 doses de SP/Fansidar pendant la grossesse
- Supplémentation en vitamine A, couverture totale



Le suivi du processus piloté par le pays

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

5

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

2

3

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

3

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

3

Analyse sur le genre/Stratégie sur le genre

3

4

● 2019 ● 2020 ● 2021 ● 2022

Myanmar



Cartographie des ressources

Du fait de la crise politique et humanitaire en cours au Myanmar, le GFF a recentré son engagement sur l'assistance technique et le travail analytique, aux côtés des partenaires de développement, de façon à évaluer les modalités de poursuite des investissements dans la prestation de services, tout en bâtissant un système de santé résilient pour l'avenir.

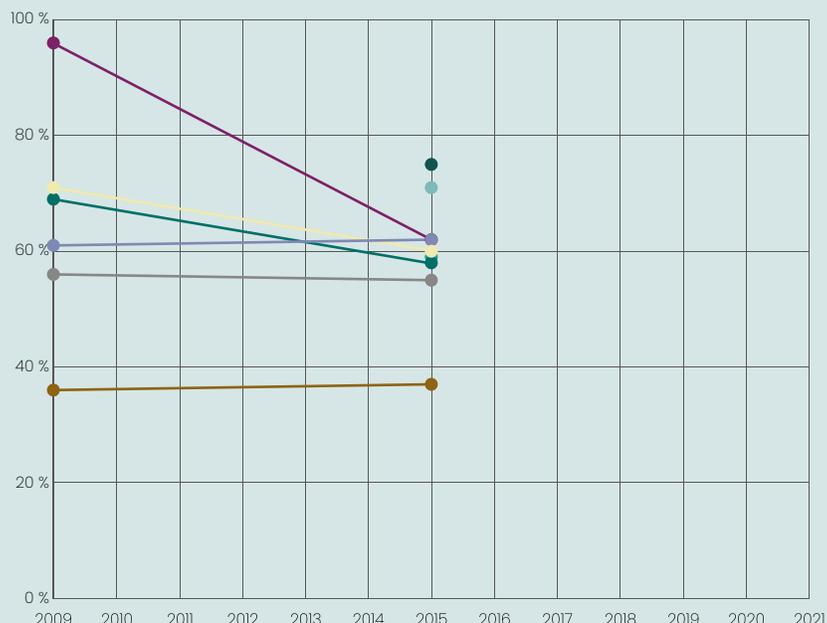
Financement de la santé	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Dépenses publiques générales de santé (DGGHE), par habitant (USD)	13,6	8,1	8,6	8,8	9,5	-	-
Taux d'exécution du budget de la santé (%)	-	110,0	94,0	76,0	-	-	-
Part du budget public consacré à la santé (%)	-	4,0	5,0	6,0	-	-	-
Dépenses publiques générales de santé (DGGHE) en tant que part des dépenses publiques générales (%)	5,0	3,1	3,6	3,5	3,6	-	-
Somme des paiements directs des ménages pour la santé, par habitant (USD)	43,5	44,4	43,8	45,3	45,6	-	-

Indicateurs d'impact de la SRMNEA-N	Précédent	Récent
Taux de mortalité maternelle (pour 100 000 naissances vivantes)	-	227
Taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans (pour 1 000 naissances vivantes)	2012	47
Taux de mortalité néonatale (pour 1 000 naissances vivantes)	2011	22
Taux de natalité chez les adolescentes – 15-19 ans (pour 1 000 femmes)	-	36
Pourcentage de naissances < 24 mois après l'accouchement précédent (%)	-	13,2
Retard de croissance parmi les enfants de moins de 5 ans (%)	2009	29,4
Émaciation modérée à sévère parmi les enfants de moins de 5 ans (%)	2009	6,6
Mortinaissances (pour 1 000 naissances)	2015	-

Indicateurs de couverture de la SRMNEA-N

Les données sur tous les indicateurs de couverture de la SRMNEA-N rapportés proviennent des enquêtes de population les plus récentes disponibles.

- Soins prénatals (au moins 4 consultations)
- Recherche de traitement pour la pneumonie
- Besoins en planification familiale satisfaits (toutes les femmes)
- Trois doses de vaccin contre la diphtérie, le tétanos et la coqueluche (DTP)
- Accouchement dans un établissement de santé
- Sels de réhydratation par voie orale pour le traitement de la diarrhée
- Soins postnatals pour les mères
- Accouchement assisté par un prestataire qualifié
- Supplémentation en vitamine A, couverture totale



Le suivi du processus piloté par le pays

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



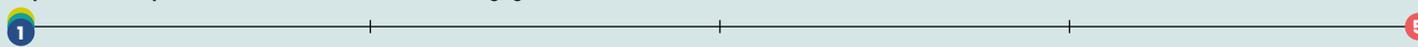
Stratégie et cadre de suivi des résultats en appui au DI (tous deux inclus dans le document du DI ou dans un document séparé)



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



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



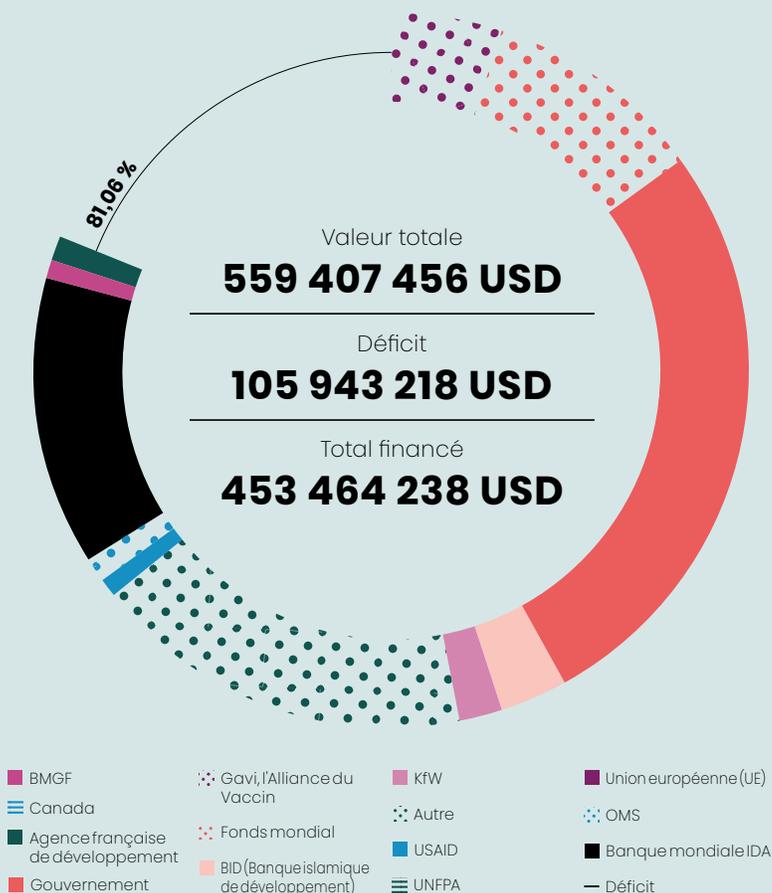
Analyse sur le genre/Stratégie sur le genre



● 2019 ● 2020 ● 2021 ● 2022

Niger

Exercice fiscal 2020



Cartographie des ressources

Le prochain exercice de CRSD portera sur l'intégration des comptes nationaux de la santé, qui sont réalisés annuellement au Niger, et de la CRSD. Le dernier exercice de cartographie des ressources et suivi des dépenses (CRSD) au Niger a révélé la part relativement importante de ressources transitant par le budget de l'État (64 %) et un déficit de financement conséquent du programme de services de soins de santé, malgré le fait qu'il représente à lui seul plus de 45 % du financement total alloué au PDS. Il témoigne d'un manque d'efficacité de l'allocation des ressources, certains sous-programmes étant sous-financés (renforcement des capacités, disponibilité des produits de santé, nutrition) et d'autres grandement surfinancés (protection des mécanismes de risque financier, maladies contagieuses). L'allocation des ressources est également inégale au niveau régional (par exemple, un faible niveau d'allocation des ressources par habitant dans la région de Maradi, qui enregistre l'un des taux de mortalité des nourrissons et des enfants les plus élevés du pays).

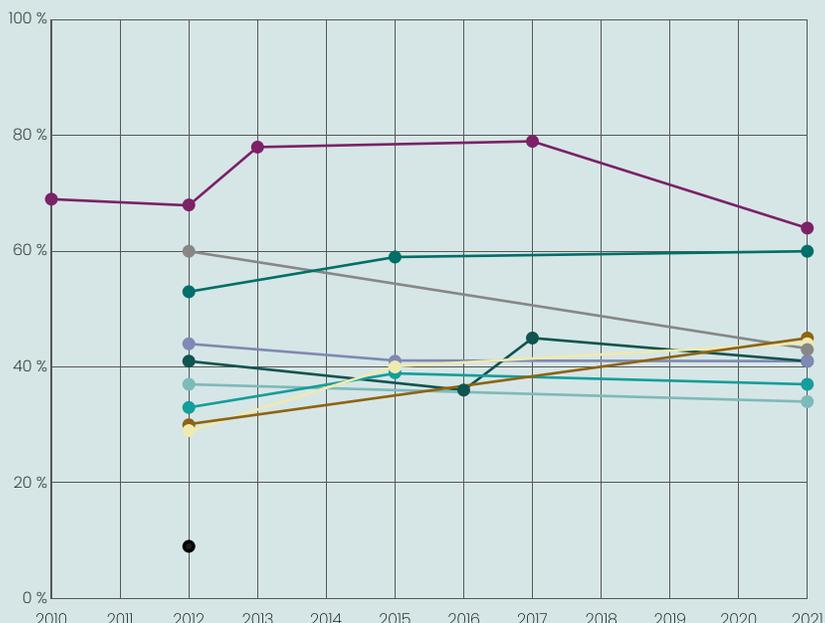
Financement de la santé	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Dépenses publiques générales de santé (DGGHE), par habitant (USD)	5,4	4,7	9,7	10,3	11,2	14,5	-
Taux d'exécution du budget de la santé (%)	-	72,0	72,0	91,0	79,0	76,0	54,8
Part du budget public consacré à la santé (%)	6,6	4,9	5,6	5,7	6,3	6,3	4,1
Part des dépenses de santé allant aux prestataires de première ligne (%)	-	7,1	27,9	19,5	21,8	18,3	-
Dépenses publiques générales de santé (DGGHE) en tant que part des dépenses publiques générales (%)	4,6	4,7	5,3	10,0	9,4	5,9	-
Somme des paiements directs des ménages pour la santé, par habitant (USD)	16,8	17,3	15,4	14,5	17,0	-	-

Indicateurs d'impact de la SRMNEA-N	Précédent		Récemment	
Taux de mortalité maternelle (pour 100 000 naissances vivantes)	535	2012	520	2015
Taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans (pour 1 000 naissances vivantes)	126	2015	123	2021
Taux de mortalité néonatale (pour 1 000 naissances vivantes)	24	2015	43	2021
Taux de natalité chez les adolescentes - 15-19 ans (pour 1 000 femmes)	146	2015	133	2021
Pourcentage de naissances < 24 mois après l'accouchement précédent (%)	23	2012	24,3	2021
Retard de croissance parmi les enfants de moins de 5 ans (%)	45,1	2020	43,5	2021
Émaciation modérée à sévère parmi les enfants de moins de 5 ans (%)	33,4	2020	33,2	2021
Mortinaissances (pour 1 000 naissances)	16,6	2012	-	-

Indicateurs de couverture de la SRMNEA-N

Les données sur tous les indicateurs de couverture de la SRMNEA-N rapportés proviennent des enquêtes de population les plus récentes disponibles.

- Soins prénatals (au moins 4 consultations)
- Recherche de traitement pour la pneumonie
- Besoins en planification familiale satisfaits (toutes les femmes)
- Trois doses de vaccin contre la diphtérie, le tétanos et la coqueluche (DTP)
- Accouchement dans un établissement de santé
- Sels de réhydratation par voie orale pour le traitement de la diarrhée
- Soins postnatals pour les mères
- Accouchement assisté par un prestataire qualifié
- Au moins 3 doses de SP/Fansidar pendant la grossesse
- Supplémentation en vitamine A, couverture totale



Le suivi du processus piloté par le pays

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



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



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



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



Analyse sur le genre/Stratégie sur le genre



● 2019 ● 2020 ● 2021 ● 2022

Nigeria



Cartographie des ressources

La valeur ajoutée de la cartographie des ressources et du suivi des dépenses (CRSD) au Nigeria est actuellement à l'étude au sein du groupe de partenaires en santé, afin d'en plaider collectivement l'importance auprès du gouvernement et d'argumenter de sa complémentarité par rapport aux CNS. Dès l'obtention du consentement des partenaires et du gouvernement, le premier élément à mettre en œuvre sera la cartographie et le suivi des financements des bailleurs de fonds, qui représentent trois quarts des dépenses nationales. Il est indispensable pour le ministère fédéral de la Santé du Nigeria d'identifier toutes les sources de financement, non seulement afin d'aligner et de concentrer les ressources vers les secteurs prioritaires, mais également afin de résoudre les questions relatives à l'adéquation, la durabilité, l'efficacité, la transparence et l'équité du financement dans la mise en œuvre du Fonds pour la prestation des soins de santé de base (BHCPF) actuellement mis à l'échelle, suite aux tests pilotes réalisés dans trois États, avec le soutien du GFF.

La réalisation de l'exercice de CRSD devrait permettre d'orienter le ministère fédéral de la Santé sur la manière de tirer parti d'une initiative dirigée par le département de consolidation des comptes du Bureau général fédéral de la comptabilité, dans le but de collecter des informations sur le financement extérieur. La CRSD a pour objectif d'instaurer un processus systématique de mise en relation des dépenses de l'aide au développement en faveur de la santé, qui servira dans la budgétisation, les décisions d'allocation des ressources et la préparation d'états financiers consolidés du secteur de la santé.

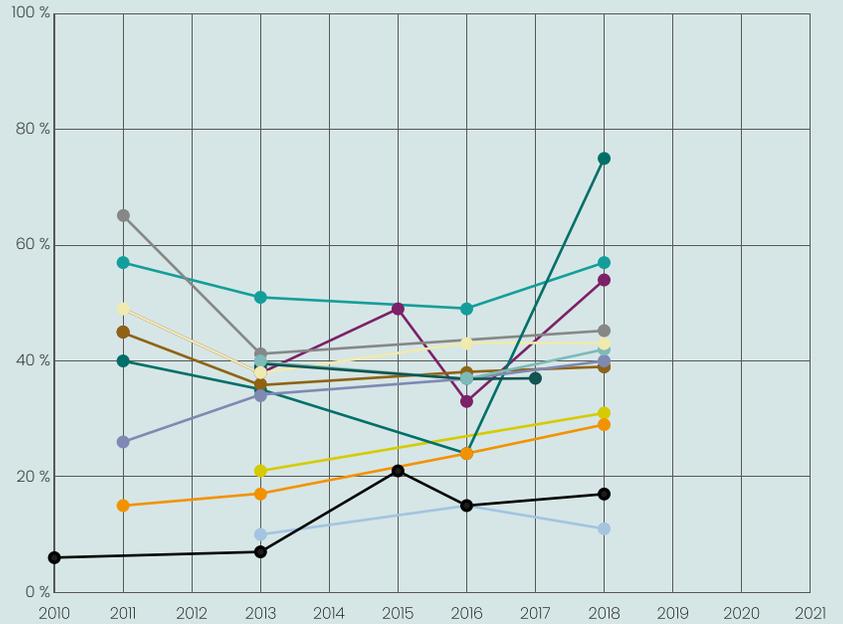
Financement de la santé	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Dépenses publiques générales de santé (DGGHE), par habitant (USD)	16,1	10,3	10,5	10,7	11,4	-	-
Taux d'exécution du budget de la santé (%)	-	-	-	72,7	86,2	-	-
Part du budget public consacré à la santé (%)	-	4,1	4,1	4,0	4,8	3,9	-
Part des dépenses de santé allant aux prestataires de première ligne (%)	-	-	88,0	79,1	-	-	-
Dépenses publiques générales de santé (DGGHE) en tant que part des dépenses publiques générales (%)	5,3	5,0	4,4	3,9	3,8	-	-
Somme des paiements directs des ménages pour la santé, par habitant (USD)	70,3	59,7	57,1	50,5	50,4	-	-

Indicateurs d'impact de la SRMNEA-N	Précédent		Récent	
Taux de mortalité maternelle (pour 100 000 naissances vivantes)	576	2013	512	2018
Taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans (pour 1 000 naissances vivantes)	128	2013	132	2018
Taux de mortalité néonatale (pour 1 000 naissances vivantes)	37	2013	39	2018
Taux de natalité chez les adolescentes – 15-19 ans (pour 1 000 femmes)	122	2013	106	2018
Pourcentage de naissances < 24 mois après l'accouchement précédent (%)	23,2	2013	24,9	2018
Retard de croissance parmi les enfants de moins de 5 ans (%)	36,8	2013	36,8	2018
Émaciation modérée à sévère parmi les enfants de moins de 5 ans (%)	18	2013	6,7	2018
Mortinaissances (pour 1 000 naissances)	12,3	2013	17,5	2018

Indicateurs de couverture de la SRMNEA-N

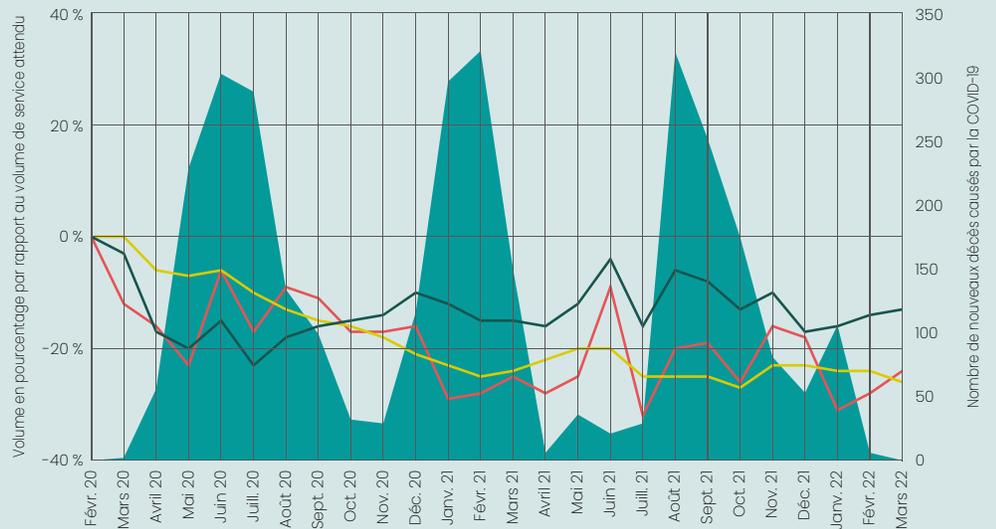
Les données sur tous les indicateurs de couverture de la SRMNEA-N rapportés proviennent des enquêtes de population les plus récentes disponibles.

- Soins prénatals (au moins 4 consultations)
- Contenu des soins prénatals : Comprimés ou sirop de fer reçus
- Recherche de traitement pour la pneumonie
- Besoins en planification familiale satisfaits (toutes les femmes)
- Allaitement maternel exclusif
- Trois doses de vaccin contre la diphtérie, le tétanos et la coqueluche (DTP)
- Accouchement dans un établissement de santé
- Régime alimentaire minimum acceptable
- Sels de réhydratation par voie orale pour le traitement de la diarrhée
- Soins postnatals pour les mères
- Accouchement assisté par un prestataire qualifié
- Au moins 3 doses de SP/Fansidar pendant la grossesse
- Supplémentation en vitamine A, couverture totale



Insuffisance dans la prestation de services par rapport aux tendances préandémiques

- Nouveaux décès causés par la COVID-19
- Écart dans les visites ambulatoires
- Écart dans les accouchements dans un établissement de santé
- Écart dans les CPN4



Le suivi du processus piloté par le pays

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



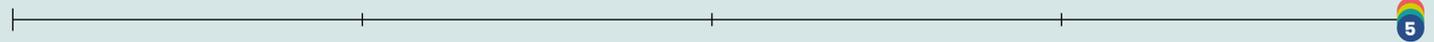
Stratégie et cadre de suivi des résultats en appui au DI (tous deux inclus dans le document du DI ou dans un document séparé)



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



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



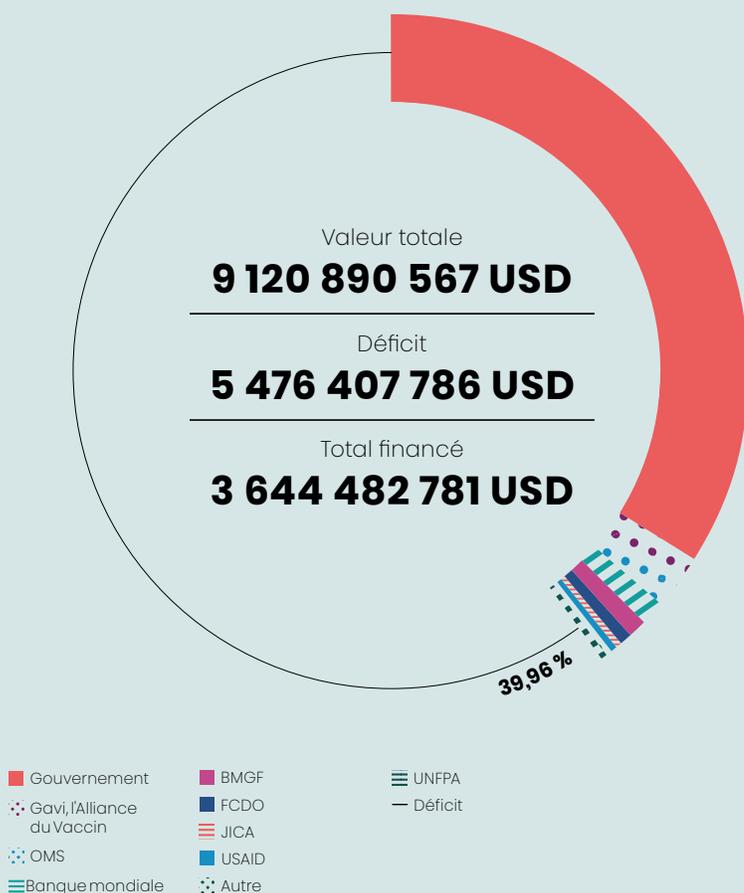
Analyse sur le genre/Stratégie sur le genre



● 2019 ● 2020 ● 2021 ● 2022

Pakistan

Exercice fiscal 2020



Cartographie des ressources

Le tout premier exercice de cartographie des ressources du Pakistan a été réalisé par Ernst and Young sur l'exercice fiscal 2020. Le rapport de cartographie des ressources indique une importante inadéquation entre le projet de dossier d'investissement (DI) chiffré et l'enveloppe totale de ressources à disposition. La Banque mondiale et le GFF espèrent réaliser un nouveau cycle de cartographie des ressources et le premier suivi des dépenses à l'aide du budget et des dépenses cartographiées, par rapport aux priorités du DI. En outre, avec le soutien de la BMGF, la Banque mondiale et le GFF collaboreront avec le gouvernement à l'institutionnalisation de la CRSD et à la promotion de l'interopérabilité avec le SIGFIP, le DHIS2 et les CNS.

Financement de la santé	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Dépenses publiques générales de santé (DGGHE), par habitant (USD)	9,9	11,8	13,3	15,3	12,6	-	-
Taux d'exécution du budget de la santé (%)	-	95,4	98,8	100,0	-	-	-
Dépenses publiques générales de santé (DGGHE) en tant que part des dépenses publiques générales (%)	3,7	4,3	4,3	5,3	4,9	-	-
Somme des paiements directs des ménages pour la santé, par habitant (USD)	23,8	24,5	25,5	24,1	21,3	-	-
Part du budget public consacré à la santé	-	-	-	-	-	0,4	-
Part des dépenses de santé allant aux prestataires de première ligne (%)	-	-	7,0	9,0	13,0	14,0	-

Indicateurs d'impact de la SRMNEA-N	Précédent		Récemment	
Taux de mortalité maternelle (pour 100 000 naissances vivantes)	178	2014	140	2019
Taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans (pour 1 000 naissances vivantes)	89	2012	74	2017
Taux de mortalité néonatale (pour 1 000 naissances vivantes)	55	2012	42	2017
Taux de natalité chez les adolescentes - 15-19 ans (pour 1 000 femmes)	44	2012	46	2017
Pourcentage de naissances < 24 mois après l'accouchement précédent (%)	36,6	2012	36,6	2017
Retard de croissance parmi les enfants de moins de 5 ans (%)	45	2012	37,6	2017
Émaciation modérée à sévère parmi les enfants de moins de 5 ans (%)	10,5	2012	7,1	2017
Mortinaissances (pour 1 000 naissances)	33,3	2012	23,4	2017

Indicateurs de couverture de la SRMNEA-N

Les données sur tous les indicateurs de couverture de la SRMNEA-N rapportés proviennent des enquêtes de population les plus récentes disponibles.

- Soins prénatals (au moins 4 consultations)
- Recherche de traitement pour la pneumonie
- Besoins en planification familiale satisfaits (femmes mariées)
- Trois doses de vaccin contre la diphtérie, le tétanos et la coqueluche (DTP)
- Accouchement dans un établissement de santé
- Sels de réhydratation par voie orale pour le traitement de la diarrhée
- Soins postnatals pour les mères
- Accouchement assisté par un prestataire qualifié
- Supplémentation en vitamine A, couverture totale



Le suivi du processus piloté par le pays

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



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



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



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



Analyse sur le genre/Stratégie sur le genre



● 2019 ● 2020 ● 2021 ● 2022

Rwanda



Cartographie des ressources

Le ministère de la Santé a détaillé des informations sur les ressources externes avec l'outil de suivi des ressources pour la santé du gouvernement. Mais puisque le dossier d'investissement du Rwanda porte principalement sur la nutrition, une cartographie multisectorielle des ressources est requise. Le GFF soutient la Revue des dépenses et des institutions en matière de nutrition (NEIR), qui fournit une analyse détaillée du niveau et de la composition des dépenses du gouvernement et des bailleurs de fonds dans le programme multisectoriel de nutrition, en se servant du Plan stratégique du programme national de développement de la petite enfance (qui sert de dossier d'investissement du Rwanda pour le GFF) comme référence. En outre, la revue a identifié des arrangements institutionnels et de gestion des finances publiques essentiels pour l'amélioration du suivi du budget et de la redevabilité en vue d'obtenir des résultats. La NEIR constitue une base pour les dialogues politiques avec le gouvernement sur l'institutionnalisation du système de suivi des dépenses multisectoriel. Le GFF soutient l'assistance technique continue pour aider le gouvernement à atteindre ces objectifs par le biais d'une série de réformes politiques dans le cadre du Financement des politiques de développement du capital humain pour la croissance inclusive. Le GFF soutient, plus précisément, l'institutionnalisation de l'identification et du suivi du budget pour la nutrition par le biais du SIGFIP et de revues régulières des performances.

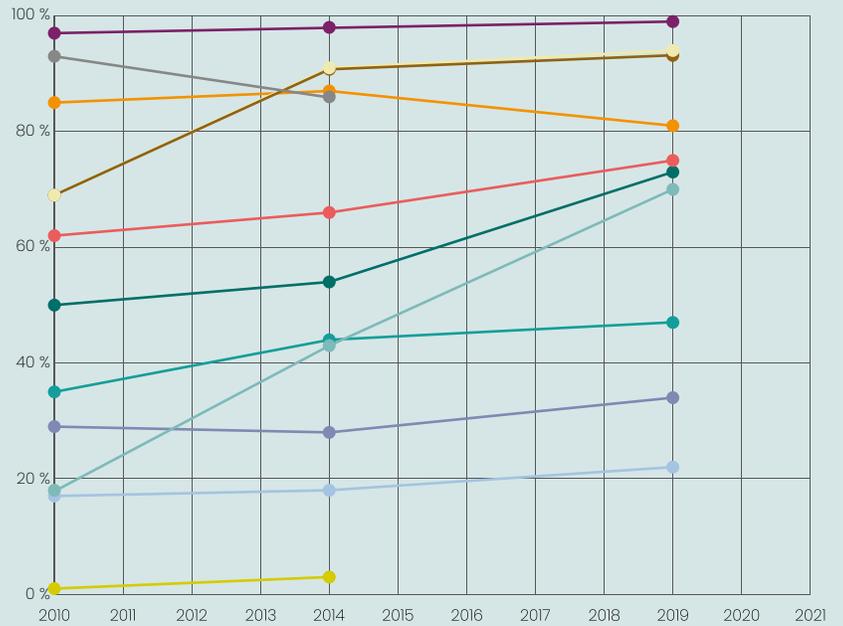
Financement de la santé	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Dépenses publiques générales de santé (DGGHE), par habitant (USD)	15,8	16,6	17,2	18,4	19,1	21,0	23,8
Taux d'exécution du budget de la santé (%)	-	81,0	94,0	92,0	87,0	101,0	121,0
Part du budget public consacré à la santé (%)	-	11,3	9,7	9,3	7,4	8,4	9,0
Dépenses publiques générales de santé (DGGHE) en tant que part des dépenses publiques générales (%)	7,9	8,9	8,9	8,9	7,4	8,4	9,0
Somme des paiements directs des ménages pour la santé, par habitant (USD)	6,1	5,9	5,9	6,1	3,7	4,1	4,7

Indicateurs d'impact de la SRMNEA-N	Précédent		Récemment	
Taux de mortalité maternelle (pour 100 000 naissances vivantes)	210	2014	203	2019
Taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans (pour 1 000 naissances vivantes)	50	2014	45	2019
Taux de mortalité néonatale (pour 1 000 naissances vivantes)	20	2014	19	2019
Taux de natalité chez les adolescentes – 15-19 ans (pour 1 000 femmes)	45	2014	32	2019
Pourcentage de naissances < 24 mois après l'accouchement précédent (%)	14	2014	-	-
Retard de croissance parmi les enfants de moins de 5 ans (%)	37,9	2014	33,1	2019
Émaciation modérée à sévère parmi les enfants de moins de 5 ans (%)	2,2	2014	1,1	2019
Mortinaissances (pour 1 000 naissances)	15,4	2014	-	-

Indicateurs de couverture de la SRMNEA-N

Les données sur tous les indicateurs de couverture de la SRMNEA-N rapportés proviennent des enquêtes de population les plus récentes disponibles.

- Soins prénatals (au moins 4 consultations)
- Contenu des soins prénatals : Comprimés ou sirop de fer reçus
- Recherche de traitement pour la pneumonie
- Besoins en planification familiale satisfaits (femmes mariées)
- Allaitement maternel exclusif
- Trois doses de vaccin contre la diphtérie, le tétanos et la coqueluche (DTP)
- Régime alimentaire minimum acceptable
- Accouchement dans un établissement de santé
- Sels de réhydratation par voie orale pour le traitement de la diarrhée
- Soins postnatals pour les mères
- Accouchement assisté par un prestataire qualifié
- Supplémentation en vitamine A, couverture totale



Le suivi du processus piloté par le pays

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



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



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



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



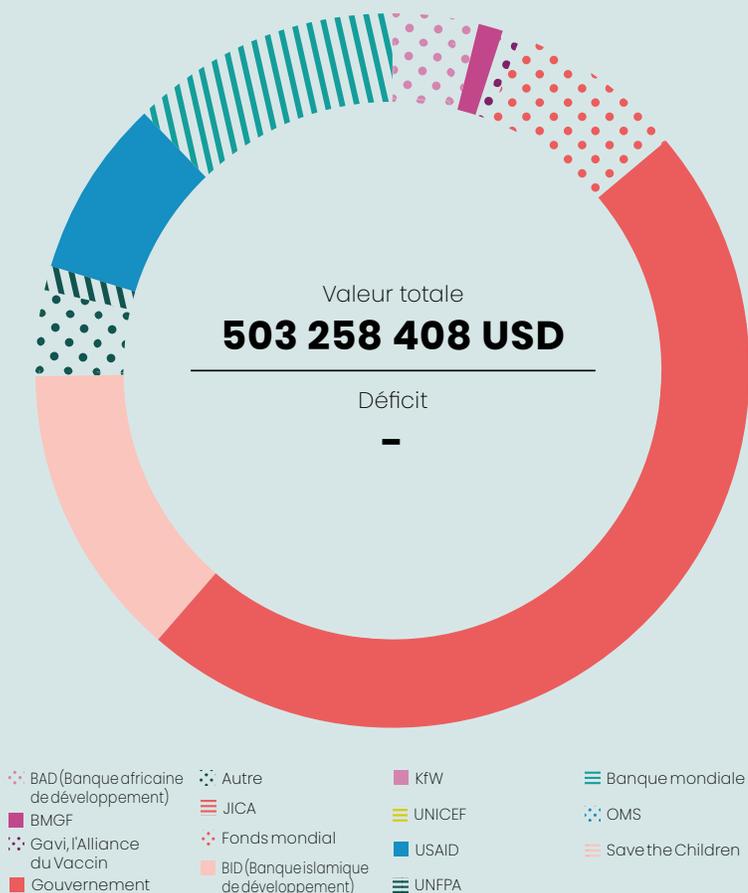
Analyse sur le genre/Stratégie sur le genre



● 2019 ● 2020 ● 2021 ● 2022

Sénégal

Exercice fiscal 2021



Cartographie des ressources

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

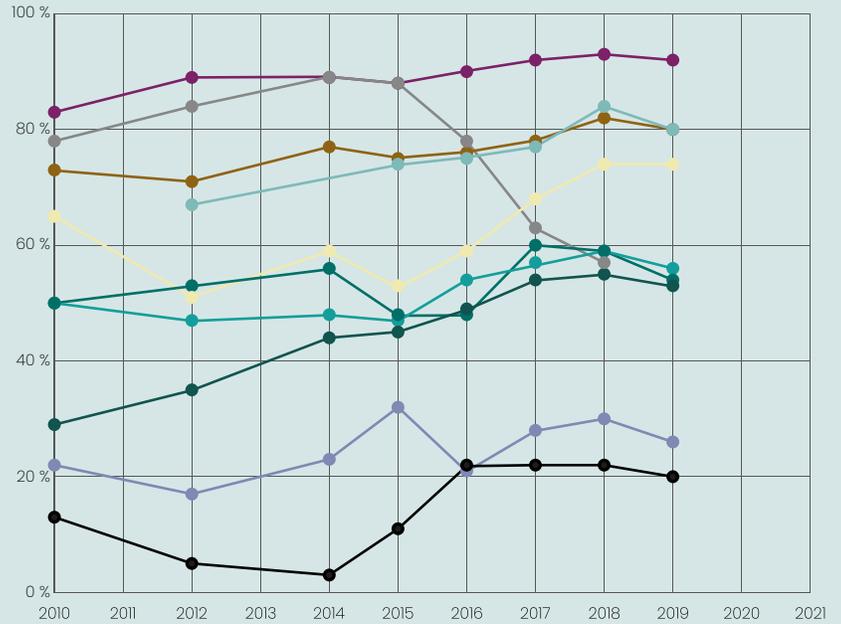
Financement de la santé	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Dépenses publiques générales de santé (DGGHE), par habitant (USD)	13,1	13,6	12,7	14,0	14,8	-	-
Taux d'exécution du budget de la santé (%)	-	92,0	81,0	89,0	91,0	95,0	-
Part du budget public consacré à la santé (%)	-	5,2	4,7	4,2	5,0	5,7	-
Dépenses publiques générales de santé (DGGHE) en tant que part des dépenses publiques générales (%)	4,7	4,5	4,3	4,3	4,3	-	-
Somme des paiements directs des ménages pour la santé, par habitant (USD)	27,2	27,7	29,6	30,8	30,1	-	-

Indicateurs d'impact de la SRMNEA-N	Précédent		Récent	
Taux de mortalité maternelle (pour 100 000 naissances vivantes)	236	2017	-	-
Taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans (pour 1 000 naissances vivantes)	51	2018	37	2019
Taux de mortalité néonatale (pour 1 000 naissances vivantes)	23	2018	21	2019
Taux de natalité chez les adolescentes - 15-19 ans (pour 1 000 femmes)	68	2018	71	2019
Pourcentage de naissances < 24 mois après l'accouchement précédent (%)	15,8	2017	14,2	2018
Retard de croissance parmi les enfants de moins de 5 ans (%)	18,8	2018	17,9	2019
Émaciation modérée à sévère parmi les enfants de moins de 5 ans (%)	7,8	2018	8,1	2019
Mortinaissances (pour 1 000 naissances)	18,5	2018	19,8	2019

Indicateurs de couverture de la SRMNEA-N

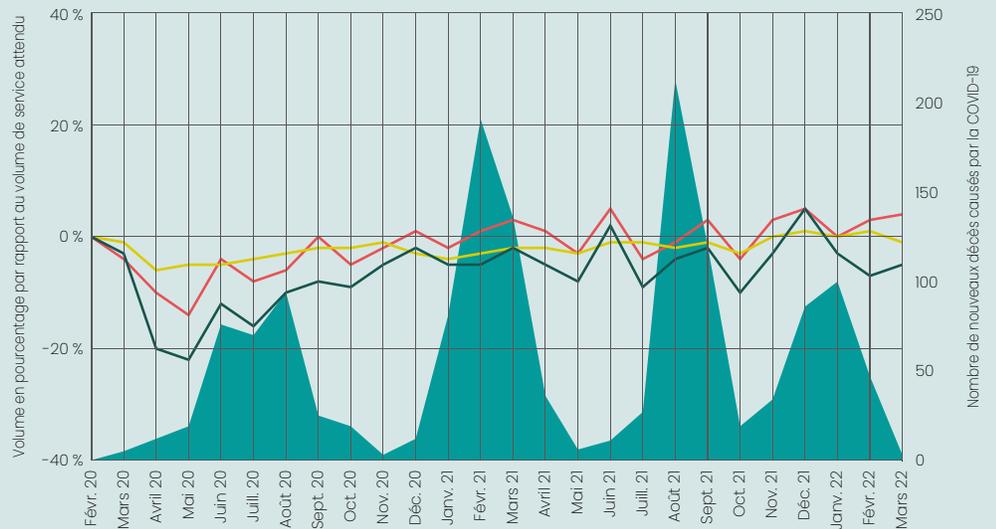
Les données sur tous les indicateurs de couverture de la SRMNEA-N rapportés proviennent des enquêtes de population les plus récentes disponibles.

- Soins prénatals (au moins 4 consultations)
- Recherche de traitement pour la pneumonie
- Besoins en planification familiale satisfaits (toutes les femmes)
- Trois doses de vaccin contre la diphtérie, le tétanos et la coqueluche (DTP)
- Accouchement dans un établissement de santé
- Sels de réhydratation par voie orale pour le traitement de la diarrhée
- Soins postnatals pour les mères
- Accouchement assisté par un prestataire qualifié
- Au moins 3 doses de SP/Fansidar pendant la grossesse
- Supplémentation en vitamine A, couverture totale



Insuffisance dans la prestation de services par rapport aux tendances préandémiques

- Nouveaux décès causés par la COVID-19
- Écart dans les visites ambulatoires
- Écart dans les accouchements dans un établissement de santé
- Écart dans les CPN4



Le suivi du processus piloté par le pays

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

4

5

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

3

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

5

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

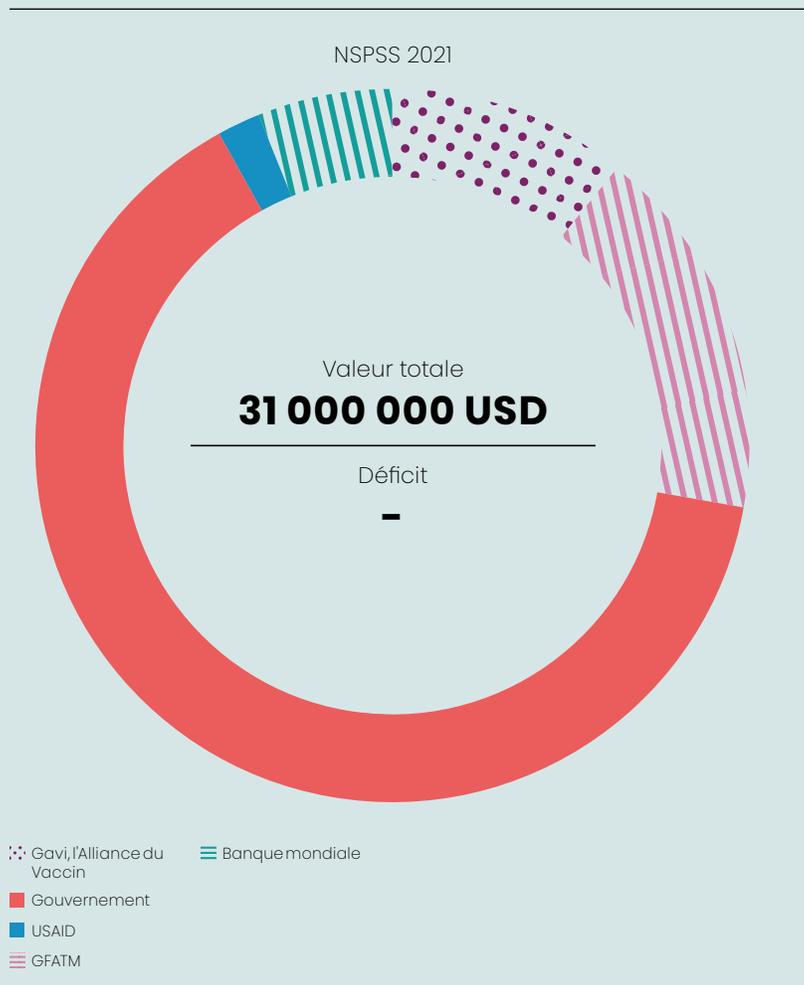
5

Analyse sur le genre/Stratégie sur le genre

4

● 2019 ● 2020 ● 2021 ● 2022

Sierra Leone



Cartographie des ressources

Le ministère de la Santé de la Sierra Leone avait précédemment réalisé une cartographie des ressources pour le dossier d'investissement (DI), qui identifiait plus de 15 partenaires alignés sur, et finançant la stratégie relative à la SRMNEA (2017-2021). Avec le soutien du GFF, le ministère de la Santé réalise à l'heure actuelle son premier exercice de cartographie des ressources et de suivi des dépenses (CRSD) dans le secteur de la santé. L'analyse inclura plus précisément les niveaux et la composition des dépenses nationales de santé et évaluera l'exécution budgétaire, à la fois pour les bailleurs de fonds et pour le gouvernement. Le principal objectif de cet exercice est de produire des données probantes qui renseignent la planification et l'exécution budgétaires et garantissent que les priorités du gouvernement soient correctement financées et mises en œuvre. La cartographie des ressources présentée ici met en avant le budget planifié et les déficits de financement du DI en 2019 et 2020. Cette cartographie des ressources s'inscrit dans la CRSD de la SRMNEA, réalisée et partagée avec les partenaires en juillet 2021.

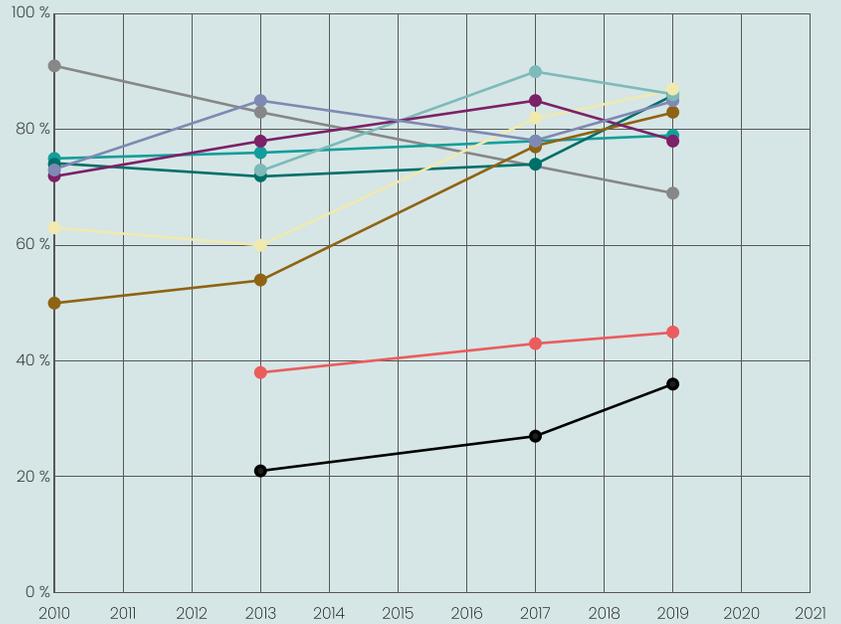
Financement de la santé	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Dépenses publiques générales de santé (DGGHE), par habitant (USD)	9,7	9,7	9,2	4,1	6,5	-	-
Taux d'exécution du budget de la santé (%)	-	100,0	91,0	78,0	79,0	102,0	-
Part du budget public consacré à la santé (%)	-	-	,	,	11,0	11,0	-
Dépenses publiques générales de santé (DGGHE) en tant que part des dépenses publiques générales (%)	7,9	7,9	7,9	3,6	5,8	-	-
Somme des paiements directs des ménages pour la santé, par habitant (USD)	44,4	36,2	33,8	27,0	25,5	-	-

Indicateurs d'impact de la SRMNEA-N	Précédent		Récent	
Taux de mortalité maternelle (pour 100 000 naissances vivantes)	1165	2013	717	2019
Taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans (pour 1 000 naissances vivantes)	156	2013	122	2019
Taux de mortalité néonatale (pour 1 000 naissances vivantes)	39	2013	31	2019
Taux de natalité chez les adolescentes - 15-19 ans (pour 1 000 femmes)	125	2013	102	2019
Pourcentage de naissances < 24 mois après l'accouchement précédent (%)	16,1	2013	15	2019
Retard de croissance parmi les enfants de moins de 5 ans (%)	37,9	2013	29,5	2019
Émaciation modérée à sévère parmi les enfants de moins de 5 ans (%)	9,3	2013	5,4	2019
Mortinaissances (pour 1 000 naissances)	8,1	2013	9,9	2019

Indicateurs de couverture de la SRMNEA-N

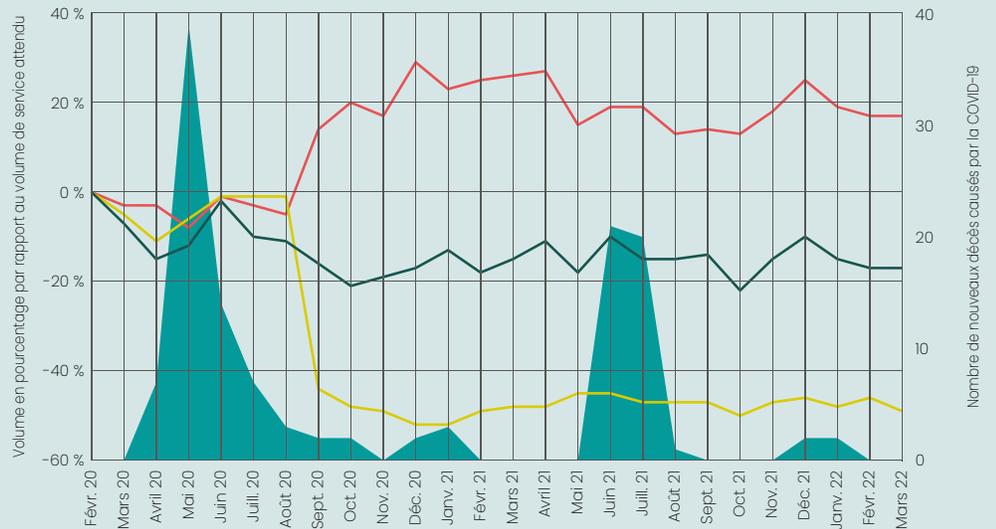
Les données sur tous les indicateurs de couverture de la SRMNEA-N rapportés proviennent des enquêtes de population les plus récentes disponibles.

- Soins prénatals (au moins 4 consultations)
- Recherche de traitement pour la pneumonie
- Besoins en planification familiale satisfaits (femmes mariées)
- Trois doses de vaccin contre la diphtérie, le tétanos et la coqueluche (DTP)
- Accouchement dans un établissement de santé
- Sels de réhydratation par voie orale pour le traitement de la diarrhée
- Soins postnatals pour les mères
- Accouchement assisté par un prestataire qualifié
- Au moins 3 doses de SP/Fansidar pendant la grossesse
- Supplémentation en vitamine A, couverture totale



Insuffisance dans la prestation de services par rapport aux tendances pré-pandémiques

- Nouveaux décès causés par la COVID-19
- Écart dans les visites ambulatoires
- Écart dans les accouchements dans un établissement de santé
- Écart dans les CPN4



Le suivi du processus piloté par le pays

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

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

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

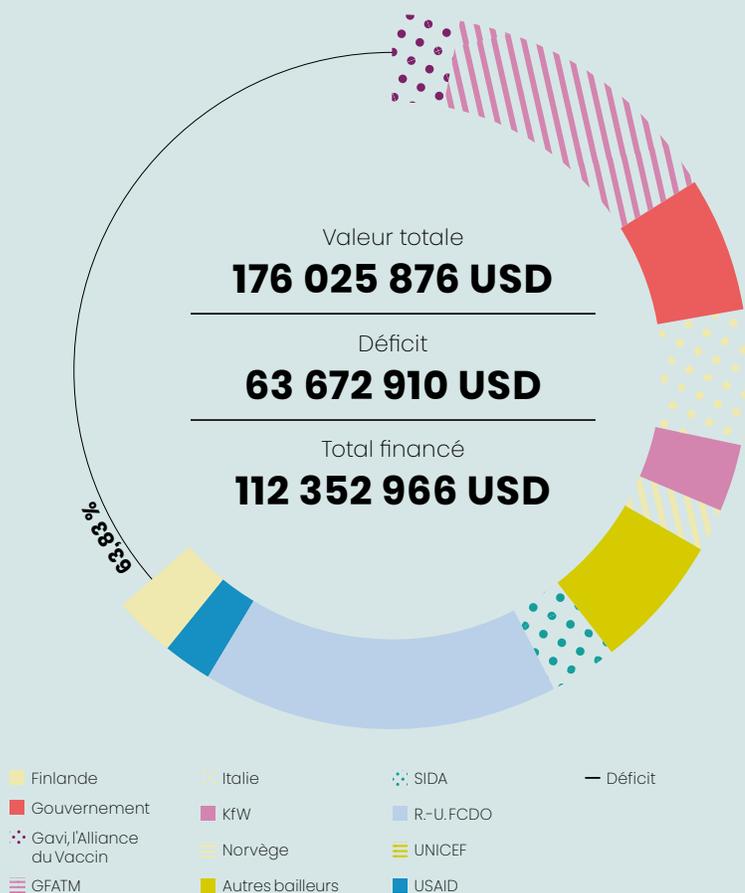
Un processus de plateforme nationale inclusif avec l'engagement des OSC

Analyse sur le genre/Stratégie sur le genre

● 2019 ● 2020 ● 2021 ● 2022

Somalie

Exercice fiscal 2020



Cartographie des ressources

La Somalie a réalisé la cartographie de ses ressources et le suivi de ses dépenses dans le cadre de l'élaboration de son premier dossier d'investissement (DI). Avant cet exercice, peu d'information était disponible sur le financement du secteur de la santé en Somalie, et notamment les sources (qui), les projets et activités (quoi) et la distribution géographique (où), entraînant une fragmentation. Ce problème était particulièrement aigu puisque le financement extérieur de la santé représente une importante proportion du financement total du secteur de la santé, qui est principalement hors budget. La cartographie des ressources a aidé le gouvernement à prendre pleinement conscience du paysage du financement de la santé en Somalie, afin d'améliorer la planification et l'alignement futurs du DI du pays et les stratégies de santé sur les ressources disponibles. L'exercice a cartographié les ressources, à la fois humanitaires et de développement, du deuxième Plan stratégique du secteur de la santé (HSSP II) de la Somalie (2017-2021) et du paquet essentiel de services de santé au niveau infranational.

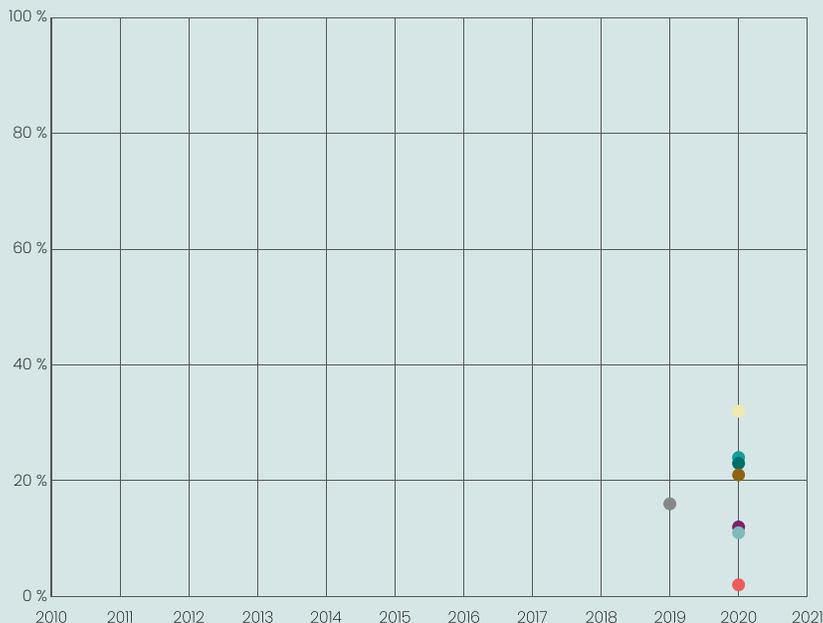
Financement de la santé	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Part du budget public consacré à la santé (%)	-	-	-	0,4	1,6	2,0	5,0

Indicateurs d'impact de la SRMNEA-N	Précédent	Récent
Taux de mortalité maternelle (pour 100 000 naissances vivantes)	1044 2006	692 2020
Taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans (pour 1 000 naissances vivantes)	135 2006	- -
Taux de mortalité néonatale (pour 1 000 naissances vivantes)	41 2006	- -
Taux de natalité chez les adolescentes - 15-19 ans (pour 1 000 femmes)	123 2006	140 2020
Pourcentage de naissances < 24 mois après l'accouchement précédent (%)	- -	41,2 2020
Retard de croissance parmi les enfants de moins de 5 ans (%)	38 2006	27,8 2020
Émaciation modérée à sévère parmi les enfants de moins de 5 ans (%)	11 2006	11,6 2020

Indicateurs de couverture de la SRMNEA-N

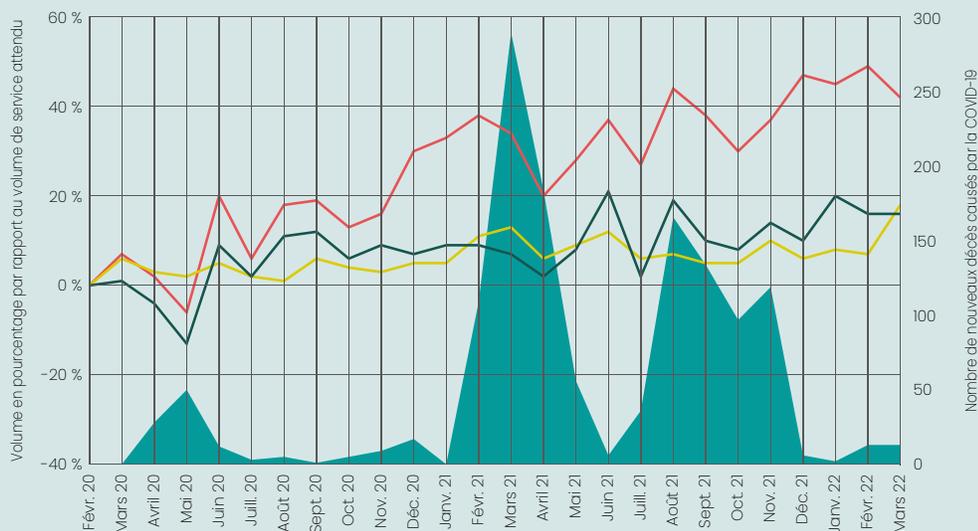
Les données sur tous les indicateurs de couverture de la SRMNEA-N rapportés proviennent des enquêtes de population les plus récentes disponibles.

- Soins prénatals (au moins 4 consultations)
- Recherche de traitement pour la pneumonie
- Besoins en planification familiale satisfaits (femmes mariées)
- Trois doses de vaccin contre la diphtérie, le tétanos et la coqueluche (DTP)
- Accouchement dans un établissement de santé
- Soins postnatals pour les mères
- Accouchement assisté par un prestataire qualifié
- Supplémentation en vitamine A, couverture totale



Insuffisance dans la prestation de services par rapport aux tendances pré-pandémiques

- Nouveaux décès causés par la COVID-19
- Écart dans les visites ambulatoires
- Écart dans les accouchements dans un établissement de santé
- Écart dans les CPN4



Le suivi du processus piloté par le pays

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



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



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



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



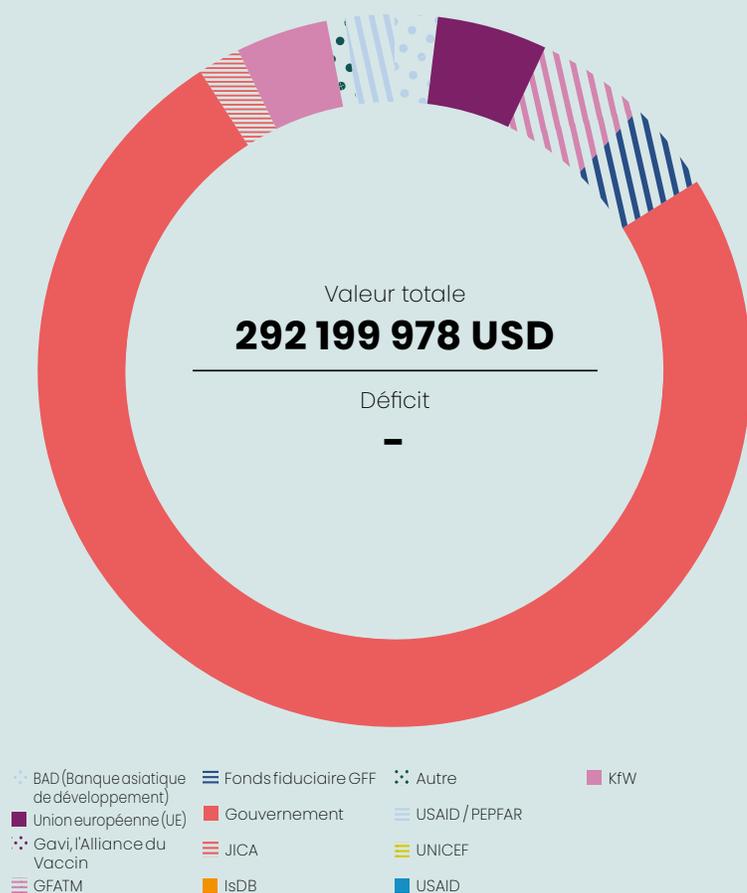
Analyse sur le genre/Stratégie sur le genre



● 2019 ● 2020 ● 2021 ● 2022

Tadjikistan

Exercice fiscal 2022



Cartographie des ressources

Le Tadjikistan en est aux premières étapes de l'élaboration de son dossier d'investissement, qui prendra la forme d'un plan sur trois ans de mise en œuvre prioritaire de soutien à la Stratégie de soins de santé à la population de la République du Tadjikistan (SHPR) jusqu'en 2030. Un exercice de cartographie des ressources lancé en 2020 incluait les données des bailleurs de fonds et partenaires de développement, des ressources publiques programmées dans le cadre des dépenses à moyen terme et une comparaison des ressources disponibles avec le coût préalable chiffré de la mise en œuvre de la SHPR. En 2022, le ministère de la Santé et de la Protection sociale a initié un nouveau cycle de collecte de données pour la cartographie des ressources financières et le suivi des dépenses connexes dans le secteur de la santé. La cartographie indiquait que 314 millions et 292 millions de dollars américains étaient disponibles pour la santé, respectivement en 2021 et 2022, dont 70 % provenant du budget de l'État et 30 % d'investissements extérieurs. Les données relatives aux dépenses fournies par 15 des 26 bailleurs de fonds ayant transmis des données en 2020 indiquaient que 57 % et 81 % des ressources allouées par les bailleurs de fonds avaient été dépensées, en 2020 et 2021 respectivement. Les conclusions révélaient que la préparation et les interventions en cas d'urgence (41 % et 59 %, respectivement), ainsi que les services de soins de santé (39 % et 28 %) représentaient la part la plus importante des dépenses des bailleurs de fonds en 2020 et 2021, alors que les fonds accordés aux réformes durables du financement de la santé (0,03 % et 1,65 %), les ressources humaines pour la santé (3,94 % et 0,76 %) et les réformes du SGIS (0,24 % et 0,23 %) ne représentent qu'une portion congrue des financements des bailleurs de fonds. Le GFF travaille avec le ministère de la Santé et de la Protection sociale à l'institutionnalisation de la cartographie des ressources et la mise en place d'un système et d'un processus pour la collecte régulière des données relatives aux projets de santé soutenus par les bailleurs de fonds et les partenaires de développement. Les données collectées serviront à renseigner les prises de décision, veiller à ce que les fonds soient alloués conformément aux priorités du gouvernement et à résoudre les déficits de financement, ainsi qu'à l'analyse des données et la production de rapports pour d'autres institutions gouvernementales.

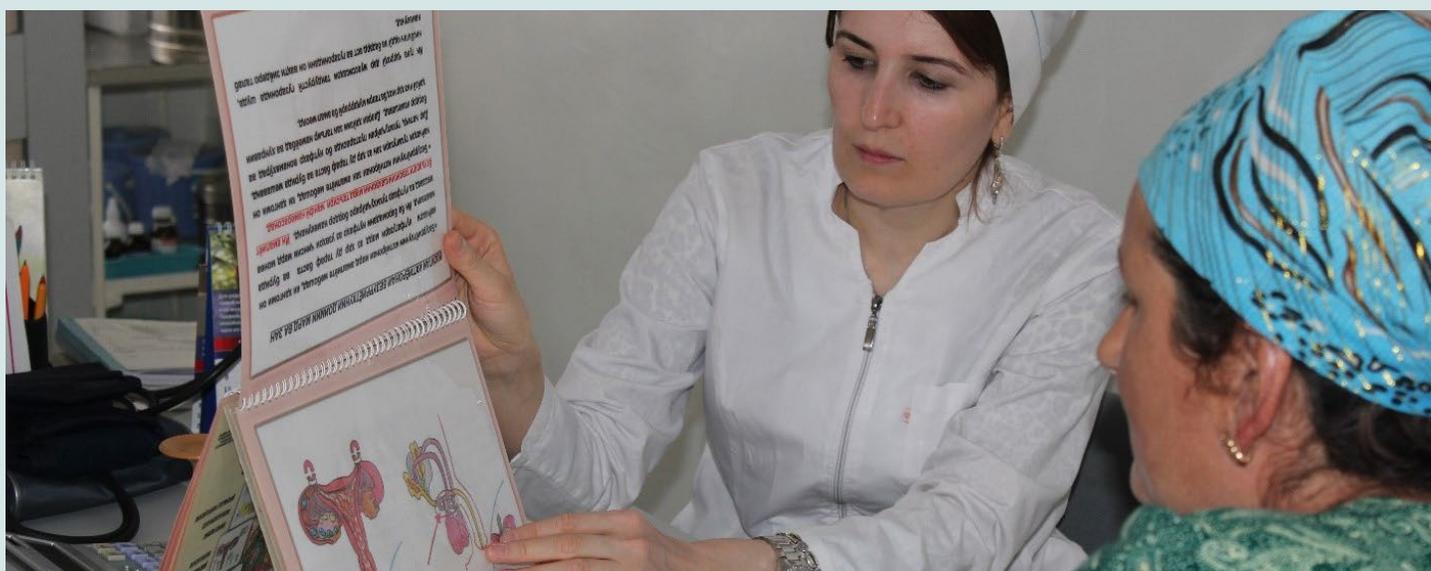
Financement de la santé	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Dépenses publiques générales de santé (DGGHE), par habitant (USD)	19,7	15,3	18,3	16,0	16,9	25,9	25,5
Taux d'exécution du budget de la santé (%)	-	92,4	94,2	93,7	99,2	71,0	100,0
Part du budget public consacré à la santé (%)	-	6,3	6,2	6,4	7,6	10,4	8,4
Part des dépenses de santé allant aux prestataires de première ligne (%)	-	27,3	26,0	27,0	29,3	20,1	20,5
Dépenses publiques générales de santé (DGGHE) en tant que part des dépenses publiques générales (%)	6,4	6,3	6,2	6,4	6,6	10,4	9,7
Somme des paiements directs des ménages pour la santé, par habitant (USD)	40,0	37,0	37,0	40,9	44,1	-	-

Indicateurs d'impact de la SRMNEA-N	Précédent		Récemment	
Taux de mortalité maternelle (pour 100 000 naissances vivantes)	35	2010	32	2015
Taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans (pour 1 000 naissances vivantes)	43	2012	33	2017
Taux de mortalité néonatale (pour 1 000 naissances vivantes)	19	2012	13	2017
Taux de natalité chez les adolescentes - 15-19 ans (pour 1 000 femmes)	54	2012	54	2017
Pourcentage de naissances < 24 mois après l'accouchement précédent (%)	33,1	2012	35,9	2017
Retard de croissance parmi les enfants de moins de 5 ans (%)	26	2012	17,5	2017
Émaciation modérée à sévère parmi les enfants de moins de 5 ans (%)	10	2012	5,6	2017
Mortinaissances (pour 1 000 naissances)	8,5	2012	7,1	2017

Indicateurs de couverture de la SRMNEA-N

Les données sur tous les indicateurs de couverture de la SRMNEA-N rapportés proviennent des enquêtes de population les plus récentes disponibles.

- Soins prénatals (au moins 4 consultations)
- Recherche de traitement pour la pneumonie
- Besoins en planification familiale satisfaits (toutes les femmes)
- Trois doses de vaccin contre la diphtérie, le tétanos et la coqueluche (DTP)
- Accouchement dans un établissement de santé
- Sels de réhydratation par voie orale pour le traitement de la diarrhée
- Soins postnatals pour les mères
- Accouchement assisté par un prestataire qualifié
- Supplémentation en vitamine A, couverture totale



Le suivi du processus piloté par le pays

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

1

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

1

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

3

5

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

1

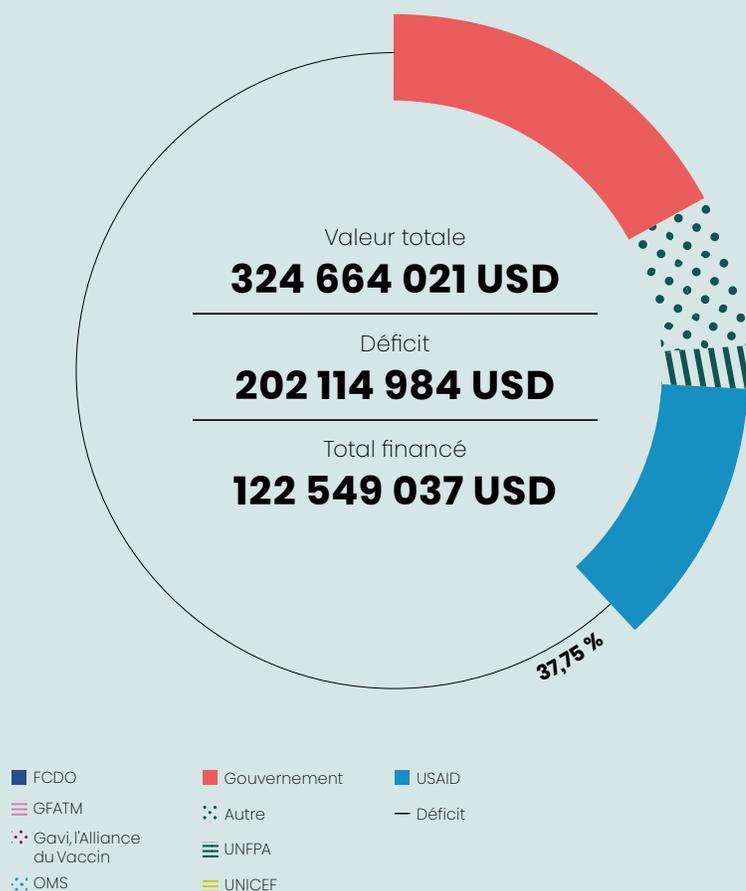
Analyse sur le genre/Stratégie sur le genre

1

● 2019 ● 2020 ● 2021 ● 2022

Tanzanie

Exercice fiscal 2022



Cartographie des ressources

En Tanzanie, l'approche de la CRSD a été mise en œuvre à des fins d'évaluation du paysage fiscal pour le dossier d'investissement (DI) et de renseignement pour l'élaboration de la stratégie nationale de santé. Le rapport souligne l'engagement du gouvernement de la Tanzanie à améliorer les résultats de santé et précise que le financement national du DI est passé de 20 % en 2018 à 39 % en 2019. Outre les augmentations des dépenses du gouvernement, le rapport indique également une baisse des contributions des bailleurs de fonds en termes relatifs et absolus, et illustre l'équité et l'efficacité de l'allocation des ressources entre les priorités de SRMNEA-N et entre les provinces.

Le pays a récemment terminé sa CRSD (après deux années sans exercice, du fait de la pandémie de COVID-19) qui soutient la nouvelle stratégie de SRMNEA-N, « One Plan III ». La CRSD vise à éclairer les priorités, identifier les déficits de financement dans les domaines programmatiques et améliorer l'alignement des bailleurs de fonds sur les objectifs de santé nationaux. La CRSD a souligné un important déficit de financement de 62 % pour l'exercice fiscal 2022. Ce déficit provient en partie des discussions en cours avec les bailleurs de fonds à propos de leurs engagements.

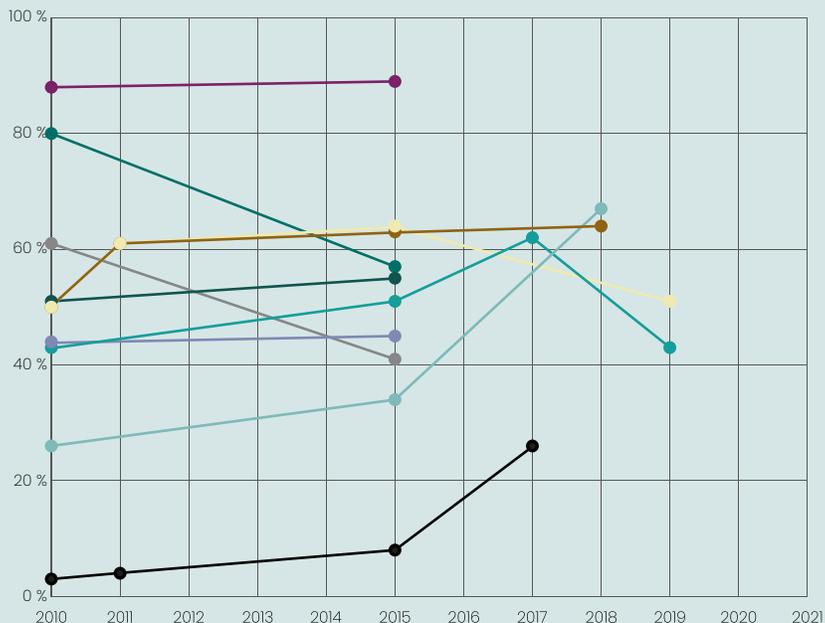
Financement de la santé	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Dépenses publiques générales de santé (DGGHE), par habitant (USD)	-	15,2	15,4	15,9	16,5	-	-
Taux d'exécution du budget de la santé (%)	-	61,0	77,0	72,0	55,0	53,0	-
Part du budget public consacré à la santé (%)	-	8,1	9,0	10,0	8,0	7,0	6,0
Dépenses publiques générales de santé (DGGHE) en tant que part des dépenses publiques générales (%)	-	9,5	9,5	9,4	9,6	-	-
Somme des paiements directs des ménages pour la santé, par habitant (USD)	-	8,2	8,5	8,8	8,9	-	-

Indicateurs d'impact de la SRMNEA-N	Précédent		Récemment	
Taux de mortalité maternelle (pour 100 000 naissances vivantes)	454	2010	556	2015
Taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans (pour 1 000 naissances vivantes)	81	2010	67	2015
Taux de mortalité néonatale (pour 1 000 naissances vivantes)	26	2010	25	2015
Taux de natalité chez les adolescentes – 15-19 ans (pour 1 000 femmes)	116	2010	132	2015
Pourcentage de naissances < 24 mois après l'accouchement précédent (%)	15,6	2010	18,8	2015
Retard de croissance parmi les enfants de moins de 5 ans (%)	42	2010	34	2015
Émaciation modérée à sévère parmi les enfants de moins de 5 ans (%)	4,8	2010	4,4	2015
Mortinaissances (pour 1 000 naissances)	17,2	2010	18,4	2015

Indicateurs de couverture de la SRMNEA-N

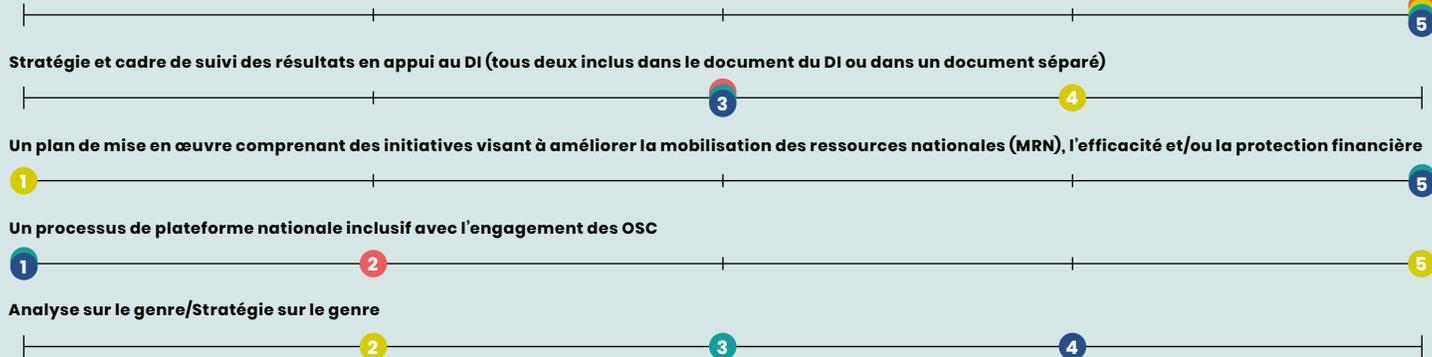
Les données sur tous les indicateurs de couverture de la SRMNEA-N rapportés proviennent des enquêtes de population les plus récentes disponibles.

- Soins prénatals (au moins 4 consultations)
- Recherche de traitement pour la pneumonie
- Besoins en planification familiale satisfaits (toutes les femmes)
- Trois doses de vaccin contre la diphtérie, le tétanos et la coqueluche (DTP)
- Accouchement dans un établissement de santé
- Sels de réhydratation par voie orale pour le traitement de la diarrhée
- Soins postnatals pour les mères
- Accouchement assisté par un prestataire qualifié
- Au moins 3 doses de SP/Fansidar pendant la grossesse
- Supplémentation en vitamine A, couverture totale



Le suivi du processus piloté par le pays

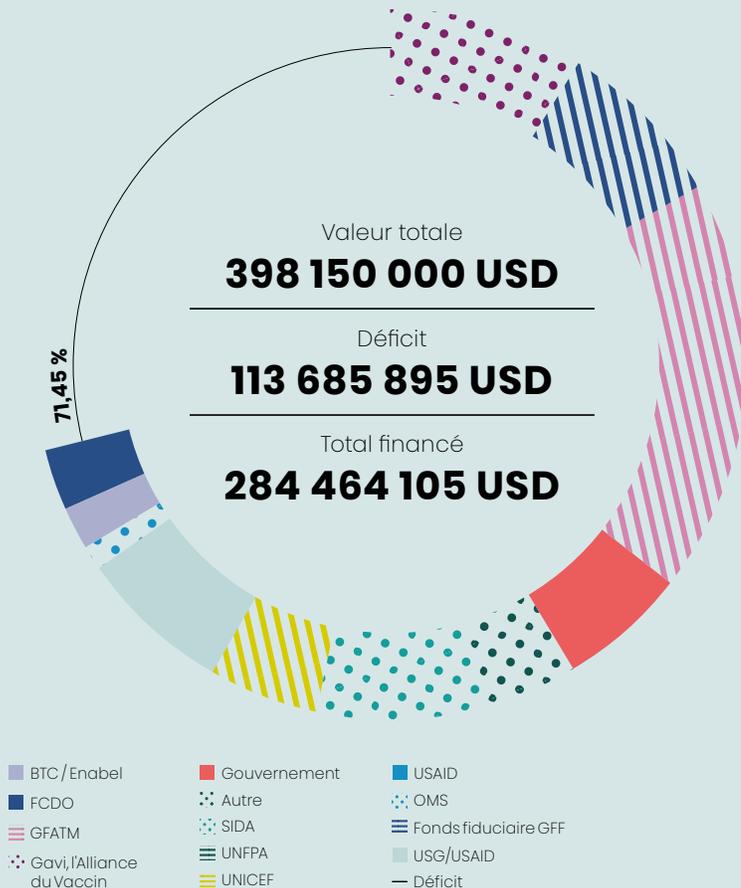
Dossier d'investissement pour la SRMNEA-N ou équivalent (par exemple, plan national de santé)



● 2019 ● 2020 ● 2021 ● 2022

Ouganda

Exercice fiscal 2020



Cartographie des ressources

Le dossier d'investissement de l'Ouganda en matière de SRMNEA, le *Sharpened Plan*, couvre la période de l'exercice fiscal 2016-2017 à celui de 2019-2020. En 2018-2019, le ministère de la Santé a réalisé une cartographie des ressources du DI en se concentrant sur la source des financements et le déficit de financement aux niveaux national et décentralisé. Dans l'ensemble, l'exercice indique un déficit de financement du DI en baisse sur la durée, passant de 46 % à 29 % entre 2017-2018 et 2019-2020, grâce à une augmentation des contributions des bailleurs de fonds : les bailleurs ont ainsi financé 48 % du coût du DI en 2017-2018, contribution qui a grimpé à 65 % en 2019-2020. L'augmentation est principalement due à des contributions accrues de Gavi, du GFTAM et de la Banque mondiale/GFF. Parce que le coût de mise en œuvre du DI a augmenté entre 2017-2018 et 2019-2020, la contribution du gouvernement est demeurée la même en termes relatifs, mais a augmenté en termes absolus entre 2017-2018 et 2019-2020. Le gouvernement de l'Ouganda prépare son nouveau DI et les résultats de la précédente cartographie des ressources aideront le ministère de la Santé à donner la priorité aux interventions d'amélioration du programme de MRN dans le dialogue politique avec le ministère des Finances.

Financement de la santé	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Dépenses publiques générales de santé (DGGHE), par habitant (USD)	6,6	6,5	6,3	5,4	4,9	-	-
Taux d'exécution du budget de la santé (%)	-	100,0	98,0	93,0	94,0	85,0	75,0
Part du budget public consacré à la santé (%)*	8,5	6,4	8,9	6,7	7,2	7,2	-
Part des dépenses de santé allant aux prestataires de première ligne (%)	-	25,2	20,3	23,7	25,2	21,7	22,5
Dépenses publiques générales de santé (DGGHE) en tant que part des dépenses publiques générales (%)	5,1	5,1	5,1	4,2	3,1	-	-
Somme des paiements directs des ménages pour la santé, par habitant (USD)	17,0	16,3	16,3	11,4	12,4	-	-

Indicateurs d'impact de la SRMNEA-N	Précédent		Récemment	
Taux de mortalité maternelle (pour 100 000 naissances vivantes)	438	2011	336	2016
Taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans (pour 1 000 naissances vivantes)	90	2011	64	2016
Taux de mortalité néonatale (pour 1 000 naissances vivantes)	27	2011	27	2016
Taux de natalité chez les adolescentes - 15-19 ans (pour 1 000 femmes)	134	2011	132	2016
Pourcentage de naissances < 24 mois après l'accouchement précédent (%)	25,3	2011	24,3	2016
Retard de croissance parmi les enfants de moins de 5 ans (%)	33,4	2011	28,9	2016
Émaciation modérée à sévère parmi les enfants de moins de 5 ans (%)	4,7	2011	3,4	2016
Mortinaissances (pour 1 000 naissances)	20	2011	16,3	2016

Indicateurs de couverture de la SRMNEA-N

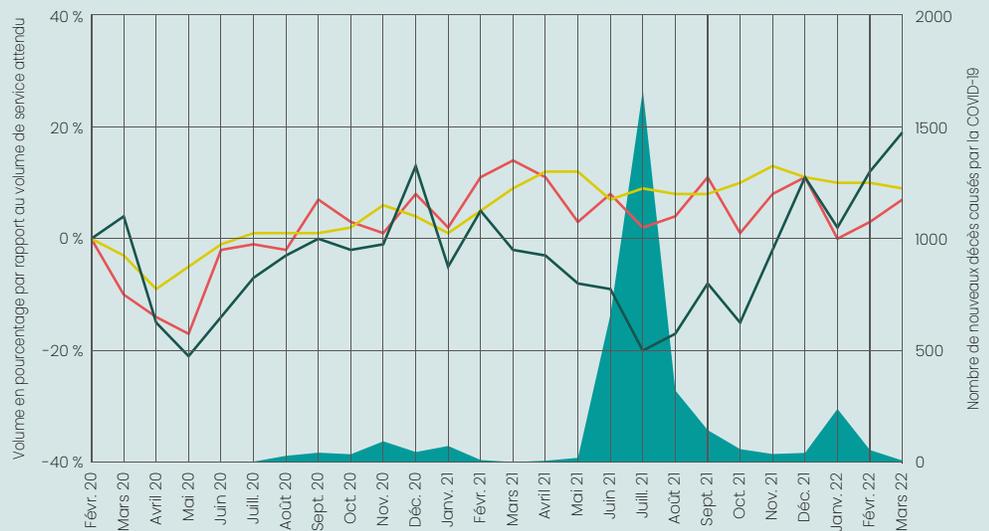
Les données sur tous les indicateurs de couverture de la SRMNEA-N rapportés proviennent des enquêtes de population les plus récentes disponibles.

- Soins prénatals (au moins 4 consultations)
- Recherche de traitement pour la pneumonie
- Besoins en planification familiale satisfaits (toutes les femmes)
- Trois doses de vaccin contre la diphtérie, le tétanos et la coqueluche (DTP)
- Accouchement dans un établissement de santé
- Sels de réhydratation par voie orale pour le traitement de la diarrhée
- Soins postnatals pour les mères
- Accouchement assisté par un prestataire qualifié
- Au moins 3 doses de SP/Fansidar pendant la grossesse
- Supplémentation en vitamine A, couverture totale



Insuffisance dans la prestation de services par rapport aux tendances préandémiques

- Nouveaux décès causés par la COVID-19
- Écart dans les visites ambulatoires
- Écart dans les accouchements dans un établissement de santé
- Écart dans les CPN4



Le suivi du processus piloté par le pays

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

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

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

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

Analyse sur le genre/Stratégie sur le genre

● 2019 ● 2020 ● 2021 ● 2022

Vietnam



Cartographie des ressources

Avec des financements externes de la santé représentant environ 3 % du total des financements depuis dix ans, le secteur de la santé du Vietnam n'est plus fortement dépendant de l'aide extérieure. Certains des principaux partenaires de développement (tels que l'Union européenne, Gavi et le Fonds mondial) ont néanmoins stoppé leur aide, ou en limitent la portée, ce qui nécessite la transition vers un financement budgétisé par le gouvernement ou la mise en place d'une assurance maladie. Le projet *Grassroots Health Service Delivery Project* de prestation de services sanitaires à la base, dont la mise en œuvre a débuté en mai 2020, vient combler un important déficit de financement pour le Vietnam. Ce projet est soutenu par un crédit d'appui transitoire de l'IDA (IDA-TS) de 80 millions de dollars américains, une subvention de cofinancement de 5 millions USD du Fonds fiduciaire à multiples bailleurs (MDTF) pour l'intégration de programmes de santé financés par les bailleurs de fonds, financée avec l'aide de l'Australie, une subvention de 3 millions USD cofinancée par le MDTF pour relever les défis posés par les maladies non transmissibles dans les pays à revenu faible et intermédiaire (Fonds de gouvernance pharmaceutique), ainsi que 21,25 millions USD du gouvernement du Vietnam, outre les 17 millions USD de financement du GFF à des fins de réduction du crédit IDA-TS.

Financement de la santé	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Dépenses publiques générales de santé (DGGHE), par habitant (USD)	49,3	58,8	64,6	67,9	79,2	-	-
Dépenses publiques générales de santé (DGGHE) en tant que part des dépenses publiques générales (%)	7,8	9,6	9,3	10,2	10,1	-	-
Somme des paiements directs des ménages pour la santé, par habitant (USD)	51,3	55,3	63,2	68,1	77,6	-	-

Indicateurs d'impact de la SRMNEA-N	Précédent	Récent
Taux de mortalité maternelle (pour 100 000 naissances vivantes)	69 2009	46 2019: General Statistics Office
Taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans (pour 1 000 naissances vivantes)	21 2019: General Statistics Office	22,3 2020: General Statistics Office
Taux de mortalité néonatale (pour 1 000 naissances vivantes)	11,9 2013	6 2020: General Statistics Office
Taux de natalité chez les adolescentes – 15-19 ans (pour 1 000 femmes)	45 2013	42 2020: General Statistics Office
Pourcentage de naissances < 24 mois après l'accouchement précédent (%)	-	-
Retard de croissance parmi les enfants de moins de 5 ans (%)	29,3 2010: General Nutrition Survey, National Institute of Nutrition	19,6 2020: National Institute of Nutrition
Émaciation modérée à sévère parmi les enfants de moins de 5 ans (%)	6,4 2015: National Institute of Nutrition	5,8 2017: National Institute of Nutrition
Mortinaissances (pour 1 000 naissances)	-	-

Indicateurs de couverture de la SRMNEA-N

Les données sur tous les indicateurs de couverture de la SRMNEA-N rapportés proviennent des enquêtes de population les plus récentes disponibles.

- Soins prénatals (au moins 4 consultations)
- Recherche de traitement pour la pneumonie
- Allaitement maternel exclusif
- Trois doses de vaccin contre la diphtérie, le tétanos et la coqueluche (DTP)
- Accouchement dans un établissement de santé
- Régime alimentaire minimum acceptable
- Sels de réhydratation par voie orale pour le traitement de la diarrhée
- Soins postnatals pour les mères
- Accouchement assisté par un prestataire qualifié
- Supplémentation en vitamine A, couverture totale



Le suivi du processus piloté par le pays

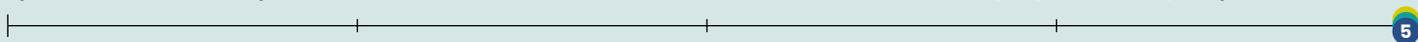
Dossier d'investissement pour la SRMNEA-N ou équivalent (par exemple, plan national de santé)



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



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



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



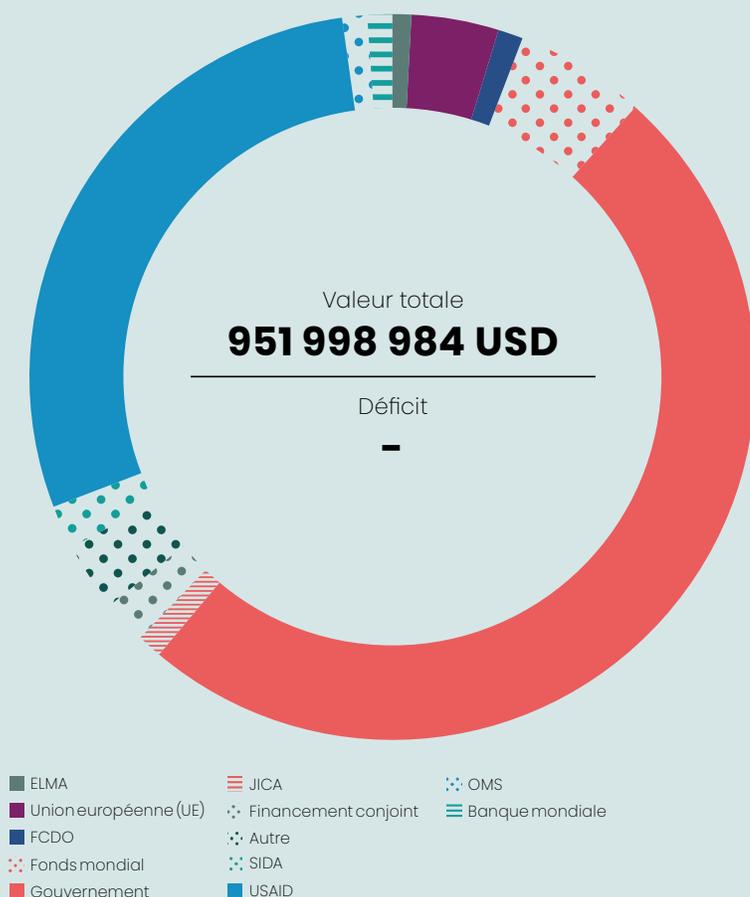
Analyse sur le genre/Stratégie sur le genre



● 2019 ● 2020 ● 2021 ● 2022

Zambie

Exercice fiscal 2019



Cartographie des ressources

Dans le cadre des mécanismes de coordination de l'aide, la Zambie procède régulièrement à la cartographie des activités et du financement des bailleurs de fonds dans le secteur de la santé depuis les années 1990. Le graphique présente l'estimation du financement du secteur de la santé pour l'exercice fiscal 2019 en Zambie.

Le GFF soutient l'exercice détaillé de cartographie des ressources afin d'évaluer les déficits de financement au niveau global et par domaine. Cet exercice permettra d'évaluer les capacités de financement des activités de SRMNEA-N, telles que définies dans le dossier d'investissement. Il permettra également de mettre en lumière le déficit de financement de l'ensemble du secteur de la santé, et de cartographier les ressources disponibles par rapport aux domaines clés d'importance du nouveau Plan stratégique national de la santé. Enfin, la réalisation de la cartographie des ressources et des comptes nationaux de la santé est soutenue dans le cadre du processus de renforcement de la pertinence des résultats pour la prise de décision.

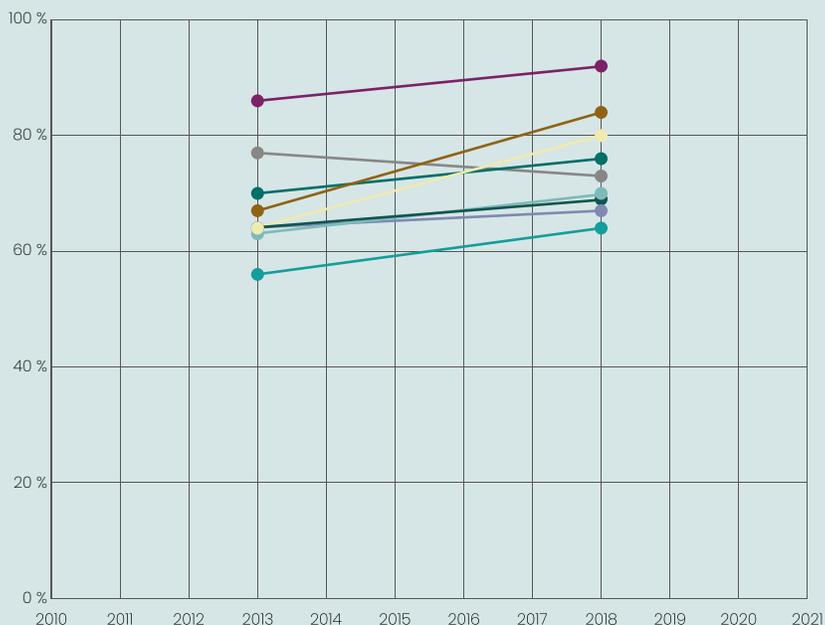
Financement de la santé	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Dépenses publiques générales de santé (DGGHE), par habitant (USD)	17,0	22,0	36,0	29,8	27,8	-	-
Taux d'exécution du budget de la santé (%)	94,0	92,5	98,0	75,0	-	-	70,0
Part du budget public consacré à la santé (%)	9,6	8,3	8,9	9,5	9,3	8,8	8,1
Part des dépenses de santé allant aux prestataires de première ligne (%)	-	-	-	-	-	-	34,2
Dépenses publiques générales de santé (DGGHE) en tant que part des dépenses publiques générales (%)	8,6	8,0	10,2	7,0	7,0	-	-
Somme des paiements directs des ménages pour la santé, par habitant (USD)	7,3	7,0	8,0	7,9	7,1	-	-

Indicateurs d'impact de la SRMNEA-N	Précédent		Récemment	
Taux de mortalité maternelle (pour 100 000 naissances vivantes)	398	2013	252	2018
Taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans (pour 1 000 naissances vivantes)	75	2013	61	2018
Taux de mortalité néonatale (pour 1 000 naissances vivantes)	24	2013	27	2018
Taux de natalité chez les adolescentes - 15-19 ans (pour 1 000 femmes)	141	2013	135	2018
Pourcentage de naissances < 24 mois après l'accouchement précédent (%)	15,5	2013	14	2018
Retard de croissance parmi les enfants de moins de 5 ans (%)	40,1	2013	34,6	2018
Émaciation modérée à sévère parmi les enfants de moins de 5 ans (%)	6	2013	4,2	2018
Mortinaissances (pour 1 000 naissances)	13,3	2013	12,1	2018

Indicateurs de couverture de la SRMNEA-N

Les données sur tous les indicateurs de couverture de la SRMNEA-N rapportés proviennent des enquêtes de population les plus récentes disponibles.

- Soins prénatals (au moins 4 consultations)
- Recherche de traitement pour la pneumonie
- Besoins en planification familiale satisfaits (toutes les femmes)
- Trois doses de vaccin contre la diphtérie, le tétanos et la coqueluche (DTP)
- Sels de réhydratation par voie orale pour le traitement de la diarrhée
- Soins postnatals pour les mères
- Accouchement assisté par un prestataire qualifié
- Supplémentation en vitamine A, couverture totale



Le suivi du processus piloté par le pays

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



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



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



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



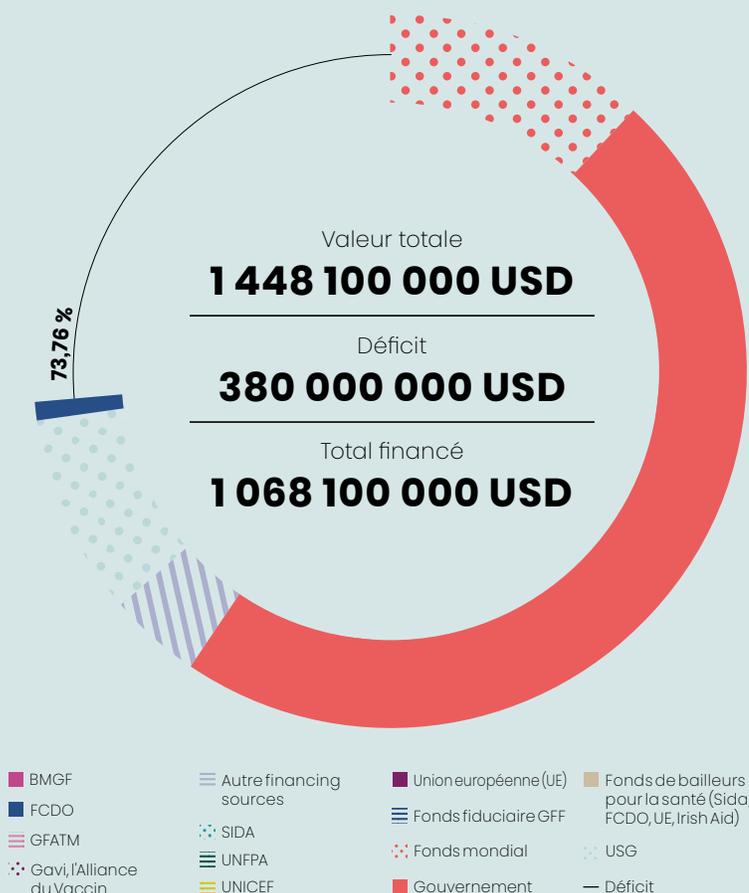
Analyse sur le genre/Stratégie sur le genre



● 2019 ● 2020 ● 2021 ● 2022

Zimbabwe

Exercice fiscal 2019



Cartographie des ressources

Le ministère de la Santé et des Soins aux enfants réalise la cartographie des ressources et le suivi des dépenses annuellement depuis 2015. Il collecte à cette occasion les données relatives aux budgets et aux dépenses des sources nationales et extérieures de financement au sein du secteur de la santé. Les données ont servi à renseigner la planification et la coordination des ressources du secteur de la santé (par exemple, les demandes de subventions auprès du Fonds mondial), à identifier et résoudre les inefficacités prévalentes dans le secteur de la santé et à renseigner le chiffrage et l'analyse des déficits dans les plans stratégiques nationaux, et en particulier la Stratégie nationale de santé (2016-2020). Le Zimbabwe a entamé le processus de rédaction de son dossier d'investissement pour le secteur de la santé jusqu'en 2025, qui sera finalisé dès que la Stratégie nationale de santé (2021-2025) sera en place, afin de garantir l'alignement entre ces deux documents.

Financement de la santé	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Dépenses publiques générales de santé (DGGHE), par habitant (USD)	22,4	26,2	32,8	45,3	18,2	-	-
Taux d'exécution du budget de la santé (%)	-	98,0	99,0	87,0	91,0	80,0	94,0
Part du budget public consacré à la santé (%)	-	7,5	6,9	8,6	12,9	12,8	13,0
Part des dépenses de santé allant aux prestataires de première ligne (%)	-	-	-	11,7	8,3	11,6	16,3
Dépenses publiques générales de santé (DGGHE) en tant que part des dépenses publiques générales (%)	7,6	7,6	7,6	8,7	8,7	-	-
Somme des paiements directs des ménages pour la santé, par habitant (USD)	27,8	26,2	26,4	27,8	25,1	-	-

Indicateurs d'impact de la SRMNEA-N	Précédent		Récent	
Taux de mortalité maternelle (pour 100 000 naissances vivantes)	614	2014	462	2019
Taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans (pour 1 000 naissances vivantes)	75	2014	65	2019
Taux de mortalité néonatale (pour 1 000 naissances vivantes)	29	2014	32	2019
Taux de natalité chez les adolescentes - 15-19 ans (pour 1 000 femmes)	120	2014	108	2019
Pourcentage de naissances < 24 mois après l'accouchement précédent (%)	-	-	-	-
Retard de croissance parmi les enfants de moins de 5 ans (%)	27,6	2014	23,5	2019
Émaciation modérée à sévère parmi les enfants de moins de 5 ans (%)	3,3	2014	2,9	2019
Mortinaissances (pour 1 000 naissances)	15	2010	12	2015

Indicateurs de couverture de la SRMNEA-N

Les données sur tous les indicateurs de couverture de la SRMNEA-N rapportés proviennent des enquêtes de population les plus récentes disponibles.

- Soins prénatals (au moins 4 consultations)
- Recherche de traitement pour la pneumonie
- Besoins en planification familiale satisfaits (toutes les femmes)
- Trois doses de vaccin contre la diphtérie, le tétanos et la coqueluche (DTP)
- Accouchement dans un établissement de santé
- Sels de réhydratation par voie orale pour le traitement de la diarrhée
- Soins postnatals pour les mères
- Accouchement assisté par un prestataire qualifié
- Supplémentation en vitamine A, couverture totale



Le suivi du processus piloté par le pays

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

2

5

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

4

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

1

5

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

3

5

Analyse sur le genre/Stratégie sur le genre

1

5

● 2019 ● 2020 ● 2021 ● 2022

Annexe

Indicateur / Source	Afghanistan	Bangladesh	Burkina Faso	Cambodge	Cameroun	RCA	Tchad	Côte d'Ivoire	RDC
INDICATEURS D'IMPACT DE BASE DU GFF									
Taux de mortalité maternelle	Rapport interagences ONU 2015; Rapport interagences ONU 2017	SVRS 2019;SVRS 2020	DHS 2010;EMDS 2015	DHS 2014; DHS 2021	DHS 2011;DHS 2018	-	DHS 2014	DHS 2011;DHS 2021	DHS 2014
Taux de mortalité des moins de 5 ans	AHS 2015;AHS 2018	BDHS 2017;SVRS 2020	EMDS 2015;DHS 2021	DHS 2014; DHS 2021	MICS 2014;DHS 2018	MICS 2010;MICS 2018	DHS 2014;MICS 2019	MICS 2016;DHS 2021	DHS 2014;MICS 2017
Taux de mortalité néonatale	AHS 2015;AHS 2018	BDHS 2017;SVRS 2020	EMDS 2015;DHS 2021	DHS 2014; DHS 2021	MICS 2014;DHS 2018	MICS 2018	DHS 2014;MICS 2019	MICS 2016;DHS 2021	DHS 2014;MICS 2017
Taux de natalité chez les adolescentes (15-19 ans)	AHS 2015;AHS 2018	BDHS 2017;SVRS 2020	MIS 2018; DHS 2021	DHS 2014; DHS 2021	MICS 2014;DHS 2018	MICS 2010;MICS 2018	DHS 2014;MICS 2019	MICS 2016;DHS 2021	DHS 2014;MICS 2017
Naissances moins de 24 mois après l'accouchement précédent	DHS 2015	DHS 2014	MIS 2014;MIS 2018	DHS 2010;DHS 2014	DHS 2011;DHS 2018		DHS 2014	DHS 2011	DHS 2014
Retard de croissance parmi les enfants de moins de 5 ans	Enquête nationale de l'Afghanistan sur la nutrition 2013 ; EAS 2018	BDHS 2017;SVRS 2019	Enquête nationale sur la nutrition 2017 ; EDS 2021	DHS 2014; DHS 2021	MICS 2014;DHS 2018	MICS 2010;MICS 2018	SMART 2018;SMART 2019	MICS 2016;DHS 2021	DHS 2014;MICS 2017
Émaciation modérée à sévère parmi les enfants de moins de 5 ans	Enquête nationale de l'Afghanistan sur la nutrition 2013 ; EAS 2018	BDHS 2014;BDHS 2017	Enquête nationale sur la nutrition 2017 ; EDS 2021	DHS 2014; DHS 2021	MICS 2014;DHS 2018	MICS 2010;MICS 2018	SMART 2018;SMART 2019	MICS 2016;DHS 2021	DHS 2014;MICS 2017
Mortinaissances (pour 1000 naissances)	AHS 2015	BDHS 2014;BDHS 2017	-	DHS 2014	DHS 2018; EDS-MICS 2011	-	-	-	-

Indicateur / Source	Malawi	Mali	Mauritanie	Mozambique	Myanmar	Niger	Nigeria	Pakistan	Rwanda
INDICATEURS D'IMPACT DE BASE DU GFF									
Taux de mortalité maternelle	DHS 2010;DHS 2015	DHS 2012;DHS 2018	MICS 2015;DHS 2020	DHS 2011	DHS 2015	DHS 2012;ENISED 2015	DHS 2013;DHS 2018	UNIA 2014-15;UNIA 2019	DHS 2014;DHS 2019
Taux de mortalité des moins de 5 ans	DHS 2015;MICS 2019	MICS 2015;DHS 2018	MICS 2015;DHS 2020	DHS 2011	UNIGME 2012; UNIGME 2020	ENISED 2015;ENAFEME 2021	DHS 2013;DHS 2018	DHS 2012;DHS 2017	DHS 2014;DHS 2019
Taux de mortalité néonatale	DHS 2015;MICS 2019	MICS 2015;DHS 2018	MICS 2015;DHS 2020	DHS 2011	UNIGME 2011; UNIGME 2019	ENISED 2015;ENAFEME 2021	DHS 2013;DHS 2018	DHS 2012;DHS 2017	DHS 2014;DHS 2019
Taux de natalité chez les adolescentes (15-19 ans)	DHS 2015;MICS 2019	MICS 2015;DHS 2018	MICS 2015;DHS 2020	DHS 2011;AIS 2015	DHS 2015	ENISED 2015;ENAFEME 2021	DHS 2013;DHS 2018	DHS 2012;DHS 2017	DHS 2014;DHS 2019

Éthiopie	Ghana	Guatemala	Guinée	Haïti	Indonésie	Kenya	Libéria	Madagascar
INDICATEURS D'IMPACT DE BASE DU GFF								
DHS 2016	GSS 2014;DMHS 2017	DHS 2014-15	DHS 2012;MICS 2016	DHS 2016	DHS 2012;SUPAS 2015	DHS 2008;DHS 2014	DHS 2013;DHS 2019	-
DHS 2016;DHS 2019	DHS 2014;MICS 2017	INE 2018;INE 2019	DHS 2012;DHS 2018	DHS 2012;DHS 2016	DHS 2012;DHS 2017	DHS 2008;DHS 2014	DHS 2013;DHS 2019	MICS 2018;DHS 2021
DHS 2016;DHS 2019	DHS 2014;MICS 2017	DHS 2014-15	DHS 2012;DHS 2018	DHS 2012;DHS 2016	DHS 2012;DHS 2017	DHS 2008;DHS 2014	DHS 2013;DHS 2019	MICS 2018;DHS 2021
DHS 2016;DHS 2019	DHS 2014;MICS 2017	DHS 2014-15	DHS 2012;DHS 2018	DHS 2012;DHS 2016	DHS 2012;DHS 2017	DHS 2008;DHS 2014	DHS 2013;DHS 2019	MICS 2018;DHS 2021
DHS 2016;DHS 2019	DHS 2014	DHS 2014-15	DHS 2012;DHS 2018	DHS 2012;DHS 2016	DHS 2012;DHS 2017	DHS 2008;DHS 2014	DHS 2013	DHS 2008;DHS 2021
DHS 2016;DHS 2019	DHS 2014;MICS 2017	DHS 2014-15	DHS 2012;DHS 2018	DHS 2012;DHS 2016	SSGI 2019;SSGI 2021	DHS 2008;DHS 2014	DHS 2013;DHS 2019	MICS 2018;DHS 2021
DHS 2016;DHS 2019	DHS 2014;MICS 2017	DHS 2014-15	DHS 2012;DHS 2018	DHS 2012;DHS 2016	SSGI 2019;SSGI 2021	DHS 2008;DHS 2014	DHS 2013;DHS 2019	MICS 2018;DHS 2021
DHS 2011;DHS 2016	DHS 2014;MICS 2017	DHS 2014-15	DHS 2018	-	DHS 2012;DHS 2017	DHS 2008;DHS 2014	DHS 2013;DHS 2019	-

Sénégal	Sierra Leone	Somalie	République du Tadjikistan	Tanzanie	Ouganda	Vietnam	Zambie	Zimbabwe
INDICATEURS D'IMPACT DE BASE DU GFF								
DHS 2017	DHS 2013;DHS 2019	MICS 2006;SHDS 2020	Rapport interagences de l'ONU 2010; Rapport interagences de l'ONU 2015	DHS 2010;DHS 2015	DHS 2011;DHS 2016	GSO - Recensement 2009 ; GSO - Recensement 2019	DHS 2013;DHS 2018	MICS 2014;MICS 2019
DHS 2018;DHS 2019	DHS 2013;DHS 2019	MICS 2006	DHS 2012;DHS 2017	DHS 2010;DHS 2015	DHS 2011;DHS 2016	GSO - Recensement 2019 ; MICS 2020	DHS 2013;DHS 2018	MICS 2014;MICS 2019
DHS 2018;DHS 2019	DHS 2013;DHS 2019	MICS 2006	DHS 2012;DHS 2017	DHS 2010;DHS 2015	DHS 2011;DHS 2016	MICS 2013;MICS 2020	DHS 2013;DHS 2018	MICS 2014;MICS 2019
DHS 2018;DHS 2019	DHS 2013;DHS 2019	MICS 2006;SHDS 2020	DHS 2012;DHS 2017	DHS 2010;DHS 2015	DHS 2011;DHS 2016	MICS 2013;MICS 2020	DHS 2013;DHS 2018	MICS 2014;MICS 2019

Indicateur / Source	Malawi	Mali	Mauritanie	Mozambique	Myanmar	Niger	Nigeria	Pakistan	Rwanda
INDICATEURS D'IMPACT DE BASE DU GFF									
Naissances moins de 24 mois après l'accouchement précédent	DHS 2010;DHS 2015	DHS 2012;DHS 2018	-	DHS 2011;AIS 2015	DHS 2015	Recensement de la population 2012 - 2021 ENAFEME	DHS 2013;DHS 2018	DHS 2012;DHS 2017	DHS 2014
Retard de croissance parmi les enfants de moins de 5 ans	DHS 2015;MICS 2019	MICS 2015;DHS 2018	SMART 2018;DHS 2020	DHS 2011;NIP 2019	MICS 2009;DHS 2015	SMART 2020;SMART 2021	DHS 2013;DHS 2018	DHS 2012;DHS 2017	DHS 2014;DHS 2019
Émaciation modérée à sévère parmi les enfants de moins de 5 ans	DHS 2015;MICS 2019	MICS 2015;DHS 2018	SMART 2018;DHS 2020	DHS 2011;NIP 2019	MICS 2009;DHS 2015	SMART 2020;SMART 2021	DHS 2013;DHS 2018	DHS 2012;DHS 2017	DHS 2014;DHS 2019
Mortalités (pour 1 000 naissances)	DHS 2010;DHS 2015	DHS 2018	DHS 2020	DHS 2011	DHS 2015	DHS 2012	DHS 2013;DHS 2018	DHS 2012;DHS 2017	DHS 2014

Indicateur / Source	Afghanistan	Bangladesh	Burkina Faso	Cambodge	Cameroun	RCA	Tchad	Côte d'Ivoire	RDC
INDICATEURS DE COUVERTURE DE LA SRMNEA-N									
4+ consultations prénatales lors d'une grossesse	MICS 2010; DHS 2015; AHS 2018	DHS 2011; MICS 2012; DHS 2014; DHS 2017; MICS 2019	EDSBF-MICS IV 2010; MIS 2014; DHS 2021	DHS 2010; DHS 2014; DHS 2021	EDS-MICS 2011; MICS 2014; DHS 2018	MICS 2010; MICS 2018	MICS 2010; EDS-MICS 2014	DHS 2011; MICS 2016; DHS 2021	MICS 2010; DHS 2013; MICS 2017
Recherche de traitement pour la pneumonie	MICS 2010; DHS 2015	DHS 2011; MICS 2012; DHS 2014; DHS 2017; MICS 2019	EDSBF-MICS IV 2010; DHS 2021	DHS 2010; DHS 2014; DHS 2021	EDS-MICS 2011; MICS 2014; DHS 2018	MICS 2010; MICS 2018	MICS 2010; EDS-MICS 2014; MICS 2018-19	DHS 2011; MICS 2016; DHS 2021	MICS 2010; DHS 2013; MICS 2017
Besoins de planification familiale satisfaits avec des méthodes modernes	-	DHS 2011; DHS 2014; DHS 2017; MICS 2019	EDSBF-MICS IV 2010; PMA2020 2015, 2016, 2017, 2018, 2019; DHS 2021	DHS 2010; DHS 2014; DHS 2021	EDS-MICS 2011; DHS 2018	MICS 2018	EDS-MICS 2014; MICS 2018-19	DHS 2011; PMA 2017; PMA 2018; DHS 2021	DHS 2013; MICS 2017
DTP3 (vaccination avec 3 doses contre la diphtérie, le tétanos et la coqueluche)	MICS 2010; AHS 2012; DHS 2015; AHS 2018	DHS 2011; DHS 2014; DHS 2017	EDSBF-MICS IV 2010; DHS 2021	DHS 2010; DHS 2014; DHS 2021	EDS-MICS 2011; MICS 2014; DHS 2018	MICS 2010; MICS 2018	MICS 2010; EDS-MICS 2014	DHS 2011; MICS 2016; DHS 2021	MICS 2010; DHS 2013
Accouchement en établissement de santé	MICS 2010; DHS 2015;AHS 2018	DHS 2011; MICS 2012; DHS 2014; DHS 2017; MICS 2019	EDSBF-MICS IV 2010; DHS 2021	DHS 2010; DHS 2014; DHS 2021	EDS-MICS 2011; MICS 2014; DHS 2018	MICS 2010; MICS 2018	MICS 2010; EDS-MICS 2014; MICS 2018-19	DHS 2011; MICS 2016; DHS 2021	MICS 2010; DHS 2013; MICS 2017
Soins postnatals pour les mères	DHS 2015	DHS 2011; MICS 2012; DHS 2014; DHS 2017; MICS 2019	EDSBF-MICS IV 2010; DHS 2021	DHS 2010; DHS 2014; DHS 2021	EDS-MICS 2011; MICS 2014; DHS 2018	MICS 2018	EDS-MICS 2014; MICS 2018-19	DHS 2011; MICS 2016; DHS 2021	DHS 2013; MICS 2017
Accouchement assisté par un prestataire qualifié	MICS 2010 ;AHS 2012; DHS 2015; AHS 2018	DHS 2011; MICS 2012; DHS 2014; DHS 2017; MICS 2019	EDSBF-MICS IV 2010; DHS 2021	DHS 2010; DHS 2014; DHS 2021	EDS-MICS 2011; MICS 2014; DHS 2018	MICS 2010; MICS 2018	MICS 2010; EDS-MICS 2014; MICS 2018-19	DHS 2011; MICS 2016; DHS 2021	MICS 2010; DHS 2013; MICS 2017

Sénégal	Sierra Leone	Somalie	République du Tadjikistan	Tanzanie	Ouganda	Vietnam	Zambie	Zimbabwe
INDICATEURS D'IMPACT DE BASE DU GFF								
DHS 2017;DHS 2018	DHS 2013;DHS 2019	SHDS 2020	DHS 2012;DHS 2017	DHS 2010;DHS 2015	DHS 2011;DHS 2016	-	DHS 2013;DHS 2018	-
DHS 2018;DHS 2019	DHS 2013;DHS 2019	MICS 2006;SHDS 2020	DHS 2012;DHS 2017	DHS 2010;DHS 2015	DHS 2011;DHS 2016	Institut national de la nutrition 2017 ; Institut national de la nutrition 2018	DHS 2013;DHS 2018	MICS 2014;MICS 2019
DHS 2018;DHS 2019	DHS 2013;DHS 2019	MICS 2006;SHDS 2020	DHS 2012;DHS 2017	DHS 2010;DHS 2015	DHS 2011;DHS 2016	Institut national de la nutrition 2015 ; Institut national de la nutrition 2017	DHS 2013;DHS 2018	MICS 2014;MICS 2019
DHS 2018;DHS 2019	DHS 2013;DHS 2019	-	DHS 2012;DHS 2017	DHS 2010;DHS 2015	DHS 2011;DHS 2016	-	DHS 2013;DHS 2018	DHS 2010;DHS 2015

Éthiopie	Ghana	Guatemala	Guinée	Haïti	Indonésie	Kenya	Libéria	Madagascar
INDICATEURS DE COUVERTURE DE LA SRMNEA-N								
DHS 2011; Mini DHS 2014; DHS 2016; DHS 2019	MICS 2011; DHS 2014; GMHS 2017; MICS 2018	DHS 2014-15	EDS-MICS 2012; MICS 2016; DHS 2018; MIS 2021	DHS 2012; DHS 2016	RISKESDAS 2013; RISKESDAS 2018	DHS 2008; DHS 2014; MIS 2015	DHS 2013; MIS 2016; DHS 2019	DHS 2008; ENSOMD 2012; MICS 2018; DHS 2021
DHS 2011; DHS 2016	MICS 2011; DHS 2014; MICS 2017	DHS 2014-15	EDS-MICS 2012; MICS 2016; DHS 2018	DHS 2012; DHS 2016	-	DHS 2008; DHS 2014	DHS 2013; DHS 2019	DHS 2008; ENSOMD 2012; MICS 2018; DHS 2021
DHS 2011; DHS 2016; PMA2020 2014, 2017, 2018	DHS 2014; PMA2020 2013, 2015, 2016, 2017	DHS 2014-15	EDS-MICS 2012; DHS 2018	DHS 2012; DHS 2016	SUSENAS 2019, 2020, 2021	DHS 2008; DHS 2014; PMA 2015, 2016, 2017, 2018, 2019, 2020	DHS 2013; DHS 2019	DHS 2008; MICS 2018; DHS 2021
DHS 2011; DHS 2016; DHS 2019	MICS 2011; DHS 2014; MICS 2017	DHS 2014-15	EDS-MICS 2012; MICS 2016; DHS 2018	DHS 2012; DHS 2016	RISKESDAS 2013, 2019; SUSENAS 2019, 2020, 2021	DHS 2008; DHS 2014	Routine Immunization Survey 2012; DHS 2019	DHS 2008; ENSOMD 2012; MICS 2018; DHS 2021
DHS 2011; DHS 2016; DHS 2019	MICS 2011; DHS 2014; MICS 2017	DHS 2014-15	EDS-MICS 2012; MICS 2016; DHS 2018	DHS 2012; DHS 2016	RISKESDAS 2013, 2018; SUSENAS 2019, 2020, 2021	DHS 2008; DHS 2014	DHS 2013; MIS 2016; DHS 2019	DHS 2008; ENSOMD 2012; MICS 2018; DHS 2021
DHS 2011; DHS 2016; DHS 2019	MICS 2011; DHS 2014; GMHS 2017; MICS 2018	-	EDS-MICS 2012; MICS 2016; DHS 2018	DHS 2012; DHS 2016	-	DHS 2008; DHS 2014	DHS 2013; MIS 2016; DHS 2019	DHS 2008; MICS 2018; DHS 2021
DHS 2011; DHS 2016; DHS 2019	GMHS 2017; DHS 2014; MICS 2011	DHS 2014-15	EDS-MICS 2012; MICS 2016; DHS 2018	DHS 2012; DHS 2016	RISKESDAS 2018; SUSENAS 2019, 2020, 2021	DHS 2008; DHS 2014	DHS 2013; DHS 2019	DHS 2008; ENSOMD 2012; MICS 2018; DHS 2021

Indicateur / Source	Afghanistan	Bangladesh	Burkina Faso	Cambodge	Cameroun	RCA	Tchad	Côte d'Ivoire	RDC
INDICATEURS DE COUVERTURE DE LA SRMNEA-N									
Sels de réhydratation par voie orale pour le traitement de la diarrhée	MICS 2010; DHS 2015	DHS 2011; MICS 2012; DHS 2014; DHS 2017; MICS 2019	EDSBF-MICS IV 2010; DHS 2021	DHS 2010; DHS 2014; DHS 2021	EDS-MICS 2011; MICS 2014; DHS 2018	MICS 2010; MICS 2018	MICS 2010; EDS-MICS 2014; MICS 2018-19	DHS 2011; MICS 2016; DHS 2021	MICS 2010; DHS 2013; MICS 2017
Couverture totale de supplémentation en vitamine A	MICS 2010; DHS 2015	DHS 2011; DHS 2014; DHS 2017	EDSBF-MICS IV 2010	DHS 2010; DHS 2014	-	MICS 2010; SMART 2014; SMART 2018	EDS-MICS 2014	-	DHS 2013
3+ doses SP/ Fansidar au cours de la grossesse	-	-	-	-	-	-	-	DHS 2011; MICS 2016; DHS 2021	-

Indicateur / Source	Malawi	Mali	Mauritanie	Mozambique	Myanmar	Niger	Nigeria	Pakistan	Rwanda
INDICATEURS DE COUVERTURE DE LA SRMNEA-N									
4+ consultations prénatales lors d'une grossesse	DHS 2010; MICS 2013; DHS 2015; MICS 2021	MICS 2009; EDMS-V 2012; MICS 2015; DHS 2018	MICS 2011; MICS 2015; EDMS 2021	DHS 2011; AIS 2015; MIS 2018	DHS 2015	EDSN-MICS IV 2012; ENISED 2015; ENAFEME 2021	MICS 2011; DHS 2013; MICS 2016; DHS 2018	DHS 2012; PSLM 2013, 2014, 2015, 2016, 2018, 2019, 2021; DHS 2017; EPI enquête 2020	DHS 2010; DHS 2014; DHS 2019
Recherche de traitement pour la pneumonie	DHS 2010; MICS 2013; DHS 2015; MICS 2021	MICS 2009; EDMS-V 2012; MICS 2015; DHS 2018	MICS 2011; MICS 2015; EDMS 2021	DHS 2011; AIS 2015	MICS 2009; DHS 2015	EDSN-MICS IV 2012; ENISED 2015; ENAFEME 2021	MICS 2011; DHS 2013; MICS 2016; DHS 2018	DHS 2012; PSLM 2013, 2014, 2015, 2016, 2018, 2019, 2021; DHS 2017; EPI enquête 2020	DHS 2010; DHS 2014; DHS 2019
Besoins de planification familiale satisfaits par des méthodes modernes	DHS 2010; DHS 2015; MICS 2021	EDSM-V 2012; DHS 2018	EDSM 2021	DHS 2011; AIS 2015	DHS 2015	EDSN-MICS IV 2012; PMA2020 2016, 2017; ENAFEME 2021	DHS 2013; PMA2020 2016, 2017, 2018; DHS 2018	DHS 2012; PSLM 2013, 2014, 2015, 2016, 2018, 2019, 2021; DHS 2017; EPI enquête 2020	DHS 2010; DHS 2014; DHS 2019
DT03 (vaccination avec trois doses contre la diphtérie, le tétanos et la coqueluche)	DHS 2010; DHS 2015; MICS 2021	MICS 2009; EDMS-V 2012; MICS 2015; DHS 2018	MICS 2011; MICS 2015; EDMS 2021	DHS 2011; AIS 2015	MICS 2009; DHS 2015	Enquête du Niger sur la mortalité infantile et la survie ; EDSN-MICS IV 2012; ENCV 2013; ENCV 2017 ; ENAFEME 2021	MICS 2011 ; EDS 2013 ; Enquête nationale sur la nutrition et la santé 2015 ; MICS 2016 ; EDS 2018	DHS 2012; PSLM 2013, 2014, 2015, 2016, 2018, 2019, 2021; DHS 2017; EPI enquête 2020	DHS 2010; DHS 2014; DHS 2019
Accouchement en établissement de santé	DHS 2010; MICS 2013; DHS 2015; MICS 2021	EDSM-V 2012; MICS 2015; DHS 2018	MICS 2011; MICS 2015; EDMS 2021	DHS 2011; AIS 2015	MICS 2009; DHS 2015	EDSN-MICS IV 2012; ENAFEME 2021	MICS 2011; DHS 2013; MICS 2016; DHS 2018	DHS 2012; PSLM 2013, 2014, 2015, 2016, 2018, 2019, 2021; DHS 2017; EPI enquête 2020	DHS 2010; DHS 2014; DHS 2019
Soins postnatals pour les mères	DHS 2010; MICS 2013; DHS 2015; MICS 2021	EDSM-V 2012; MICS 2015; DHS 2018	MICS 2011; MICS 2015; EDMS 2021	-	DHS 2015	EDSN-MICS IV 2012; ENAFEME 2021	DHS 2013; MICS 2016; DHS 2018	DHS 2012; PSLM 2013, 2014, 2015, 2016, 2018, 2019, 2021; DHS 2017; EPI enquête 2020	DHS 2010; DHS 2014; DHS 2019

Éthiopie	Ghana	Guatemala	Guinée	Haïti	Indonésie	Kenya	Libéria	Madagascar
INDICATEURS DE COUVERTURE DE LA SRMNEA-N								
DHS 2011; DHS 2016	MICS 2011; DHS 2014; MICS 2017	ENSMI 2008; DHS 2014-15	EDS-MICS 2012; MICS 2016; DHS 2018	DHS 2012; DHS 2016	-	DHS 2008; DHS 2014	DHS 2013; DHS 2019	DHS 2008; ENSOMD 2012; MICS 2018; DHS 2021
DHS 2011; DHS 2016; DHS 2019	MICS 2011; DHS 2014	-	EDS-MICS 2012; DHS 2018	DHS 2012; DHS 2016	RISKESDAS 2018; SSGI 2021	DHS 2008; DHS 2014	-	DHS 2008; ENSOMD 2012
-	DHS 2014; MIS 2016; MIS 2019	-	EDS-MICS 2012; MICS 2016; DHS 2018	-	-	DHS 2008; DHS 2014; MIS 2015; MIS 2020	MIS 2009; DHS 2013; DHS 2016	MIS 2011, 2013, 2016, 2018; DHS 2021

Sénégal	Sierra Leone	Somalie	République du Tadjikistan	Tanzanie	Ouganda	Vietnam	Zambie	Zimbabwe
INDICATEURS DE COUVERTURE DE LA SRMNEA-N								
DHS 2010; DHS 2012; DHS 2014; DHS 2015; DHS 2016; DHS 2017; DHS 2018; DHS 2019	MICS 2010; DHS 2013; MICS 2017; DHS 2019	SHDH 2020	DHS 2012; DHS 2017	DHS 2010; DHS 2015; MIS 2017; AHSPPR 2019	DHS 2011; DHS 2016; MIS 2018	MICS 2011; MICS 2013; MICS 2020	DHS 2013; DHS 2018	DHS 2010; MICS 2014; DHS 2015; MICS 2019
DHS 2010; DHS 2012; DHS 2014; DHS 2015; DHS 2016; DHS 2017; DHS 2018; DHS 2019	MICS 2010; DHS 2013; MICS 2017; DHS 2019	SHDH 2020	DHS 2012; DHS 2017	DHS 2010; DHS 2015	DHS 2011; DHS 2016	MICS 2011; MICS 2013; MICS 2020	DHS 2013; DHS 2018	DHS 2010; MICS 2014; DHS 2015
DHS 2010; DHS 2012; DHS 2014; DHS 2015; DHS 2016; DHS 2017; DHS 2018; DHS 2019	DHS 2013; MICS 2017; DHS 2019	SHDH 2020	DHS 2012; DHS 2017	DHS 2010; DHS 2015	DHS 2011; PMA2020 2014, 2015, 2016, 2017, 2018	-	DHS 2013; DHS 2018	DHS 2010; DHS 2015
DHS 2010; DHS 2012; DHS 2014; DHS 2015; DHS 2016; DHS 2017; DHS 2018; DHS 2019	MICS 2010; DHS 2013; MICS 2017; DHS 2019	SHDH 2020	DHS 2012; DHS 2017	DHS 2010; DHS 2015	DHS 2011; DHS 2016	MICS 2011; MICS 2013; MICS 2020	DHS 2013; DHS 2018	DHS 2010; MICS 2014; DHS 2015; MICS 2019
DHS 2010; DHS 2012; DHS 2014; DHS 2015; DHS 2016; DHS 2017; DHS 2018; DHS 2019	MICS 2010; DHS 2013; MICS 2017; DHS 2019	SHDH 2020	DHS 2012; DHS 2017	DHS 2010; DHS 2015; MIS 2017; AHSPPR 2018	DHS 2011; DHS 2016	MICS 2011; MICS 2013; MICS 2020	DHS 2013; DHS 2018	DHS 2010; MICS 2014; DHS 2015; MICS 2019
DHS 2012; DHS 2014; DHS 2015; DHS 2016; DHS 2017; DHS 2018; DHS 2019	DHS 2013; MICS 2017; DHS 2019	SHDH 2020	DHS 2012; DHS 2017	DHS 2010; DHS 2015; AHSPPR 2018	DHS 2011; DHS 2016	MICS 2013; MICS 2020	DHS 2013; DHS 2018	DHS 2010; MICS 2014; DHS 2015; MICS 2019

Indicateur / Source	Malawi	Mali	Mauritanie	Mozambique	Myanmar	Niger	Nigeria	Pakistan	Rwanda
INDICATEURS DE COUVERTURE DE LA SRMNEA-N									
Accouchement assisté par un prestataire qualifié	DHS 2010; MICS 2013; DHS 2015; MICS 2021	MICS 2009; EDMS-V 2012; MICS 2015; DHS 2018	MICS 2011; MICS 2015; EDMS 2021	DHS 2011; AIS 2015	MICS 2009; DHS 2015	EDSN-MICS IV 2012; ENISED 2015; ENAFEME 2021	MICS 2011; DHS 2013; MICS 2016; DHS 2018	DHS 2012; PSLM 2013, 2014, 2015, 2016, 2018, 2019, 2021; DHS 2017; EPI enquête 2020	DHS 2010; DHS 2014; DHS 2019
Sels de réhydratation par voie orale pour le traitement de la diarrhée	DHS 2010; MICS 2013; DHS 2015; MICS 2021	MICS 2009; EDMS-V 2012; MICS 2015; DHS 2018	MICS 2011; MICS 2015; EDMS 2021	DHS 2011; AIS 2015	MICS 2009; DHS 2015	EDSN-MICS IV 2012; ENISED 2015; ENAFEME 2021	MICS 2011; DHS 2013; MICS 2016; DHS 2018	DHS 2012; PSLM 2013, 2014, 2015, 2016, 2018, 2019, 2021; DHS 2017; EPI enquête 2020	DHS 2010; DHS 2014; DHS 2019
Couverture totale de supplémentation en vitamine A	DHS 2010; DHS 2015	MICS 2009; EDMS-V 2012; MICS 2015; DHS 2018	MICS 2011; EDMS 2021	DHS 2011	MICS 2009; DHS 2015	EDSN-MICS IV 2012; ENAFEME 2021	-	DHS 2012; PSLM 2013, 2014, 2015, 2016, 2018, 2019, 2021; DHS 2017; EPI enquête 2020	DHS 2010; DHS 2014
3+ doses SP/ Fansidar au cours de la grossesse	DHS 2010; MIS 2012; MIS 2014; DHS 2015; MICS 2021	EDSM-V 2012; MICS 2015; DHS 2018	EDSM 2021	DHS 2011; AIS 2015; MIS 2018	-	EDSN-MICS IV 2012	MIS 2010; DHS 2013; MIS 2015; MICS 2016; DHS 2018	-	-

Indicateur / Source	Afghanistan	Bangladesh	Burkina Faso	Cambodge	Cameroun	RCA	Tchad	Côte d'Ivoire	RDC
INDICATEURS PROPRES À LA NUTRITION									
Femmes enceintes recevant une supplémentation en fer et acide folique ou un sirop pendant 90+ jours	-	-	EDSBF-MICS IV 2010; DHS 2021	DHS 2010; DHS 2014; DHS 2021	-	-	-	-	DHS 2013
Allaitement maternel exclusif	-	DHS 2011; MICS 2012; DHS 2014; DHS 2017; MICS 2019	EDSBF-MICS IV 2010; NNS/SMART 2012; NNS/SMART 2013; SMART 2014; SMART 2017; DHS 2021	DHS 2010; DHS 2014; DHS 2021	-	-	-	-	MICS 2010; DHS 2013; MICS 2017
Régime alimentaire minimum acceptable	-	DHS 2011; DHS 2014; DHS 2017; MICS 2019	EDSBF-MICS IV 2010; DHS 2021	DHS 2010; DHS 2014; DHS 2021	-	-	-	-	DHS 2013; DHS 2017

Sénégal	Sierra Leone	Somalie	République du Tadjikistan	Tanzanie	Ouganda	Vietnam	Zambie	Zimbabwe
INDICATEURS DE COUVERTURE DE LA SRMNEA-N								
DHS 2010; DHS 2012; DHS 2014; DHS 2015; DHS 2016; DHS 2017; DHS 2018; DHS 2019	MICS 2010; DHS 2013; MICS 2017; DHS 2019	SHDH 2020	DHS 2012; DHS 2017	DHS 2010; AIS 2011-12; DHS 2015-16	DHS 2011; DHS 2016	MICS 2011; MICS 2013; MICS 2020	DHS 2013; DHS 2018	DHS 2010; MICS 2014; DHS 2015; MICS 2019
DHS 2010; DHS 2012; DHS 2014; DHS 2015; DHS 2016; DHS 2017; DHS 2018; DHS 2019	MICS 2010; DHS 2013; MICS 2017; DHS 2019	-	DHS 2012; DHS 2017	DHS 2010; DHS 2015	DHS 2011; DHS 2016	MICS 2011; MICS 2013; MICS 2020	DHS 2013; DHS 2018	DHS 2010; MICS 2014; DHS 2015; MICS 2019
DHS 2010; DHS 2012; DHS 2014; DHS 2015; DHS 2016; DHS 2017; DHS 2018; DHS 2019	MICS 2010; DHS 2013; DHS 2019	Enquête sur les micronutriments de Somalie 2019	DHS 2012; DHS 2017	DHS 2010; DHS 2015	DHS 2011; DHS 2016	MICS 2011	DHS 2013; DHS 2018	DHS 2010; MICS 2014; DHS 2015
DHS 2010; DHS 2012; DHS 2014; DHS 2015; DHS 2016; DHS 2017; DHS 2018; DHS 2019	DHS 2013; MICS 2017; DHS 2019	-	-	DHS 2010; AIS 2011; DHS 2015; MIS 2017	DHS 2011; MIS 2014; DHS 2016; MIS 2018	-	-	-

Éthiopie	Ghana	Guatemala	Guinée	Haïti	Indonésie	Kenya	Libéria	Madagascar
INDICATEURS PROPRES À LA NUTRITION								
-	-	DHS 2014-15	-	-	RISKESDAS 2013; RISKESDAS 2018	-	-	-
-	-	DHS 2014-15	-	-	SUSENAS 2019, 2020, 2021	-	-	-
-	-	-	-	-	SUSENAS 2019, 2020, 2021	-	-	-

Indicateur / Source	Malawi	Mali	Mauritanie	Mozambique	Myanmar	Niger	Nigeria	Pakistan	Rwanda
INDICATEURS PROPRES À LA NUTRITION									
Femmes enceintes recevant une supplémentation en fer et acide folique ou un sirop pendant 90+ jours	DHS 2010; DHS 2015	-	EDSM 2021	-	-	-	DHS 2018; DHS 2013	-	DHS 2010; DHS 2014
Allaitement maternel exclusif	DHS 2010; MICS 2013; DHS 2015; MICS 2021	-	EDSM 2021	-	-	-	DHS 2013; MICS 2011; MICS 2016-17; DHS 2018	-	DHS 2010; DHS 2014; DHS 2019
Régime alimentaire minimum acceptable	DHS 2010; MICS 2013; DHS 2015; MICS 2021	-	EDSM 2021	-	-	-	DHS 2013; MICS 2016-17; DHS 2018	-	DHS 2010; DHS 2014; DHS 2019

Indicateur / Source	Afghanistan	Bangladesh	Burkina Faso	Cambodge	Cameroun	RCA	Tchad	Côte d'Ivoire	RDC
INDICATEURS RELATIFS À L'ÉDUCATION									
Taux de scolarisation du 1 ^{er} cycle de l'enseignement secondaire, pour les deux sexes (%)	-	WDI 2010, 2011, 2012, 2013, 2015, 2016, 2017, 2018	-	-	WDI 2012, 2013, 2014, 2015, 2016	-	-	-	-
Taux de scolarisation du 1 ^{er} cycle de l'enseignement secondaire, filles (%)	-	WDI 2010, 2011, 2012, 2013, 2015, 2016, 2017, 2018	-	-	WDI 2012, 2013, 2014, 2015, 2016	-	-	-	-
Taux d'achèvement du 1 ^{er} cycle de l'enseignement secondaire, pour les deux sexes (%)	-	WDI 2010, 2011, 2013, 2016	-	-	WDI 2011, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017, 2018	-	-	-	-
Taux d'achèvement du 1 ^{er} cycle de l'enseignement secondaire, filles (%)	-	WDI 2010, 2011, 2013, 2016	-	-	WDI 2011, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017, 2018	-	-	-	-

Indicateur / Source	Malawi	Mali	Mauritanie	Mozambique	Myanmar	Niger	Nigeria	Pakistan	Rwanda
INDICATEURS RELATIFS À L'ÉDUCATION									
Taux de scolarisation du 1 ^{er} cycle de l'enseignement secondaire, pour les deux sexes (%)	-	-	-	WDI 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015	-	-	-	-	-
Taux de scolarisation du 1 ^{er} cycle de l'enseignement secondaire, filles (%)	-	-	-	WDI 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015	-	-	-	-	-

Sénégal	Sierra Leone	Somalie	République du Tadjikistan	Tanzanie	Ouganda	Vietnam	Zambie	Zimbabwe
INDICATEURS PROPRES À LA NUTRITION								
-	-	-	-	-	-	-	-	-
-	-	-	-	-	-	MICS 2020	-	-
-	-	-	-	-	-	MICS 2020	-	-

Éthiopie	Ghana	Guatemala	Guinée	Haïti	Indonésie	Kenya	Libéria	Madagascar
INDICATEURS RELATIFS À L'ÉDUCATION								
-	-	-	-	-	-	-	-	-
-	-	-	-	-	-	-	-	-
-	-	-	-	-	-	-	-	-
-	-	-	-	-	-	-	-	-

Sénégal	Sierra Leone	Somalie	République du Tadjikistan	Tanzanie	Ouganda	Vietnam	Zambie	Zimbabwe
INDICATEURS RELATIFS À L'ÉDUCATION								
-	-	-	-	-	-	-	-	-
-	-	-	-	-	-	-	-	-

Indicateur / Source	Malawi	Mali	Mauritanie	Mozambique	Myanmar	Niger	Nigeria	Pakistan	Rwanda
INDICATEURS RELATIFS À L'ÉDUCATION									
Taux d'achèvement du 1 ^{er} cycle de l'enseignement secondaire, pour les deux sexes (%)	-	-	-	WDI 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015	-	-	-	-	-
Taux d'achèvement du 1 ^{er} cycle de l'enseignement secondaire, filles (%)	-	-	-	2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015 WDI	-	-	-	-	-

Indicateur / Source	Afghanistan	Bangladesh	Burkina Faso	Cambodge	Cameroun	RCA	Tchad	Côte d'Ivoire	RDC
INDICATEURS DU FINANCEMENT DE LA SANTÉ DU GFF									
Dépenses publiques générales de santé (DGGHE), par habitant (USD)	WHO-GHED 2015-2019	WHO-GHED 2015-2019	WHO-GHED 2015-2019	WHO-GHED 2015-2019	WHO-GHED 2015-2019	WHO-GHED 2015-2019	WHO-GHED 2015-2019	WHO-GHED 2015-2019	WHO-GHED 2015-2019
Dépenses publiques générales de santé (DGGHE) en tant que part des dépenses publiques générales	WHO-GHED 2015-2019	WHO-GHED 2015-2019	WHO-GHED 2015-2019	WHO-GHED 2015-2019	WHO-GHED 2015-2019	WHO-GHED 2015-2019	WHO-GHED 2015-2019	WHO-GHED 2015-2019	WHO-GHED 2015-2019
Somme des dépenses pour la santé, par habitant (USD)	WHO-GHED 2015-2019	WHO-GHED 2015-2019	WHO-GHED 2015-2019	WHO-GHED 2015-2019	WHO-GHED 2015-2019	WHO-GHED 2015-2019	WHO-GHED 2015-2019	WHO-GHED 2015-2019	WHO-GHED 2015-2019
Part du budget public consacré à la santé (%)	Rapport annuel budgétaire du ministère des Finances	Mémoire budgétaire de la Santé 2021-2022	Rapport annuel du ministère de l'Économie	DLI vérifiés	Ministère de l'Économie	Loi des Finances modifiée	Ministère des Finances et de l'Économie	Département des finances du ministère de la Santé	Ministère du Budget de la RDC
Exécution du budget de la santé (%)	Rapport annuel budgétaire du ministère des Finances	Rapport du ministère des Finances Décembre 2021	Rapport annuel du ministère de l'Économie	Rapports sur les progrès nationaux en matière de santé (NHPR) 2016-2019	DLI vérifiés	Rapport d'exécution budgétaire du ministère des Finances	Ministère des Finances et du Budget	Département des finances du ministère de la Santé	Ministère du Budget de la RDC
Part des dépenses de santé allant aux prestataires de première ligne (%)	Cartographie des ressources et suivi des dépenses	Évaluation trimestrielle du contrat unique (ministère de la Santé)	-	-	Évaluation trimestrielle du contrat unique (ministère de la Santé)	-	Ministère de la Santé	-	Ministère du Budget de la RDC

Sénégal	Sierra Leone	Somalie	République du Tadjikistan	Tanzanie	Ouganda	Vietnam	Zambie	Zimbabwe
INDICATEURS RELATIFS À L'ÉDUCATION								
-	-	-	-	-	-	-	-	-
-	-	-	-	-	-	-	-	-

Éthiopie	Ghana	Guatemala	Guinée	Haïti	Indonésie	Kenya	Libéria	Madagascar
INDICATEURS DU FINANCEMENT DE LA SANTÉ DU GFF								
WHO-GHED 2015-2019	WHO-GHED 2015-2019	WHO-GHED 2015-2019	WHO-GHED 2015-2019	WHO-GHED 2015-2019	WHO-GHED 2015-2019	WHO-GHED 2015-2019	WHO-GHED 2015-2019	WHO-GHED 2015-2019
WHO-GHED 2015-2019	WHO-GHED 2015-2019	WHO-GHED 2015-2019	WHO-GHED 2015-2019	WHO-GHED 2015-2019	WHO-GHED 2015-2019	WHO-GHED 2015-2019	WHO-GHED 2015-2019	WHO-GHED 2015-2019
WHO-GHED 2015-2019	WHO-GHED 2015-2019	WHO-GHED 2015-2019	WHO-GHED 2015-2019	WHO-GHED 2015-2019	WHO-GHED 2015-2019	WHO-GHED 2015-2019	WHO-GHED 2015-2019	WHO-GHED 2015-2019
DLI vérifiés	Service du budget du ministère de la Santé	Décrets de loi budgétaire 2017-2020, rapport SICOIN	Rapport annuel 2020 du ministère de la Santé	Ministère de la Santé publique et de la Population	Rapports budgétaires du ministère des Finances	Contrôleur du budget	Unité du financement de la santé du Libéria, exercice fiscal 2021	DGFAG (ministère des Finances)
DLI vérifiés	Service du budget du ministère de la Santé	Système intégré de comptabilité du gouvernement - SICOIN	Rapport annuel 2020 du ministère de la Santé	Ministère de la Santé publique et de la Population	Rapport vérifié pour l'unité Santé du gouvernement central (BPK)	DLI vérifiés	Unité du financement de la santé du Libéria, exercice fiscal 2021	DGFAG (ministère des Finances)
Évaluation trimestrielle du contrat unique (ministère de la Santé)	-	-	Évaluation trimestrielle du contrat unique (ministère de la Santé)	Ministère de la Santé	Rapport national sur les CNS	Évaluation trimestrielle du contrat unique (ministère de la Santé)	Évaluation trimestrielle du contrat unique (ministère de la Santé)	Évaluation trimestrielle du contrat unique (ministère de la Santé)

Indicateur / Source	Malawi	Mali	Mauritanie	Mozambique	Myanmar	Niger	Nigeria	Pakistan	Rwanda	
INDICATEURS DU FINANCEMENT DE LA SANTÉ DU GFF										
Dépenses publiques générales de santé (DGGHE), par habitant (USD)	WHO-GHED 2015-2019	WHO-GHED 2015-2019	WHO-GHED 2015-2019	WHO-GHED 2015-2019	WHO-GHED 2015-2019	WHO-GHED 2015-2019	WHO-GHED 2015-2019	WHO-GHED 2015-2019	WHO-GHED 2015-2019	
Dépenses publiques générales de santé (DGGHE) en tant que part des dépenses publiques générales	WHO-GHED 2015-2019	WHO-GHED 2015-2019	WHO-GHED 2015-2019	WHO-GHED 2015-2019	WHO-GHED 2015-2019	WHO-GHED 2015-2019	WHO-GHED 2015-2019	WHO-GHED 2015-2019	WHO-GHED 2015-2019	
Somme des paiements directs des ménages pour la santé, par habitant (USD)	WHO-GHED 2015-2019	WHO-GHED 2015-2019	WHO-GHED 2015-2019	WHO-GHED 2015-2019	WHO-GHED 2015-2019	WHO-GHED 2015-2019	WHO-GHED 2015-2019	WHO-GHED 2015-2019	WHO-GHED 2015-2019	
Part du budget public consacré à la santé (%)	DLI vérifiés	« Lois des Finances 2016-2019 »	Ministère de la Santé 2020	DLI vérifiés	CNS Myanmar 2016-2018	Rapport sur la mise en œuvre du budget général de l'État (ministère des Finances)	Loi fédérale sur l'appropriation 2016-2021	DLI vérifiés	DLI vérifiés	
Taux d'exécution du budget de la santé (%)	DLI vérifiés	Rapports annuels sur la performance budgétaire 2018-2019	Ministère de la Santé 2020	DLI vérifiés	Rallonge 2016-2018	Rapport sur la mise en œuvre du budget général de l'État (ministère des Finances)	DLI vérifiés	DLI vérifiés	DLI vérifiés	
Part des dépenses de santé allant aux prestataires de première ligne (%)	-	RAP 2020	-	e-SISTAFE ; évaluation trimestrielle du contrat unique (ministère de la Santé)	-	Comptes nationaux de la santé 2018-2019	Comptes nationaux de la santé 2017-2018	Cartographie des ressources et suivi des dépenses	-	

Sénégal	Sierra Leone	Somalie	République du Tadjikistan	Tanzanie	Ouganda	Vietnam	Zambie	Zimbabwe
INDICATEURS DU FINANCEMENT DE LA SANTÉ DU GFF								
WHO-GHED 2015-2019	WHO-GHED 2015-2019	-	WHO-GHED 2015-2019	WHO-GHED 2015-2019	WHO-GHED 2015-2019	WHO-GHED 2015-2019	WHO-GHED 2015-2019	WHO-GHED 2015-2019
WHO-GHED 2015-2019	WHO-GHED 2015-2019	-	WHO-GHED 2015-2019	WHO-GHED 2015-2019	WHO-GHED 2015-2019	WHO-GHED 2015-2019	WHO-GHED 2015-2019	WHO-GHED 2015-2019
WHO-GHED 2015-2019	WHO-GHED 2015-2019	-	WHO-GHED 2015-2019	WHO-GHED 2015-2019	WHO-GHED 2015-2019	WHO-GHED 2015-2019	WHO-GHED 2015-2019	WHO-GHED 2015-2019
Ministère des Finances	Document budgétaire GoSL 2020	DLI vérifiés	Ministère des Finances (budget 2020 COVID)	CNS et examen des dépenses publiques (EDP)	Ministère de la Santé	-	Discours sur le budget pour 2021 ; DLI vérifiés	MdSSE comptes d'appropriation ; DLI vérifiés
Ministère des Finances	Budget 2020 approuvé ; Cartographie des ressources et suivi des dépenses	-	Ministère des Finances	CNS et examen des dépenses publiques (EDP)	Rapports annuels sur la performance du secteur de la santé (AHSPR)	-	Rapports financiers annuels, ministère des Finances	MdSSE comptes d'appropriation ; DLI vérifiés
-	-	-	Ministère des Finances	-	Ministère de la Santé	-	Évaluation trimestrielle du contrat unique (ministère de la Santé)	Évaluation trimestrielle du contrat unique (ministère de la Santé)

Indicateur / Source	Afghanistan	Bangladesh	Burkina Faso	Cambodge	Cameroun	RCA	Tchad	Côte d'Ivoire	RDC
AUTRE									
Cartographie des ressources	Données sur le financement national issues des rapports gouvernementaux sur les budgets et les dépenses. Données sur les financements externes basées sur les transmissions des partenaires de développement	Données sur le financement national issues des rapports gouvernementaux sur les budgets et les dépenses. Données sur les financements externes basées sur les transmissions des partenaires de développement	Données sur le financement national issues des rapports gouvernementaux sur les budgets et les dépenses. Données sur les financements externes basées sur les transmissions des partenaires de développement. Appui technique de CHAI.	Données sur le financement national issues des rapports gouvernementaux sur les budgets et les dépenses. Données sur les financements externes basées sur les transmissions des partenaires de développement	Données sur le financement national issues des rapports gouvernementaux sur les budgets et les dépenses. Données sur les financements externes basées sur les transmissions des partenaires de développement	Données sur le financement national issues des rapports gouvernementaux sur les budgets et les dépenses. Données sur les financements externes basées sur les transmissions des partenaires de développement	Données sur le financement national issues des rapports gouvernementaux sur les budgets et les dépenses. Données sur les financements externes basées sur les transmissions des partenaires de développement	s/o	Données sur le financement national issues des rapports gouvernementaux sur les budgets et les dépenses. Données sur les financements externes basées sur les transmissions des partenaires de développement
Suivi du processus piloté par le pays	Outil de suivi du portefeuille du GFF	Outil de suivi du portefeuille du GFF	Outil de suivi du portefeuille du GFF	Outil de suivi du portefeuille du GFF	Outil de suivi du portefeuille du GFF	Outil de suivi du portefeuille du GFF	Outil de suivi du portefeuille du GFF	Outil de suivi du portefeuille du GFF	Outil de suivi du portefeuille du GFF

Indicateur / Source	Malawi	Mali	Mauritanie	Mozambique	Myanmar	Niger	Nigeria	Pakistan	Rwanda
AUTRE									
Cartographie des ressources	Données sur le financement national issues des rapports gouvernementaux sur les budgets et les dépenses. Données sur les financements externes basées sur les transmissions des partenaires de développement	Données sur le financement national issues des rapports gouvernementaux sur les budgets et les dépenses. Données sur les financements externes basées sur les transmissions des partenaires de développement	s/o	Données sur le financement national issues des rapports gouvernementaux sur les budgets et les dépenses. Données sur les financements externes basées sur les transmissions des partenaires de développement	s/o	Données sur le financement national issues des rapports gouvernementaux sur les budgets et les dépenses. Données sur les financements externes basées sur les transmissions des partenaires de développement	s/o	Données sur le financement national issues des rapports gouvernementaux sur les budgets et les dépenses. Données sur les financements externes basées sur les transmissions des partenaires de développement	s/o
Suivi du processus piloté par le pays	Outil de suivi du portefeuille du GFF	Outil de suivi du portefeuille du GFF	Outil de suivi du portefeuille du GFF	Outil de suivi du portefeuille du GFF	Outil de suivi du portefeuille du GFF	Outil de suivi du portefeuille du GFF	Outil de suivi du portefeuille du GFF	Outil de suivi du portefeuille du GFF	Outil de suivi du portefeuille du GFF

Éthiopie	Ghana	Guatemala	Guinée	Haïti	Indonésie	Kenya	Libéria	Madagascar
AUTRE								
Données sur le financement national issues des rapports gouvernementaux sur les budgets et les dépenses. Données sur les financements externes basées sur les transmissions des partenaires de développement	Données sur le financement national issues des rapports gouvernementaux sur les budgets et les dépenses. Données sur les financements externes basées sur les transmissions des partenaires de développement	s/o	Données sur le financement national issues des rapports gouvernementaux sur les budgets et les dépenses. Données sur les financements externes basées sur les transmissions des partenaires de développement	s/o	s/o	s/o	Données sur le financement national issues des rapports gouvernementaux sur les budgets et les dépenses. Données sur les financements externes basées sur les transmissions des partenaires de développement	Données sur le financement national issues des rapports gouvernementaux sur les budgets et les dépenses. Données sur les financements externes basées sur les transmissions des partenaires de développement
Outil de suivi du portefeuille du GFF	Outil de suivi du portefeuille du GFF	Outil de suivi du portefeuille du GFF	Outil de suivi du portefeuille du GFF	Outil de suivi du portefeuille du GFF	Outil de suivi du portefeuille du GFF	Outil de suivi du portefeuille du GFF	Outil de suivi du portefeuille du GFF	Outil de suivi du portefeuille du GFF

Sénégal	Sierra Leone	Somalie	République du Tadjikistan	Tanzanie	Ouganda	Vietnam	Zambie	Zimbabwe
AUTRE								
Données sur le financement national issues des rapports gouvernementaux sur les budgets et les dépenses. Données sur les financements externes basées sur les transmissions des partenaires de développement	Données sur le financement national issues des rapports gouvernementaux sur les budgets et les dépenses. Données sur les financements externes basées sur les transmissions des partenaires de développement	Données sur le financement national issues des rapports gouvernementaux sur les budgets et les dépenses. Données sur les financements externes basées sur les transmissions des partenaires de développement	Données sur le financement national issues des rapports gouvernementaux sur les budgets et les dépenses. Données sur les financements externes basées sur les transmissions des partenaires de développement	Données sur le financement national issues des rapports gouvernementaux sur les budgets et les dépenses. Données sur les financements externes basées sur les transmissions des partenaires de développement	Données sur le financement national issues des rapports gouvernementaux sur les budgets et les dépenses. Données sur les financements externes basées sur les transmissions des partenaires de développement	s/o	Données sur le financement national issues des rapports gouvernementaux sur les budgets et les dépenses. Données sur les financements externes basées sur les transmissions des partenaires de développement	Données sur le financement national issues des rapports gouvernementaux sur les budgets et les dépenses. Données sur les financements externes basées sur les transmissions des partenaires de développement
Outil de suivi du portefeuille du GFF	Outil de suivi du portefeuille du GFF	Outil de suivi du portefeuille du GFF	Outil de suivi du portefeuille du GFF					

À propos du GFF

Le Mécanisme de financement mondial (GFF) est un partenariat à multiples parties prenantes hébergé par la Banque mondiale, qui soutient les efforts déployés par les pays pour améliorer la santé des femmes, des enfants et des adolescents. Depuis 2015, le GFF collabore avec les pays, les bailleurs de fonds, les OSC, le secteur privé, les fondations et les partenaires dans le domaine de la santé mondiale pour débloquer des financements supplémentaires, des innovations et des politiques qui stimulent l'accès aux services de santé reproductive, maternelle, néonatale, infantile et adolescente, et de nutrition.

En aidant les pays à réunir les partenaires de développement mondiaux et locaux au sein de plateformes pilotées par les pays, le GFF permet à ces derniers de donner la priorité aux interventions les plus négligées et de les intensifier, de renforcer les systèmes de santé et de repenser la prestation de services afin d'obtenir des résultats meilleurs et plus durables en matière de santé, de parvenir à une couverture sanitaire universelle et de développer le capital humain.

Par le biais de sa stratégie 2021-2025, le GFF incite les gouvernements à investir de manière judicieuse dans les principales orientations stratégiques, en vue d'accélérer les progrès vers une meilleure santé pour les femmes, les enfants et les adolescents et de créer des systèmes de santé plus inclusifs et résilients. Depuis leur partenariat avec le GFF, les investissements des pays ont permis à plus de 96 millions de femmes enceintes de bénéficier d'au moins quatre consultations de soins prénatals ; à plus de 103 millions de femmes d'obtenir des soins pour un accouchement sécurisé ; à 111 millions de nouveau-nés de bénéficier d'un démarrage précoce de l'allaitement et à plus de 500 millions d'utilisateurs d'accéder à des contraceptifs modernes, évitant ainsi plus de 187 millions de grossesses non désirées.

Au 30 juin 2022, le Fonds fiduciaire du GFF avait engagé un total de 817,5 millions de dollars américains sous forme de 45 subventions dans 36 pays du partenariat. Sur le total des financements du GFF engagés, près de 796 millions de dollars américains, et un supplément de 5,7 milliards de dollars de financement de l'Association internationale de développement/la Banque internationale pour la reconstruction et le développement (IDA/BIRD), ont été approuvés. Par le biais de ces investissements, le GFF a contribué à améliorer - et à sauver - des millions de vies, bâtissant durablement pour l'avenir ainsi qu'en réponse à des crises.

Membres du Groupe des investisseurs

ABT Associates (représentant le secteur privé)
 ASAPSU, Côte d'Ivoire (représentant les jeunes)
 Fondation Bill & Melinda Gates
 Centre pour la santé reproductive et l'éducation en Zambie (représentant la société civile)
 Commission européenne
 Gavi, l'Alliance du Vaccin
 Coalition des jeunes du GFF au Niger (représentant les jeunes)
 Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme
 Gouvernement du Burkina Faso
 Gouvernement du Canada
 Gouvernement de la République centrafricaine
 Gouvernement de la Côte d'Ivoire
 Gouvernement du Danemark
 Gouvernement de l'Éthiopie
 Gouvernement de l'Allemagne
 Gouvernement du Japon
 Gouvernement du Royaume des Pays-Bas
 Gouvernement de la Norvège
 Gouvernement du Rwanda
 Gouvernement du Royaume-Uni
 Gouvernement des États-Unis
 Programme pour l'éducation à la santé et au droit (HREP) du Malawi (représentant la société civile)
 Laerdal Global Health (représentant le secteur privé)
 MSD for Mothers (représentant le secteur privé)
 Partenariat pour la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant
 Fonds du Qatar pour le développement
 Fondation Susan Thompson Buffett
 UNFPA
 Unicef
 Wemos (représentant la société civile)
 Groupe de la Banque mondiale
 Organisation mondiale de la Santé

Contributeurs au Fonds fiduciaire

Le Fonds fiduciaire du GFF est soutenu par les gouvernements du Burkina Faso, du Canada, de la Côte d'Ivoire, du Danemark, de l'Allemagne, du Japon, des Pays-Bas, de la Norvège, du Qatar, du Sénégal et du Royaume-Uni ; la Commission européenne ; la Fondation Bill & Melinda Gates ; la Fondation Susan T. Buffett ; Laerdal Global Health ; MSD for Mothers et la Fondation Rockefeller.

Remerciements

Le présent rapport a été rédigé par le Mécanisme de financement mondial, sous la direction de Juan Pablo Uribe, directeur du GFF, et de Monique Vledder, cheffe du Secrétariat du GFF, en collaboration avec les 36 pays partenaires du GFF et les représentants des organisations de la société civile. Le Secrétariat du GFF tient à remercier les contributeurs qui ont donné de leur temps et de leur expertise, en particulier : Tashrik Ahmed, Ibrahim Ajaja, Anna Astvatsatryan, Julie Bergeron, Jessica Rae Brown, Emelyne Calimoutou, John Paul Clark, Anna Gibson Conn, Nansia Constantinou, Maty Dia, Leslie Elder, Patrick Hoang-Vu Eozenou, Michael Matheke-Fischer, Karin Lane Gichuhi, Nilofer Habibullah, Peter Hansen, Tawab Hashemi, Amir Aman Hagos, Brendan Hayes, Sudanthi Hettiarachchi, Samuel Johnson, Jakub Kakiemek, Sneha Kanneganti, Alain Desire Karibwami, Tania Zuniga Lopez, Supriya Madhavan, Anju Malhotra, Nargis Maqsudova, Vineetha Menon, Alison Morgan, Charlotte Nielsen, Augustina Nikolova, Munirat Iyabode Ayoka Ogunlayi, Daniel Orwa Ochieng, Luis Pinto, Bruno Rivalan, Jean De Dieu Rusatira, Genesis Samonte, Aissa Santos, Stephanie Saulsbury, Isidore Sieleunou, Sheryl Silverman, Ali Winoto Subandoro, Cicely Thomas, Maletela Tuoane-Nkhasi, Lalitha Swathi Vadrevu, Ellen Van De Poel, Petra Vergeer, ainsi que les équipes pays de la Banque mondiale et les agents de liaison du GFF. La rédaction et le soutien éditorial ont été assurés par Nellie Bristol et Kara Watkins. La traduction française a été assurée par Calsidine Laure Banan, Morgane Boëdec et Éléonore Siboni. Soutien graphique : blossom.it

Crédits photos

Couverture – Dominic Chavez/Mécanisme de financement mondial, Olivier Girard/Mécanisme de financement mondial, Jimmy Adriko/Unicef, ©Istock-seksanwangjaisuk, ©Istock-borgogniels ; pages 6-7 – Evolving Communications/Mécanisme de financement mondial ; pages 8-9 – ©Unsplash ; pages 15, 36-37 – Aissatou Saal/Mécanisme de financement mondial ; page 17 – ©Istock-seksanwangjaisuk ; pages 19, 49 – Dominic Chavez/Mécanisme de financement mondial ; page 25 – Atelier du GFF dans le pays/Mécanisme de financement mondial ; page 26 – Erick Kaglan/Banque mondiale ; page 30 – Frank Dejongh/Unicef ; page 33 – Ambroise Kobenan/Mécanisme de financement mondial ; page 45 – ©Istock-borgogniels ; page 47 – Thoko Chikondi/Banque mondiale ; page 51 – Alessandra Silver/Banque mondiale.



 MÉCANISME DE
FINANCEMENT
MONDIAL

 SOUTIENIR L'É
GROUPE DE LA BANQUE MONDIALE