

Le titre de la section va ici



Analyse de la priorisation des droits et de la santé sexuelle et reproductive

dans certains financements mondiaux

Pays cibles des installations

Contenu

Abréviations clés 3

Introduction

1. Le Mécanisme de Financement Mondial 5
2. Études de cas 6

Étude de cas du Mozambique

1. Contexte national 8
2. Le GFF au Mozambique 9
3. Méthodologie 13
4. Constatations 13
5. Discussion 17

Étude de cas du Niger

1. Contexte national 19
2. Le GFF au Niger 20
3. Méthodologie 23
4. Constatations 23
5. Débat 25

27

Recommandations globales

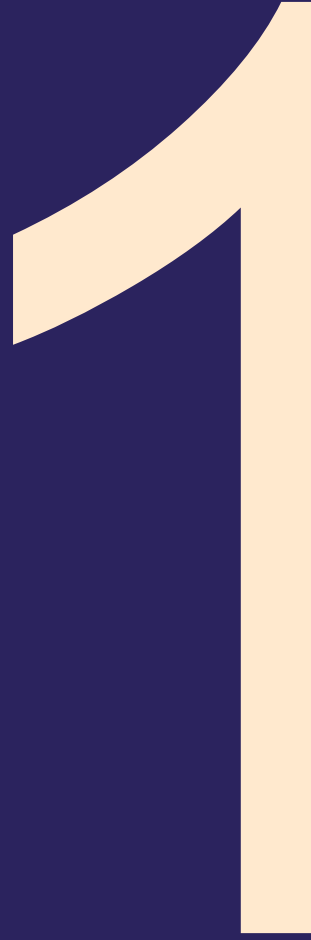
Les références

30

Abréviations clés

PAA	Plan d'action annuel
APE	Agentes polyvalentes de santé (agents de santé communautaires)
ASC	Agent de santé communautaire
OSC	Organisation de la société civile
IDD	Indicateur lié aux décaissements
VBG	La violence sexiste
GFF	Mécanisme de financement mondial
IDA	Association internationale de développement
RCPm	Taux de prévalence des contraceptifs modernes
ROR	Taux de mortalité maternelle
Ministère de la Santé	ministère de la Santé
MSP/P/AS	Ministère de la Santé Publique, de la Population et des Affaires Sociales
ONG	Organisation non gouvernementale
OOPE	Dépenses personnelles
TAMPON	Document d'évaluation du projet
BOULLIE	Plan d'actions prioritaires
PESS	Plano Estratégico do Sector da Saúde (Plan stratégique du secteur de la santé)
PpourR	Programme pour les résultats
SSP	Soins de santé primaires
SRMNEA+NRSanté et nutrition de la reproduction, de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent	
VSBG	Violences sexuelles et basées sur le genre
SSR	Santé sexuelle et reproductive
SDSR	Santé et droits sexuels et reproductifs
CSU	Couverture maladie universelle
FNUAP	Fonds des Nations Unies pour la population
UNICEF	Le Fonds des Nations Unies pour l'enfance

Introduction



1. Le Mécanisme de Financement Mondial

Lancé en 2015 lors de la Conférence sur le financement du développement à Addis-Abeba, en Éthiopie, le Mécanisme de financement mondial (GFF) est un mécanisme visant à catalyser l'allocation de subventions pour intensifier les initiatives de soins de santé dans les pays à revenu faible ou intermédiaire en tirant parti du gouvernement national, ressources, financement de l'Association internationale de développement et de la Banque internationale pour la reconstruction et le développement, financement extérieur aligné et ressources du secteur privé.

Son objectif principal est d'orienter les investissements fondés sur des données probantes vers l'amélioration de la santé et de la nutrition en matière de reproduction, de mère, de nouveau-né, d'enfant et d'adolescent (RMNCAH+N). résultats dans les pays où le fardeau de la mortalité maternelle, néonatale et infantile est le plus élevé et où le financement pour relever ces défis est important. Son objectif principal est de renforcer les systèmes de prestation de services pour sauver des vies et contribuer à la réalisation de la couverture sanitaire universelle (CSU) et des objectifs de développement durable.

L'établissement et l'exécution d'un plan d'investissement national dirigé par le gouvernement, hiérarchisé et chiffré est au cœur de l'approche du GFF. Ce plan décrit la stratégie visant à étendre l'accès universel aux services essentiels liés à la SRMNEA+N. Grâce à la facilitation des plateformes nationales multipartites, le GFF aide les gouvernements partenaires à mobiliser et à aligner les ressources nationales et externes pour soutenir leurs priorités d'investissement nationales.

Il a débuté en 2015 avec quatre pays (République démocratique du Congo, Éthiopie, Kenya et Tanzanie) et soutient désormais 36 pays à revenu faible ou intermédiaire en Afrique, en Asie et en Amérique latine.

Plusieurs documents stratégiques et politiques du GFF mettent en avant la santé et les droits sexuels et reproductifs (SDSR) comme une priorité du mécanisme. Il s'agit notamment de la Stratégie de protection, de promotion et d'accélération des progrès en matière de santé pour les femmes, les enfants et les adolescents (2021-2025) (BIRD/ Banque mondiale, 2020), la Feuille de route pour l'avancement de l'égalité des sexes (GFF, 2020), le Plan d'accélération de la SDSR (Banque mondiale/ GFF, 2021), ainsi que le document d'approche du GFF en matière de SDSR (GFF, 2022). Pourtant, dans la pratique, dans quelle mesure la SDSR

L'accent mis sur la mise en œuvre du GFF dépend dans une large mesure des processus de priorisation au niveau national.

L'approche du GFF

Le GFF adopte une approche innovante axée sur le système qui complète les stratégies d'autres partenaires mondiaux de la santé. Il vise à générer des résultats plus efficaces en aidant les gouvernements à élargir la fourniture d'une gamme complète de services de soins de santé primaires abordables et de haute qualité pour améliorer la santé et la nutrition des femmes, des enfants et des adolescents, qui incluent les services SDSR. La détermination de l'ensemble de services spécifique est guidée par un processus de priorisation fondé sur des preuves, entrepris lors de la préparation du dossier d'investissement du pays. Les documents de stratégie du GFF pour 2021-2025 ne prescrivent pas d'ensembles de services spécifiques pour la SDSR, car l'ensemble des services de santé fournis est adapté aux besoins de chaque pays, en fonction de divers facteurs tels que la charge de morbidité nationale et les principales causes de mortalité et de morbidité parmi les populations, les femmes, les adolescents et les enfants, ainsi que les ressources disponibles. Cependant, en 2021, un plan d'accélération de la SDSR a été introduit, appelant à une approche transformatrice en matière de genre et faisant de la SDSR « une priorité importante » (Banque mondiale/ GFF, 2021). Ce plan met l'accent sur :

- élargir l'accès à la planification familiale
- renforcer le système de santé pour assurer l'intégration des services essentiels de SDSR
- faire progresser le dialogue politique sur la SDSR
- accroître le soutien aux organisations et mouvements dirigés par des femmes et des jeunes.

Dans la feuille de route du GFF pour faire progresser l'égalité des genres (GFF, 2020), l'une des principales lignes d'action est la suivante : « Soutenir les fondements des réformes qui permettent l'intégration de la santé et des droits sexuels et reproductifs dans les politiques et programmes de couverture sanitaire universelle ».

2. Études de cas

Les études de cas présentées dans ce rapport décrivent comment deux pays, le Mozambique et le Niger, se sont engagés auprès du GFF et comment, dans ces cas, la SDSR a progressé dans le cadre plus large des objectifs du GFF.

Les principaux objectifs des études de cas étaient doubles :

- décrire comment la SDSR a été priorisée dans le processus national du GFF, y compris dans les documents nationaux du GFF et les allocations de financement
- Comprendre et souligner les facteurs qui sous-tendent la priorisation de la SDSR dans le processus national ainsi que les défis et leçons apprises associés.

Le Mozambique a rejoint le GFF en 2015 et a eu l'occasion d'améliorer et de réfléchir aux processus menés par le pays pour l'élaboration du dossier d'investissement, y compris la manière dont la SDSR est priorisée dans le cadre des investissements du GFF, et de tirer les leçons de sa mise en œuvre. Le Niger est un nouveau membre du GFF et en est actuellement aux premières années de mise en œuvre du dossier d'investissement. Toutefois, des idées et des leçons transversales peuvent être tirées des deux pays pour former un ensemble de

recommandations globales qui répondent aux objectifs de l'étude.

Méthodologie des études de cas

Les deux études de cas préparées pour ce rapport ont adopté la même méthodologie globale. Les deux études se sont appuyées sur diverses sources d'informations en utilisant une approche à méthodes mixtes :

- Des études documentaires et documentaires ciblées ont été entreprises. synthétiser les informations provenant de diverses sources, y compris les documents de position et de travail, les rapports, les notes d'orientation et les ensembles de données du GFF et de la Banque mondiale, les documents gouvernementaux, les documents des donateurs et des agences de mise en œuvre, les organisations non gouvernementales (ONG), et les conclusions pertinentes des pairs. -révision de la littérature et des bases de données.
- Des entretiens avec des informateurs clés ont été menés avec une variété de parties prenantes impliquées dans les processus du GFF, telles que des représentants du gouvernement, de la société civile et des donateurs.



IPPF/Isabel Corthier/Mozambique

Étude de cas du Mozambique

1. Contexte du pays

Le Mozambique est classé 185e sur 191 pays selon l'indice de développement humain. Bien que le pays ait réalisé des progrès en termes d'indicateurs sociaux, il a dû faire face à toute une série de défis politiques, économiques, environnementaux et sociaux. Il s'agit notamment d'un conflit en cours dans le nord, d'une série de catastrophes naturelles, d'une crise financière en 2016 – la « crise de la dette du Mozambique » (Cortez et al, 2021) – et de la pandémie de COVID-19. C'est dans ce contexte fragilisé et difficile que le Mozambique a rejoint le GFF.

Malgré les défis majeurs auxquels est confronté le système de santé national, le Mozambique a réalisé des progrès remarquables en matière de SDRS : le taux de mortalité maternelle (TMM) est passé de 532 pour 100 000 naissances vivantes en 2000 à 127 en 2020 (Banque mondiale, 2023). En ce qui concerne la planification familiale, le Mozambique a constamment amélioré le taux de prévalence des contraceptifs modernes (TCM) (Track20, 2023) : le dernier rapport d'enquête démographique et de santé a montré un TCM de 25,4 % pour les femmes mariées et de 46,6 % pour les femmes célibataires. (INE, 2023), contre respectivement 11,3% et 30,1% en 2011 (MISAU et INE, 2013).

Selon un représentant d'une organisation de la société civile (OSC) impliquée dans les programmes de planification familiale, des efforts ont été déployés par le ministère de la Santé (MoH) et les partenaires de santé ces dernières années pour soutenir la promotion et la fourniture de méthodes modernes de contraception en utilisant différents canaux : foires de santé (foires de la santé dans la communauté), renforcement des équipes de santé communautaire et initiatives de la société civile menées dans la communauté. Les dépenses publiques en matière de SSR ont augmenté en termes réels (de 5,0 millions de dollars US en 2019 à 12,2 millions de dollars US en 2020), bien que cette augmentation n'ait pas été constante (OCS, 2023). Il y a cependant quelques persistants

défis, en particulier pour les adolescents : par exemple, 52,9 % des femmes âgées de 20 à 24 ans étaient mariées ou en union avant l'âge de 18 ans (2015). De plus, le Mozambique est l'un des six pays au monde où au moins une fille sur 10 (14 %) a eu un enfant avant l'âge de 15 ans et 57 % avant l'âge de 18 ans (Jaén-Sánchez et al, 2020). Il s'agit du taux de fécondité des adolescentes le plus élevé de la région de l'Afrique australe, avec une tendance à la hausse ces dernières années. Par ailleurs, les violences sexuelles et basées sur le genre (VSBG) restent un problème dans le pays : en 2018, 16,4 % des femmes âgées de 15 à 49 ans ont déclaré avoir été victimes de violences physiques et/ou sexuelles de la part d'un partenaire intime actuel ou ancien au cours des 12 mois précédents (ONU Femmes, 2023).

En termes de politique, le Mozambique se distingue par ses politiques progressistes en matière de SDRS, contrairement à la tendance mondiale croissante au conservatisme. Le gouvernement du Mozambique a élaboré plusieurs lignes directrices nationales expliquant les principales priorités en matière de SDRS pour le pays : les priorités du ministère de la Santé en matière de SDRS se reflètent principalement dans sa stratégie pour l'inclusion du genre dans le secteur de la santé 2018-2023 (MISAU, 2018). Une stratégie pour la planification familiale et la contraception a été révisé et mis à jour en 2020 (MISAU, 2020) et le Plan stratégique du secteur de la santé (2014-2019) décrit également les priorités en matière de SDRS (MISAU, 2011). Au niveau mondial, le Mozambique a ratifié de nombreux accords régionaux et internationaux, tels que le Protocole de Maputo et la Stratégie régionale de la Communauté de développement de l'Afrique australe pour les SDRS 2019-2030, et il a fait partie du premier groupe de pays à s'engager dans le partenariat FP2020.

2. Le GFF au Mozambique

Le Mozambique faisait partie de la « deuxième vague » de pays qui ont rejoint le GFF en 2015. En décembre 2017, la Banque mondiale a accordé 105 millions de dollars de subventions non remboursables pour soutenir les soins de santé primaires (SSP) du Mozambique.

Programme de renforcement. Ce financement comprenait 25 millions de dollars du GFF et 80 millions de dollars de l'IDA (Banque mondiale, 2017). Une subvention supplémentaire de 90,16 millions de dollars américains du Département britannique pour le développement international (DFID) (maintenant le Bureau des affaires étrangères, du Commonwealth et du développement) et du gouvernement du Canada a financé le programme par le biais du Fonds fiduciaire multidonateurs en 2019 (Banque mondiale/IDA), 2019).

Comme mentionné ci-dessus, les subventions sont arrivées dans un contexte difficile, juste après la crise de la dette du Mozambique. Cette crise a eu de vastes répercussions sur l'économie, la gouvernance et la réputation internationale du Mozambique, soulignant l'importance de la transparence et d'un emprunt responsable. Il y a également eu plusieurs conséquences sur l'aide et le soutien des donateurs et des institutions financières internationales : les donateurs ont perdu leur

la confiance dans les systèmes gouvernementaux, ce qui a poussé la plupart des donateurs à décider de suspendre toute aide fournie directement au gouvernement, y compris le financement de PROSAUDE, un mécanisme de fonds communs basé sur une approche sectorielle de la santé. Les allocations de financement pour PROSAUDE sont passées de 85 millions de dollars américains en 2014 à 25 millions de dollars américains en 2017, dont seulement 73 % ont été décaissés (MSF, 2017).

Les donateurs ont exhorté le Mozambique à mettre en œuvre des réformes économiques et de gouvernance pour prévenir de futures crises financières et regagner la confiance. La Banque mondiale a suspendu le financement des politiques de développement et a réorienté son attention vers l'assistance technique pour résoudre les problèmes de gouvernance. Ce programme d'assistance technique a permis d'engager des discussions politiques essentielles avec le gouvernement et a joué un rôle dans

soutenir les initiatives de réforme locales, y compris celles du secteur de la santé (Gebregziabher et Sala, 2022). Il est souvent mentionné dans différents documents du GFF et lors des entretiens que la crise est en fait devenue « une opportunité de réforme », et un certain nombre de donateurs qui contribuaient auparavant à PROSAUDE ont désormais choisi de travailler à travers le mécanisme de financement du GFF. En effet, le GFF était considéré par certains comme une alternative intéressante à PROSAUDE, compte tenu de son accent plus spécifique sur la santé des femmes et des enfants et de son attention portée à la rentabilité et à une approche axée sur les résultats.

(telles que PforR, Programme for Results) (Steurs, 2019) « par rapport à l'approche PROSAUDE, plus basée sur les intrants » (responsable de la Banque mondiale).

Le dossier d'investissement quinquennal du Mozambique (2017-2022) a été élaboré en 2016 dans le cadre d'un processus dirigé par le gouvernement. Le directeur de la santé publique du ministère de la Santé a mobilisé les partenaires de la plateforme nationale multipartite existante, le Groupe des partenaires de santé, et quatre groupes de travail techniques axés sur la santé maternelle, la santé infantile, la nutrition et les adolescents ont été mis en place pour préparer une analyse de la situation et une liste des interventions présentant le plus grand potentiel d'efficacité.

Il n'y avait pas de groupe de travail dédié à la SDSR.

Au cours du processus de conception du dossier d'investissement, plusieurs séries de consultations ont été organisées avec des groupes d'intérêt spécifiques : adolescents et jeunes, société civile et secteur privé (MISAU, 2017b). Le Plan stratégique du secteur de la santé (PESS) 2014-2019 a servi de base pour établir les priorités du dossier d'investissement. Une partie de cet exercice de priorisation impliquait de classer les 142 districts du Mozambique en fonction de leurs besoins, tels que la disponibilité des ressources et la couverture des services, et de leur potentiel d'obtention de résultats.

2.1 Priorisation du dossier d'investissement en matière de RMNCAH+N au Mozambique

Le dossier d'investissement pour le soutien du GFF au Mozambique repose principalement sur le cofinancement du programme de renforcement des soins de santé primaires du ministère de la Santé, qui répond aux priorités clés du Plan stratégique du secteur de la santé (PESS) du gouvernement. (2014-2019). Le PESS oriente toutes les interventions dans le secteur et définit les soins de santé primaires comme principe directeur : « Le secteur de la santé est guidé par un ensemble de principes cohérents avec les valeurs fondamentales défendues par les Mozambicains, ainsi que par des principes guidant les soins de santé primaires, car il s'agit du modèle utilisé pour la fourniture de soins de santé au Mozambique. » (MISAU, 2011).

Entre autres choses, le programme de renforcement des SSP décrit dans le dossier d'investissement favorise :

- maintenir et éventuellement augmenter le ratio des dépenses de santé intérieures du gouvernement par rapport aux dépenses intérieures totales
- accroître le nombre, la portée et les capacités des agents de santé communautaires (ASC), qui fournissent des services Interventions de SRMNEA+N dans les districts prioritaires
- collecter et utiliser des données pour la prise de décision, et
- élargir la qualité et la couverture de la SRMNEA+N services dans des districts qui ont à la fois une lourde charge et un fort potentiel de résultats

Le programme se concentre sur le transfert de ressources vers la première ligne ; plus spécifiquement, en transférant des ressources humaines vers les soins de santé primaires, en transférant les tâches aux ASC et en augmentant la disponibilité des médicaments essentiels pour la santé maternelle et reproductive dans les établissements de soins de santé primaires (MISAU, 2017a). EQUIST1 a été utilisé, avec le soutien de l'UNICEF Mozambique, pour obtenir des estimations de l'impact potentiel des interventions énumérées dans la stratégie de mise en œuvre du dossier d'investissement et pour définir les cibles des indicateurs « d'impact » (MISAU, 2017b).

Le dossier d'investissement a donné la priorité aux districts à forte charge de morbidité dans 10 provinces, pour lesquels différentes activités de renforcement du système de santé nécessaires pour surmonter les goulots d'étranglement dans la fourniture des services de SRMNEA+N ont été identifiées. Trois priorités pour le renforcement des services de santé au niveau national ont également été définies :

1. Améliorations de la couverture, de la qualité et de l'accès aux services de soins de santé primaires essentiels grâce à une combinaison d'investissements du côté de l'offre et de la demande qui s'étendent aux districts peu peuplés et à forte charge de morbidité.
2. Interventions visant à renforcer les systèmes, telles que les efforts visant à améliorer la collecte et le suivi des données dans le système d'enregistrement et de statistiques de l'état civil.
3. Augmentation du volume, de l'efficacité et de l'équité du financement national et externe de la santé.

L'UNFPA a joué un rôle essentiel dans l'élaboration du dossier d'investissement du Mozambique, en garantissant une priorité claire à la planification familiale et à la SDSR des adolescents (GFF, 2022), notamment en complétant les données EQUIST par une évaluation de l'impact potentiel de l'utilisation accrue de méthodes modernes de contraception. , entreprise par l'UNFPA en 2015. Deux domaines principaux ont donc été mis en évidence dans le



IPPF/Isabel Corthier/Mozambique

1. L'Equitable Impact Sensitive Tool (EQUIST) a été développé en 2012 par l'UNICEF pour évaluer le rapport coût-efficacité des stratégies de santé publique ou de nutrition. EQUIST combine l'outil Marginal Budgeting for Bottlenecks (MBB) et l'outil Lives Saved Tool (LiST) : l'outil MBB identifie les interventions les plus efficaces, permettant aux pays de chiffrer et d'évaluer leur impact potentiel sur la couverture sanitaire, tandis que LiST établit des estimations de l'impact des services. changement de couverture sur la mortalité. Il utilise l'analyse des données, la modélisation de scénarios et l'analyse de l'équité pour aider les gouvernements et les organisations à optimiser l'allocation des ressources et à améliorer l'accès équitable aux services essentiels de santé maternelle, néonatale et infantile. EQUIST utilise une approche systématique composée de quatre niveaux de priorisation : (i) niveau 1 : priorisation des interventions à fort impact, (ii) niveau 2 : analyse des goulots d'étranglement et priorisation des stratégies, (iii) niveau 3 : priorisation des populations vulnérables, (iv)

le dossier d'investissement et le document d'évaluation du projet (PAD), qui décrit les modalités de financement du dossier d'investissement, comme expliqué plus en détail dans la section suivante :

- Réduction des grossesses chez les adolescentes, en ciblant les adolescents, les écoles et les services de santé adaptés aux jeunes : les adolescents représentent un quart de la population totale du Mozambique, ce qui en fait une priorité démographique importante. Conformément à ses engagements FP2020, le Mozambique a élargi la priorité accordée à la contraception des adolescentes « de manière importante » (Chandra-Mouli et al, 2018), notamment en fournissant des contraceptifs et une éducation sexuelle complète dans les programmes de santé scolaire, et en organisant des orientations entre les établissements scolaires. établissements de santé et établissements de santé publics/privés à proximité, dans le but d'atteindre une couverture nationale d'ici 2020 (FP2020, 2017). Cependant, alors que les adolescents sont généralement inclus dans le cadre plus large de SRMNEA+N des documents de planification du GFF pour le Mozambique, l'attention portée à ce groupe a tendance à se diluer à mesure que l'on passe du contenu de la programmation aux indicateurs et aux investissements.
- Planification familiale : s'appuyant sur les engagements de FP2020, le dossier d'investissement du Mozambique inclut la planification familiale comme l'une des interventions clés, garantissant la disponibilité et la régularisation de la fourniture d'un large éventail de méthodes contraceptives et favorisant la demande, tant dans les établissements de santé que dans les communautés, à travers la mobilisation des équipes de proximité et des ASC (Agents Polivalentes de Saúde; APE). Mais selon un responsable de l'UNFPA, l'investissement est principalement destiné à l'équipement et à la formation, la fourniture de produits, notamment de contraceptifs modernes, étant assurée en grande partie par l'UNFPA Supplies Partnership et l'USAID. Il est également question de piloter un système d'information sur la gestion des stocks pour minimiser l'apparition de ruptures de stock de contraceptifs.

2.2 Comment les priorités se traduisent en financement

Comme dans de nombreux autres pays, au Mozambique, le GFF a également soutenu une augmentation de l'allocation de ressources budgétaires aux prestataires de première ligne afin de renforcer les services de soins de santé primaires au niveau communautaire (Chou et al, 2018). Le système de soins de santé primaires est au cœur des arguments d'investissement du Mozambique, car il est reconnu qu'il est impossible d'améliorer et de maintenir les résultats de la SRMNEA+N sans des systèmes de soins de santé primaires plus solides et plus résilients (Claeson, 2017). Le Mozambique démontre son engagement en faveur de l'inclusion du genre dans ses documents de planification nationale, mettant en évidence la collaboration entre le ministère de la Santé et le ministère du Genre, de l'Enfance et de l'Action sociale.

Pour refléter cet engagement, le PAD considère le genre comme une considération transversale, en termes d'analyse, de groupes cibles et d'interventions spécifiques pour lutter contre les normes sociales et les inégalités (George et al, 2021), avec des interventions communautaires ciblant l'engagement des hommes, et la prise en compte de la problématique hommes-femmes dans le tableau de bord et dans les consultations communautaires.

Suite au dossier d'investissement, un PAD a été élaboré pour décrire les modalités de financement (Banque mondiale, 2017) et structuré comme suit :

- Les activités liées au PESS, qui comprennent les dépenses de santé inscrites au budget et au Trésor à compte unique financées par les recettes publiques, et les fonds externes tels que PROSAUDE
- financement vertical par les partenaires de santé

Le PAD comprend 12 indicateurs liés aux décaissements (DLI), qui sont utilisés pour la mise en œuvre du Programme pour les Résultats (PforR), un instrument de financement basé sur la performance de la Banque mondiale que le GFF met actuellement en œuvre dans 28 pays à travers le monde, y compris au Mozambique. (Piatti-Fünfkirchen et al, 2021). Le décaissement des fonds du GFF dépend de la réalisation d'objectifs prédéfinis au sein de ces indicateurs spécifiques. Les priorités en matière de SDR mentionnées ci-dessus se reflètent dans deux des quatre résultats des DLI :

- L'IDD 2 est lié à l'expansion des services de SSR.
 - via la plateforme de santé scolaire : Pourcentage d'écoles secondaires proposant des services de SSR (information et méthodes contraceptives), sur la base de visites de professionnels de santé (au moins mensuelles).
- L'IDD 3 concerne le programme national de planification familiale :
 - Quelques années de protection.

Dans le dossier d'investissement et dans le PAD, l'accent est également mis fortement sur les programmes communautaires, tels que le programme APE. Ce programme a été poussé par le Département de la Promotion de la Santé, soutenu par l'UNICEF, soulignant son rôle potentiel dans la réalisation des objectifs de SRMNEA+N et comme solution aux déficits de ressources humaines dans le secteur de la santé. Conformément à la Stratégie de planification familiale et de contraception, les APE et les équipes mobiles sont également mentionnées comme stratégie de sensibilisation et d'expansion des services de planification familiale. En conséquence, le mariage précoce a été

été élargi, de sorte que leur ensemble de services comprend la distribution de pilules contraceptives, de préservatifs et d'antirétroviraux contre le VIH au niveau communautaire. Un DLI entier, sur les 12, est dédié aux APE : à travers une plateforme nationale de prestation de services à base communautaire, il existe un plan national pour former et affecter les APE à la fourniture de services de SRMNEA+N. Des investissements supplémentaires à travers le programme APE sont également prévus pour soutenir cette mobilisation, notamment en sensibilisant à la législation



IPPF/Isabel Corthier/Mozambique

3. Méthodologie

La recherche des études de cas a suivi la méthodologie décrite dans l'introduction.

Pour les entretiens, les informateurs clés ont été sélectionnés selon une méthode d'échantillonnage en boule de neige. Les informateurs interrogés comprenaient des représentants de la société civile et des responsables du GFF/Banque mondiale et du FNUAP. Malheureusement, aucun représentant du gouvernement n'a pu figurer parmi les informateurs clés en raison de problèmes de disponibilité. Cela constitue une limite à l'étude de cas car la perspective de

Les représentants du gouvernement impliqués dans l'élaboration du dossier d'investissement sont absents.

Des entretiens semi-structurés ont été menés, axés sur trois domaines principaux : les processus nationaux du GFF, les priorités en matière de SDR au Mozambique et les moteurs de la priorisation de la SRMNEA+N. Les discussions se sont également concentrées sur les défis associés et les enseignements tirés afin d'élaborer un ensemble de recommandations pour la priorisation des SDR au niveau national qui pourraient également être pertinentes dans d'autres contextes.

4. Résultats

Au cours de ses cinq premières années d'existence, le GFF a démontré comment son approche contribue à améliorer la santé des femmes, des enfants et des adolescents dans ses pays partenaires et contribue à combler les écarts d'équité. Presque tous les pays partenaires du GFF ont constaté des tendances positives en matière de SSR (BIRD/Banque mondiale, 2020), y compris le Mozambique.

4.1 Progrès observés par les informateurs clés

Les OSC ont observé que la coordination au sein du ministère de la Santé a amélioré. Un processus de décentralisation, stratégie clé mentionnée dans le PESS, est en cours depuis les années 1990 (Vilcu et al, 2022). La contribution du GFF au soutien du processus de décentralisation à travers le programme de renforcement des SSP a été perçue par les représentants des OSC interrogés comme un résultat positif. Un aspect reconnu par tous les informateurs clés était l'alignement du dossier d'investissement sur la stratégie nationale de santé, ce qui a permis une meilleure coordination de l'aide au développement et une complémentarité entre les programmes financés par les donateurs, comme avec GAVI :

« Cela garantit une continuité des actions [...] et une moindre dispersion des ressources. » Représentant des OSC

« La question de la SSR constitue [maintenant] un programme à part entière au sein du ministère de la Santé. » Représentant des OSC

« Auparavant, les donateurs, en particulier lorsqu'ils mettent en œuvre par l'intermédiaire d'ONG, ne mettent en œuvre que certaines parties du programme, à savoir la fourniture de contraceptifs et de matériel pour prévenir les grossesses, et non de manière globale et coordonnée. »
Représentant des OSC

Un autre résultat positif, comme l'a souligné un responsable de la Banque mondiale, est le fait que, malgré un contexte économique et financier défavorable et une diminution du

Dans l'ensemble du budget gouvernemental, la part du budget gouvernemental allouée à la santé a été maintenue, voire légèrement augmentée. En effet, le DLI 5 vise à garantir que la part totale des dépenses nationales de santé représente au moins 8,5 % des dépenses totales du gouvernement national au cours des premières années du programme, et des incitations sont fournies pour augmenter encore cette part au cours des années suivantes (Chou et al, 2018). La part des dépenses publiques de santé est passée de 5,6 % en 2017 à 8,5 % en 2021 (GFF, 2023).

« Au Mozambique, le paysage macro-budgétaire est assez volatile. En 2014-2015, le PIB/habitant était de 4 %, puis proche de 0 % et désormais négatif. Donc, globalement, le budget de l'État a diminué, et donc le

celui du secteur de la santé également. Mais en termes de dépenses publiques, globalement, la part du secteur santé a légèrement augmenté [...]. Je dirais donc que c'est un effort positif. Fonctionnaire de la Banque mondiale

Comme le rapporte le GFF, les indicateurs ont également commencé à montrer des améliorations dans la fourniture et la prestation des soins de santé, comme le pourcentage de femmes enceintes ayant eu quatre consultations prénatales ou plus, passant de 49 % en 2018 à 63 % en 2021 (GFF, 2023).

4.2 Défis restants

Le processus de priorisation dans le développement du dossier d'investissement et le PAD était souvent considéré comme un processus « centralisé ». Malgré la plateforme multipartite, les représentants des OSC étaient toujours préoccupés par leur implication limitée dans les processus du GFF. Certains considèrent les processus de consultation comme des outils permettant de légitimer les décisions entre les bénéficiaires et le GFF/Banque mondiale (N'weti, 2019). D'autres se sont plaints de l'implication tardive des OSC dans le processus de priorisation. Malgré la stratégie d'engagement de la société civile (GFF/Banque mondiale, 2017), le GFF ne dispose d'aucune plateforme au Mozambique pour une interaction régulière avec les OSC et s'appuie uniquement sur les canaux gouvernementaux. L'une des opportunités pour les OSC de s'engager dans les processus du GFF a été le Programme d'apprentissage commun, un programme de renforcement des capacités de la société civile sur deux ans en matière de plaidoyer et de responsabilisation en faveur du financement de la santé pour la CSU (Cordaid, N'weti et Wemos, 2023).

« Certaines organisations ont été impliquées dans la production du dossier d'investissement, mais il semble que cette implication n'ait pas été préparée ou organisée de la meilleure façon. [...] Il y avait donc de la confusion, du moins de la frustration, du côté de la société civile. Par rapport à la production du PAD, le sentiment d'exclusion concerne autant les organisations de la société civile que les partenaires [techniques] de santé eux-mêmes. Représentant des OSC

« [...] la définition initiale, les priorités, je pense, ont été définies plus techniquement par le ministère de la Santé, bien plus que l'implication d'autres parties prenantes. Représentant des OSC

Concernant la SDRS, l'exclusion d'autres services essentiels a souvent été soulignée. Même si un mécanisme de financement commun tel que le GFF contribue à l'inclusion

et la priorisation des services de SSR dans le cadre d'un programme plus large de renforcement du système de santé, plusieurs préoccupations ont été soulevées. Celles-ci comprenaient l'accent mis sur la mère les services de santé et de planification familiale, à l'exclusion d'autres services essentiels, tels que l'avortement sécurisé et la VSBG (IPPF, 2018), qui sont rarement mentionnés dans les documents nationaux du GFF. Certains semblent être d'accord sur le fait que cela a également été le cas pour le Mozambique : comme l'a mentionné un représentant d'une OSC : « [l'avortement] devrait faire partie du dossier d'investissement. C'est important et devrait avoir un budget très clair [...] notamment pour l'équipement qui serait nécessaire pour fournir ce service ». De plus, l'investissement du GFF pour la planification familiale est principalement alloué à l'équipement et à la formation. Bien que d'autres financements soient disponibles pour les produits de planification familiale, il reste encore un déficit à combler et les dépenses publiques consacrées aux méthodes modernes ont considérablement diminué depuis 2020. Bien que le financement gouvernemental soit passé de 1,7 % en 2018 à 3,2 % en 2019 (USAID, 2021), elle est tombée à 1 % en 2021 selon l'évaluation des dépenses de planification familiale (Track20, 2021), et les dépenses concernaient principalement les préservatifs. Si le ratio des dépenses intérieures de santé par rapport aux dépenses intérieures totales du gouvernement a légèrement augmenté au cours des deux dernières années, cela n'a pas affecté les dépenses consacrées aux produits de planification familiale.



IPPF/Isabel Corthier/Mozambique

Liés aux défis de mise en œuvre, les processus de suivi constituent une composante importante de la mise en œuvre du programme PforR : ils représentent deux des 12 DLI. Les hôpitaux ruraux et de district, ainsi que les centres de santé ruraux, « reçoivent des allocations basées sur les performances selon au moins deux évaluations de cartes de pointage au cours de l'exercice précédent » (Banque mondiale, 2017). La théorie du changement du GFF en matière de SDRS mentionne que l'un des résultats attendus est de disposer de données désagrégées en temps réel pour éclairer la prise de décision (GFF, 2022). Mais il y a eu un consensus parmi les informateurs clés sur le fait que, malgré les efforts, le système de suivi et d'évaluation (S&E) est inefficace, ce qui affecte à son tour le décaissement des fonds liés à l'IDD. Comme l'ont indiqué la plupart des informateurs clés, les capacités en matière de S&E et de collecte de données sont faibles et le système de gestion de l'information doit être renforcé, en particulier au niveau des districts et des soins de santé primaires. En outre, la qualité des données constitue un problème important (GFF, 2020 ; GFF/Banque mondiale, 2017).

En raison du manque de capacités de S&E, des ruptures de stock régulières de produits de planification familiale se produisent à différents niveaux, avec des implications significatives sur l'accès et l'adoption :

« La collecte de données réelles dans les zones rurales reste un défi. C'est l'un des défis de la mise en œuvre des arguments d'investissement à travers la stratégie nationale de santé. Le processus de suivi et d'évaluation est inefficace. Représentant des OSC

« [...] lorsqu'il y a des ruptures de stock de la méthode contraceptive préférée, les femmes n'utilisent pas leur deuxième méthode préférée. Ils s'arrêtent. »
Fonctionnaire de la Banque mondiale

Dans le contexte du Mozambique, les activités sont également surveillées à l'aide de fiches d'évaluation des établissements de santé ainsi que de fiches d'évaluation communautaires pour évaluer les perceptions des prestataires de services et des utilisateurs sur la qualité des services. Des doutes ont été exprimés concernant les tableaux de bord, en particulier ceux communautaires, et la manière dont ils sont utilisés : des tableaux de bord communautaires ont été collectés par les OSC, mais il existe une incertitude quant à savoir si et comment ils ont été pris en compte et contribuent aux DLI.

L'une des critiques que l'on retrouve dans la littérature publiée mais qui n'a pas été évoquée lors des entretiens avec les informateurs clés est le manque de prise en compte des dépenses personnelles (OOPE) : ni le dossier d'investissement du Mozambique ni le PAD n'abordent la question. ou suggère des mesures pour atténuer l'OOPE. En effet, lors de la révision de

Dans les stratégies de financement de la santé, l'importance de réduire l'OOPE a rarement été soulignée, et parfois des propositions ont même été faites pour augmenter les systèmes de co-paiement : dans la stratégie de financement de la santé, il a été recommandé d'augmenter considérablement les frais d'utilisation (MSF, 2017). Peu d'acteurs ont mis en garde contre la manière dont une telle mesure éroderait davantage

et sans mesures proactives visant à réduire les frais d'utilisation, il est peu probable que des ressources supplémentaires destinées à accroître la fourniture de services de santé profitent aux plus vulnérables et à ceux qui ont le plus besoin de soins, y compris au Mozambique (Bomfim et al, 2020 ; Seidemann et al, 2020). En l'absence de financement public national viable, cela peut également avoir des répercussions sur la SDRS, le risque de voir le financement national déplacer la charge du financement des services et des produits SDRS vers l'OOPE par les groupes les plus pauvres et les plus vulnérables (IPPF, 2015 ; Mutunga et Sundaram, 2015 ; Ravindran et Govender, 2020).

Malgré les multiples modalités de financement qui créent de la complexité dans le secteur de la santé (N'weti, 2023), une amélioration de la coordination au sein du ministère de la Santé, notamment en ce qui concerne le processus de décentralisation, a été observée par la plupart des informateurs clés. Cependant, certains ont convenu de l'importance des actions multisectorielles et que la participation d'autres secteurs n'avait pas été suffisamment soulignée et qu'il y avait donc des problèmes de coordination.

« Lorsqu'une femme va accoucher [au centre de santé], elle a besoin d'eau pour ses soins de base. Dans certains centres de santé, ce sont les femmes enceintes elles-mêmes qui doivent laver elles-mêmes leurs draps. Il nous reste donc
il reste beaucoup de chemin à parcourir, mais ce problème de l'eau n'est pas un problème lié au secteur de la santé, il a à voir avec la question de la coordination intersectorielle.

Cela nous amène à une autre discussion sur la mesure dans laquelle le point GFF parvient à améliorer l'interaction entre le ministère de la Santé et d'autres secteurs afin de garantir que les services sont fournis avec qualité. Représentant des OSC

« À Inhambane, aucune école ne proposait de services de SSR. Il est nécessaire d'améliorer la coordination avec
Ministère de la Santé et ministère de l'Éducation. [SRH] est un module complémentaire destiné aux enseignants. Lorsqu'ils proposent des activités étiquetées à caractère sexuel, cela suscite un certain malaise parmi les enseignants, les élèves et les parents. Cela devrait être intégré dans quelque chose de plus large, comme les compétences essentielles [...]. Fonctionnaire de la Banque mondiale

L'action multisectorielle est effectivement abordée dans l'investissement et les documents du PAD, en particulier en ce qui concerne le processus de décentralisation et étant « essentiels pour des domaines tels que la nutrition et la planification familiale, ainsi que pour le renforcement des systèmes de financement du secteur national et de gestion des finances publiques (GFP) » (Banque mondiale, 2017). Toutefois, cela ne s'est pas traduit par des investissements concrets et les indicateurs liés à cet objectif font défaut.

Enfin, bien que le genre soit signalé dans le PAD comme une considération transversale, il pourrait être davantage renforcé. Comme l'a observé un responsable de la Banque mondiale :

« Il y a toujours cette hypothèse selon laquelle, parce que nous travaillons sur la SMNI et la SSR et auprès des adolescentes, le genre est systématiquement inclus. Je pense que ce n'est pas suffisant. C'est une occasion manquée d'examiner les normes et influences sociales sous-jacentes ». Des exemples ont été donnés, tels que les réactions négatives des parents concernant la fourniture de contraceptifs aux adolescents, ou les infirmières qui peuvent avoir une attitude critique envers les jeunes. Comme l'a révélé une étude menée au Mozambique, même dans les services adaptés aux jeunes et aux adolescents, il peut y avoir des lacunes importantes en matière d'information et de communication avec les adolescents. utilisateurs." (Bomfim et al, 2020).



IPPF/Isabel Corthier/Mozambique

5. Discussion

5.1 Leçons apprises



Améliorer la durabilité des SDSR dans Mozambique, il est impératif d'augmenter

investissement du gouvernement dans des services complets de SDSR. Cela comprend la planification familiale, le dépistage des IST/VIH, l'avortement sécurisé et les soins post-avortement, le conseil et l'orientation en matière de VBG, l'éducation sexuelle complète, etc. Il est important que le gouvernement donne la priorité à une définition complète dans les documents stratégiques et garantisse leur accessibilité et leur disponibilité grâce à un budget public adéquat. allocation et dépenses. Le GFF, conçu pour soutenir la mobilisation des ressources nationales pour la SRMNEA+N, présente une opportunité prometteuse pour renforcer ces éléments cruciaux.



Il y a un appel à la cohérence dans l'engagement des parties prenantes et à la nécessité pour le GFF de

aborder systématiquement la SDSR dans les processus de planification et engage efficacement toutes les parties prenantes pour traduire sa théorie du changement en pratique (George et al, 2021), en particulier pour garantir le processus de mise à l'échelle.



Des efforts supplémentaires pour aborder les normes sociales et les déterminants sociaux sous-jacents de la SDSR sont

nécessaires afin d'avoir une approche plus transformatrice, comme le demande le plan d'accélération du GFF en matière de SDSR (Banque mondiale/GFF, 2021).

5.2 Domaines nécessitant un soutien supplémentaire



Inefficacités dans la mise en œuvre du S&E pour les DLI et PforR : au moment de la rédaction de cette étude de cas, le

processus d'élaboration du PAD pour la prochaine phase du GFF était en cours et le développement des DLI a suscité une préoccupation particulière, car ils ont des implications majeures sur les allocations budgétaires aux niveaux infranationaux. . S'il n'y a pas eu de critiques particulières à l'égard de l'approche PforR, des inquiétudes ont été exprimées quant à la mise en œuvre de cet instrument.

Un soutien supplémentaire est nécessaire pour améliorer le système de suivi actuel et renforcer les capacités, en particulier au niveau des soins de santé primaires et des districts, car le décaissement des fonds est lié aux indicateurs.



Nécessité d'une coordination multisectorielle : il est important qu'il y ait une action multisectorielle, surtout lorsque

aborder la santé des adolescents dans les écoles, où la coordination avec d'autres secteurs est essentielle. À cet égard, l'implication d'autres secteurs n'est pas suffisamment soulignée dans le dossier d'investissement et le PAD, sans investissements concrets, processus, points focaux ou indicateurs pour garantir cette action suit. Cette action multisectorielle devra être accordée une plus grande attention dans les futurs processus d'élaboration des dossiers d'investissement du PAD et du GFF.



IPPF/Kathleen Prior/Vanuatu

Le titre de la section va ici

Étude de cas du Niger

1. Contexte du pays

Le Niger est classé 189ème sur 191 pays selon l'indice de développement humain. Le Niger est confronté à d'importants obstacles socio-économiques, notamment des problèmes de pauvreté, d'insécurité alimentaire et l'instabilité politique. Le contexte sécuritaire affecte particulièrement l'offre de services SDR, avec la fermeture des centres de santé dans certaines localités et l'insécurité du personnel soignant, qui craint les agressions, les violences persistantes contre les civils ou les attaques contre les infrastructures. L'accès aux services de santé, y compris les services SDR, s'est particulièrement détérioré dans les régions de Diffa et de Tillabéri (MSP/P/AS, 2023). L'instabilité politique dans la région a également un impact sur la demande, avec une population croissante de réfugiés venant du Nigeria et du Mali et près de 350 000 personnes déplacées à l'intérieur du pays (HCR, 2022).

Le paysage SDR au Niger présente une multitude de défis et de disparités. La santé maternelle est une préoccupation majeure, avec un taux national de mortalité maternelle de 520 décès pour 100 000 naissances. De plus, d'importantes disparités régionales persistent, les zones rurales connaissant un taux six fois plus élevé que les régions urbaines (INS, 2016).

Ceci est étroitement lié au taux de fécondité exceptionnellement élevé du Niger, avec une moyenne de 6,2 enfants par femme en 2021, parmi les plus élevés au monde. La prévalence contraceptive augmente avec le niveau de bien-être économique des ménages, allant de 6 % pour les ménages du quintile le plus bas à 24 % pour les ménages du quintile le plus élevé (INS, 2022).

L'avortement est légalement restreint dans le pays et autorisé lorsque la poursuite de la grossesse met en danger la vie et la santé de la femme enceinte et en cas de malformation congénitale. Bien qu'il n'existe pas d'estimations nationales du taux d'avortement, une étude récente a estimé que même si le nombre d'avortements signalés au Niger peut être faible, presque tous sont considérés comme dangereux et mettent la sécurité physique des femmes en grand danger (Bell et al, 2023).

La santé des enfants est également un sujet de préoccupation, avec un taux de mortalité des moins de cinq ans supérieur à la moyenne ouest-africaine,

atteignant 123 pour 1 000 naissances vivantes en 2021 (INS, 2022).

Les taux de mortalité dans les zones rurales sont deux fois plus élevés que ceux des régions urbaines, la moitié de ces décès étant attribués à la malnutrition chronique (MSP/P/AS, 2022a). La population adolescente, constituant une proportion importante de la démographie du Niger (51,6% de la population est âgée de moins de 15 ans), présente un taux de fécondité (133‰) et un taux de mortalité maternelle (4,9‰) plus élevés que les autres tranches d'âge (INS, 2012, 2022).

Les adolescents rencontrent d'énormes difficultés pour accéder aux services de santé, en raison du faible accès à des informations de qualité sur la santé reproductive et aux facteurs socioculturels.

L'inégalité entre les sexes reste un défi au Niger, avec un indice d'inégalité entre les sexes élevé de 0,611 en 2021, classant le pays au 153ème rang mondial (PNUD, 2022). Le Niger a le taux de mariage d'enfants le plus élevé au monde : une femme sur quatre âgée entre 25 et 29 ans a déjà été mariée avant l'âge de 15 ans. Les violences basées sur le genre (VBG) sont également très répandues, touchant 38,2% des femmes et adolescentes (INS, 2022).



Coalition pour les fournitures de santé reproductive

2. Le GFF au Niger

En 2019, le Niger a fait un pas en avant significatif dans la progression de son engagement en faveur de la SRMNEA+N en rejoignant le GFF. La Plateforme Pays du GFF a été créée au Niger en août 2020 sous la direction du Secrétaire Général du Ministère de la Santé Publique, de la Population et des Affaires Sociales (MSP/P/AS), et comprend les ministères partenaires (Finances, Planification, Promotion de la Femme et Enfants), les organisations de la société civile, le secteur privé de la santé et les partenaires techniques et financiers. Il agit en tant que mécanisme de coordination et entité décisionnelle pour l'élaboration, la mise en œuvre et le suivi des stratégies clés de SRMNEA+N au niveau national.

Le premier dossier d'investissement en SRMNEA+N au Niger a été publié en mars 2022 et couvre une période de cinq ans de 2022 à 2026. Le dossier d'investissement est un document de plaidoyer qui vise à soutenir les stratégies de mobilisation et à améliorer l'alignement des financements sur les priorités du Niger et est conçu pour guider la prise de décision stratégique pour tous les acteurs travaillant dans RMNCAH+N dans le pays. Il est étroitement lié aux cadres et stratégies existants et s'aligne parfaitement sur les processus nationaux plus larges de planification et de budgétisation. En effet, le dossier d'investissement a été construit comme une extension du Plan Stratégique du Secteur de la Santé (PDS 2017-2021) et a servi de point de référence pour l'élaboration de sa version ultérieure (PDSS 2022-2026).

(MSP/P/AS, 2022a).

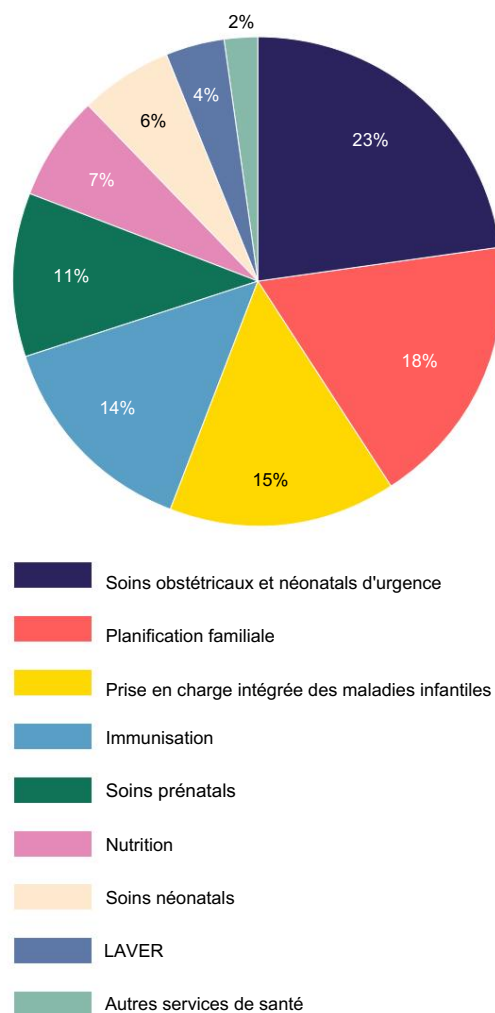
2.1 Priorisation de la SRMNEA+N au Niger dossier d'investissement

La priorisation du dossier d'investissement en SRMNEA+N a été effectuée à l'aide d'EQUIST, suivant une méthodologie utilisée précédemment dans plusieurs pays cibles du GFF. EQUIST utilise une approche systématique composée de quatre niveaux de priorisation.

Niveau un : Priorisation des interventions à fort impact. 88 interventions à fort impact, basées sur leurs impacts potentiels respectifs en termes de vies sauvées, ont été identifiées et organisées en neuf paquets de services. Les trois principales priorités identifiées étaient : (1) les soins obstétricaux et néonataux d'urgence, (2) la planification familiale et (3) la gestion intégrée des maladies infantiles. Ensemble, ces

représentaient plus de la moitié des interventions à fort impact (voir Figure 1) (MSP/P/AS, 2022b).

Figure 1 : Interventions à fort impact en matière de SRMNEA+N



Niveau deux : analyse des goulots d'étranglement et priorisation des stratégies. Les trois principaux goulots d'étranglement prioritaires identifiés concernaient les déterminants de l'acceptabilité socioculturelle des services de SRMNEA+N, l'accessibilité à ces services et la disponibilité des produits (MSP/P/AS, 2022b). L'analyse des goulots d'étranglement a conduit à l'identification d'un ensemble de 21 stratégies définies comme hautement prioritaires et regroupées en six domaines thématiques : prestation de services ; demande de services; gouvernance et leadership; nutrition; eau, assainissement et hygiène ; et la qualité des soins.

Niveau trois : Priorité aux populations vulnérables.

Sur la base du rapport coût-efficacité et de l'impact attendu sur les taux de survie de chacune des interventions à fort impact, cinq groupes de population ont été priorisés : (1) les femmes en âge de procréer (âgées de 15 à 49 ans), (2) les femmes enceintes et allaitantes, (3) les nouveau-nés, (4) les enfants âgés de 0 à 5 ans et (5) les adolescents et les jeunes. On estime que 6,5 millions de personnes, y compris les réfugiés et les personnes déplacées, bénéficieront de la mise en œuvre du dossier d'investissement RMNCAH+N d'ici 2026 (MSP/P/AS, 2022b).

Niveau quatre : Priorisation des régions. Les huit régions du Niger ont été priorisées à l'aide d'un indicateur composite (MSP/P/AS, 2022b).

Trois groupes prioritaires régionaux ont été définis. Le premier groupe prioritaire comprenait quatre régions : Diffa, Tillabéri, Zinder et Maradi, représentant environ 60 % de la population du Niger. Le deuxième groupe prioritaire comprenait les premières régions prioritaires, auxquelles s'ajoutaient les régions de Tahoua et Dosso, représentant 91 % de la population du Niger. Le troisième groupe prioritaire comprenait les régions de la deuxième priorité, auxquelles s'ajoutaient les régions de Niamey et d'Agadez, couvrant ainsi les huit régions du Niger.

2.2 Comment les priorités se traduisent en financement

Pour soutenir la mobilisation des ressources en faveur de la mise en œuvre du dossier d'investissement SRMNEA+N, trois scénarios de financement ont été établis à l'aide de l'outil de planification stratégique OneHealth2 de l'OMS, en s'appuyant sur la priorisation régionale. Le besoin de financement du scénario hautement prioritaire, comprenant le premier groupe régional prioritaire de quatre régions, a été estimé à 386 milliards XOF (630 millions de dollars) sur cinq ans. Le besoin budgétaire du deuxième scénario prioritaire (six régions) a été estimé à 586 milliards XOF (957 millions de dollars) sur cinq ans. Et le troisième scénario prioritaire (échelle nationale) était estimé à 644 milliards XOF (1 milliard US\$) sur cinq ans (MSP/P/AS, 2022b). Ces estimations ont été utilisées à des fins de plaidoyer et elles sont également utilisées pour orienter les investissements des donateurs au fur et à mesure de la mobilisation des fonds.

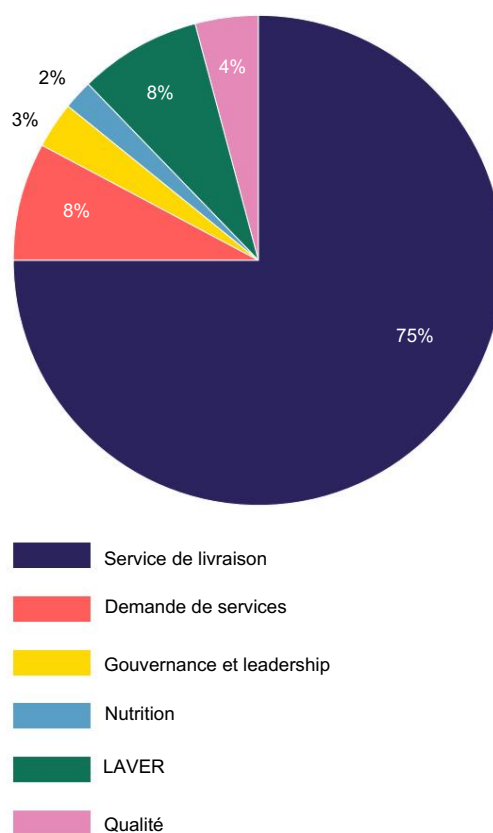
2 L'outil [OneHealth](#) est un outil logiciel conçu pour éclairer la planification stratégique nationale de la santé dans les pays à revenu faible ou intermédiaire. Alors que de nombreux outils d'évaluation des coûts adoptent une approche étroite et spécifique à une maladie, l'outil OneHealth tente de relier les objectifs et cibles stratégiques des programmes de contrôle et de prévention des maladies aux investissements requis dans les systèmes de santé.

L'outil fournit aux planificateurs un cadre unique pour l'analyse de scénarios, l'établissement des coûts, l'analyse de l'impact sur la santé, la budgétisation et le financement des stratégies pour toutes les principales maladies et composantes du système de santé. Il est donc principalement destiné à éclairer les plans et politiques stratégiques nationaux de santé à l'échelle du secteur.

Sur le budget alloué aux 21 stratégies hautement prioritaires identifiées dans le dossier d'investissement en matière de SRMNEA+N, 75 % sont destinés au renforcement de la prestation de services de SRMNEA+N. Les trois principales stratégies en termes de budget sont : (1) améliorer la disponibilité des médicaments et autres intrants aux points de prestation de soins de santé (32 % du budget total) ; (2) le renforcement quantitatif et qualitatif des ressources humaines et des relais communautaires, y compris dans les zones rurales et isolées (22%) ; et (3) le renforcement des infrastructures et des installations durables (20 %).

Les autres stratégies thématiques représentaient des parts mineures du budget total (voir Figure 2) (MSP/P/AS, 2022b).

Figure 2 : Pourcentage du total des dossiers d'investissement en SRMNEA+N budget par domaines thématiques



Afin d'identifier les ressources disponibles pour la SRMNEA+N, un exercice de cartographie des ressources a été entrepris en 2020 dans le cadre du dossier d'investissement. Ressources disponibles pour la mise en œuvre du dossier d'investissement SRMNEA+N ont été estimés à XOF 251 milliards (410 millions de dollars), ce qui, comparé au scénario le plus prioritaire de 386 milliards de FCFA (630 millions de dollars), laisse un déficit de financement de 135 milliards de FCFA (220 millions de dollars) sur cinq ans. Les résultats ont mis en évidence que le financement des interventions de SRMNEA+N repose sur des ressources externes.

donateurs, les deux tiers du financement extérieur provenant de quatre donateurs multilatéraux : la Banque mondiale, le Fonds mondial, le Programme alimentaire mondial et GAVI, l'Alliance du Vaccin. Bien que la part exacte du financement national soit difficile à calculer sur la base du budget de l'État, en raison de la codification budgétaire basée sur les programmes et de la nature multisectorielle des SDRS, la part du financement national reste faible.

Les fonds catalytiques provenant de l'accord de financement du GFF représentent une contribution majeure à la SRMNEA+N. Le financement au Niger (Banque mondiale, 2021a). L'investissement du GFF est organisé autour d'une vision de programme sur 15 ans avec une enveloppe de financement de 521 millions de dollars américains de l'IDA pour la période 2021-2035. La première phase de l'approche programmatique appelée Lafia-Iyali dispose d'un budget total de 125 millions de dollars US pour la période 2021-2026, ce qui représente un tiers des besoins de financement pour la mise en œuvre du scénario hautement prioritaire de la SRMNEA. +N dossier d'investissement. L'investissement est axé sur deux priorités : réduire le taux de retard de croissance et réduire le taux de fécondité des adolescentes dans deux régions, Zinder et Maradi, qui sont deux des régions hautement prioritaires du scénario d'investissement SRMNEA+N (Banque mondiale, 2021b).

Concernant la santé des adolescents, le projet soutient les clubs de santé scolaires existants, en s'associant au Fonds des Nations Unies pour la population (FNUAP) et à l'UNICEF pour mettre en œuvre des activités de santé et de nutrition (voir l'encadré 1 pour plus de détails) (Banque mondiale, 2021b).

D'autres partenaires techniques et financiers se sont engagés à soutenir la mise en œuvre du dossier d'investissement SRMNEA+N à travers leurs bureaux nationaux, sur la base de leurs programmes de coopération et accords avec le gouvernement du Niger, mais au moment de la rédaction de cette étude de cas, aucun d'entre eux n'a encore annoncé de programme de coopération dédié. budget pour sa mise en œuvre.

Au fur et à mesure que le dossier d'investissement en SRMNEA+N est mis en œuvre, il sera possible de suivre les flux de financement en SRMNEA+N sur la base des données de dépenses. En effet, le sous-compte Santé reproductive des comptes nationaux présente des données annuelles sur les dépenses provenant de toutes les sources de financement. L'analyse de la période 2017-2021 a montré que la part actuelle des dépenses SDRS varie entre 6 % et 12 % des dépenses totales de santé (toutes sources de financement confondues). En 2021, les dépenses en matière de SDRS se sont élevées à 53 milliards XOF (87 millions US\$), dont 44,7% pour les soins maternels, 26,3% pour la planification familiale et 5,8% pour les soins périnataux. Cela pourrait servir de base pour une analyse future.

Forfait santé scolaire

1. Hygiène de la santé menstruelle :

- Éducation à la santé menstruelle
- Fourniture de produits d'hygiène menstruelle

2. Santé sexuelle et reproductive des adolescents :

- Planification familiale
- Éducation sexuelle complète

3. VBG et exploitation et abus sexuels (MER):

- Prévention, atténuation et réponse VBG/EAS
- Liens vers un système de référence pour des informations supplémentaires services sociaux

3. Méthodologie

La recherche des études de cas a suivi la méthodologie décrite dans l'introduction.

Les informateurs clés ont été sélectionnés grâce à une méthode d'échantillonnage boule de neige et comprenaient une grande variété de parties prenantes impliquées dans les processus du GFF, y compris le chef de la Division de suivi et d'évaluation de la Santé maternelle et infantile. Département du MSP/P/AS, l'agent de liaison du GFF, l'un des consultants du dossier d'investissement de l'UNICEF, et des représentants de la société civile : le Directeur Exécutif et le point focal Suivi-Evaluation de l'Association Nigérienne pour le Bien-être Familial et le représentant de la jeunesse du Niger auprès du

Groupe d'investisseurs GFF. Lorsque les participants ont souhaité rester anonymes et sans affiliation à une organisation ou à un secteur, nous les avons étiquetés « participant à l'étude ».

Des entretiens semi-structurés ont été menés, axés sur trois domaines principaux : les processus nationaux du GFF, les priorités du Niger et les moteurs de la priorisation de la SRMNEA+N. Les discussions se sont également concentrées sur les défis associés et les enseignements tirés afin d'élaborer un ensemble de recommandations pour la priorisation des SDR au niveau national qui pourraient également être pertinentes dans d'autres contextes.

4. Résultats

4.1 Progrès observés par les informateurs clés

L'élaboration et la priorisation de la SRMNEA+N au Niger

Le dossier d'investissement a été perçu comme très inclusif et collaboratif par les participants à l'étude. Le processus a été dirigé par le MSP/P/AS et a mobilisé environ 90 experts en santé publique, dont des membres de la plateforme GFF, ainsi que des représentants régionaux et des experts cliniques. La société civile a été incluse dans le processus, représentée par quatre organisations : une travaillant sur la RMNCAH, une axée sur la nutrition, une représentant les jeunes ambassadeurs et une représentant les chefs religieux. Le pays a reçu l'appui technique d'une équipe de consultants de l'UNICEF et a bénéficié de

l'expertise des autres partenaires techniques et financiers du pays.

Tous les informateurs clés de cette étude ont particulièrement apprécié la nature participative de l'approche et la clarté de la méthodologie fondée sur des données probantes utilisées.

Tous les informateurs clés ont convenu de l'importance d'aligner les différents documents stratégiques existants en matière de SRMNEA+N. et a apprécié le fait que le dossier d'investissement SRMNEA+N était conforme aux plans stratégiques du secteur de la santé. Cela évite la duplication des efforts, minimise les écarts et contribue à mobiliser tous les acteurs vers les mêmes priorités et objectifs.

« Le dossier d'investissement n'est pas un dossier autonome document programmatique. Le précédent PDS 2017-2021 a contribué au dossier d'investissement, puis le dossier d'investissement a informé le nouveau PDSS 2022-2026. La partie SRMNEA est essentiellement un copier/coller. Participant à l'étude

Plusieurs informateurs clés ont souligné l'importance des stratégies ciblées sur les adolescents, car ce groupe est l'un des principaux facteurs de la forte fécondité et de la forte mortalité maternelle dans le pays. Les priorités identifiées pour les adolescents comprenaient l'accès à des informations de qualité sur la SRMNEA, la protection contre les IST et les grossesses non désirées, ainsi que l'accès aux méthodes contraceptives modernes. Les représentants des OSC ont également souligné l'importance de la santé menstruelle.

« Beaucoup de filles ne connaissent pas leur cycle, certaines abandonnent même l'école. Par conséquent, apprendre à gérer leurs menstruations permettrait aux filles de prendre leur vie en main. Une fille peut faire sa planification familiale sans aller au centre de santé car elle connaît son cycle et elle peut pratiquer l'abstinence si elle n'a pas accès à la PF.

des produits." Représentant des OSC

4.2 Défis restants

Bien que l'utilisation d'EQUIST ait été perçue positivement, plusieurs parties prenantes ont noté que les exigences élevées en matière de données de l'outil avaient ralenti le processus. En effet, la plus récente enquête démographique réalisée en 2017 n'était pas encore validée au moment de l'étude, et la précédente enquête remontait à 2012, ce qui était dépassé. Par conséquent,

une petite équipe technique a dû être formée pour collecter des données une combinaison d'enquêtes et d'études plus récentes pour alimenter l'outil, et il a fallu plusieurs itérations pour le finaliser.

« [Ce processus était] long, nous obligeant parfois à utiliser des données préliminaires. » Participant à l'étude

Les représentants du MSP/P/AS se sont opposés au recours à l'expertise externe de consultants internationaux pour faire fonctionner les outils. En effet, le processus d'élaboration du dossier d'investissement en SRMNEA+N a été ralenti en partie à cause du l'équipe de consultants internationaux n'a pas pu se déplacer pendant la pandémie mondiale de COVID-19. Cela a été considéré comme l'une des principales raisons du retard du processus et a souligné la nécessité de fournir une formation sur EQUIST dans le pays.

« Ils étaient censés former une petite équipe du ministère sur OneHealth afin que nous puissions établir nous-mêmes les coûts, mais cela n'a pas été fait. » Représentant MSP/P/AS

Lors de la réflexion sur la priorisation de la SRMNEA+N Dans le cadre du dossier d'investissement, un représentant d'une OSC s'est opposé à l'attention insuffisante accordée aux questions de genre, soulignant que la SDSR et le genre sont étroitement liés :

« Le Niger est une société patriarcale, où les hommes exercent un pouvoir décisionnel important sur la famille. Les hommes fournissent un soutien financier pour payer les soins, décident si une fille ira à l'école et quand elle doit se marier, etc. Une approche de masculinité positive pourrait contribuer à lutter contre des problèmes tels que la violence sexiste et le mariage précoce. Représentant des OSC

Bien que le genre ait été inclus dans l'analyse de la situation, il n'est pas apparu comme un goulot d'étranglement prioritaire, de sorte que le genre n'a pas été inclus dans les stratégies prioritaires du dossier d'investissement en SRMNEA+N.

Une autre OSC a souligné les limites de la priorisation régionale, arguant qu'elle présentait les régions comme homogènes plutôt que comme ayant leurs propres complexités et disparités urbaines/rurales.

« Même dans la région de Niamey, les périphéries sont sous-desservies et devraient être prioritaires. » Représentant des OSC

Un représentant d'une OSC a souligné l'implication insuffisante de la société civile représentant les jeunes, malgré les problèmes identifiés pour ce groupe cible hautement prioritaire.

En effet, un seul représentant des jeunes a contribué au processus d'élaboration du dossier d'investissement en SRMNEA+N et a trouvé difficile d'influencer les décisions :

« J'étais la seule à représenter les jeunes et je suis une femme. C'était assez difficile de faire entendre ma voix. [...] Les stratégies en faveur des adolescents et des jeunes au Niger sont sous-financées, et le financement n'est pas aligné sur les priorités, [...] et les priorités sont données par des documents plutôt que par ce qui se passe dans la clinique. Représentant des OSC de jeunesse

Enfin, certains participants ont observé qu'il était nécessaire de plaider en faveur de réformes juridiques, notamment de la loi sur la santé reproductive. Par exemple, il a été envisagé de donner la priorité aux méthodes contraceptives à action prolongée dans le dossier d'investissement RMNCAH+N, mais cela serait en contradiction avec les dispositions actuelles de la loi sur la santé reproductive. De plus, la loi actuelle restreint également strictement l'accès à l'avortement et conduit les femmes à rechercher des solutions alternatives et l'avortement souvent à risque, considéré dans le monde entier comme un facteur majeur de mortalité maternelle.

« La loi actuelle ne protège pas adéquatement les agents de santé lorsqu'ils fournissent des services à des personnes non mariées et, de ce fait, les la priorité s'est finalement orientée vers les préservatifs. Représentant des OSC

5. Discussion

5.1 Leçons apprises



L'élaboration du dossier d'investissement a eu un grand impact sur l'alignement et la priorisation des RMNCAH+N au Niger. L'approche collaborative et inclusive a contribué à fédérer tous les acteurs, y compris la société civile, autour d'un même plan et des mêmes priorités nationales.



Bien que la visibilité sur les priorités en matière de SDR soit limitée en soi en raison de la vaste portée du dossier d'investissement, les priorités de SRMNEA+N sont considérées comme pertinentes par rapport aux besoins du pays. Une mise en garde concerne l'insuffisance des stratégies sexospécifiques visant à lutter contre la violence sexiste et le mariage précoce.



Les retours sur l'utilisation d'EQUIST pour la priorisation ont été largement positifs. La méthodologie

Le processus utilisé était clair et le processus itératif a permis d'affiner les priorités. Il serait important de fournir une formation dans le pays sur l'outil à une petite équipe du MSP/P/AS, dans le but de renforcer les capacités nationales et d'assurer la durabilité du processus.

5.2 Domaine de soutien supplémentaire



À l'avenir, il sera nécessaire de soutenir davantage l'élaboration de politiques et de faire progresser les réformes juridiques afin qu'ils s'alignent étroitement sur l'évolution des besoins et des meilleures pratiques en matière de SDR. GFF a soutenu des réformes juridiques clés, notamment l'institutionnalisation des clubs de santé scolaires et la possibilité pour les adolescents mariés d'accéder aux services de planification familiale sans être accompagnés d'un parent ou d'un mari (Calimoutou, 2022 ; GFF, 2022). Cependant, il reste clairement nécessaire de plaider en faveur de réformes politiques supplémentaires, en particulier en ce qui concerne la loi sur la santé reproductive au Niger, afin de supprimer les obstacles juridiques et institutionnels à l'accès de tous aux services de santé reproductive.



Maximiser l'impact de la SRMNEA+N

Dans le cadre du dossier d'investissement, il sera essentiel d'établir le lien entre les processus nationaux et infranationaux de planification et de budgétisation. En effet, le Plan Stratégique du Secteur de la Santé (PDSS), où s'imbrique le dossier d'investissement, se traduit en Plans d'Actions Prioritaires (PAP), puis en Plans d'Action Annuels (PAA). Les PAA sont élaborés à tous les niveaux de la pyramide sanitaire pour mettre en œuvre les priorités identifiées au niveau national. Assurer l'alignement entre la planification nationale et infranationale faciliterait le suivi de la mise en œuvre des priorités en matière de SDR et serait essentiel au succès de la stratégie. Dossier d'investissement SRMNEA+N.



Coalition pour les fournitures de santé reproductive

Recommandations globales

S'appuyant sur les enseignements et les enseignements du Mozambique et du Niger, l'ensemble de recommandations suivant suggère des moyens d'améliorer la priorisation de la SDSR et les processus qui l'entourent liés au développement de dossiers d'investissement du GFF, qui pourraient être pertinents et applicables dans d'autres contextes.



Processus pilotés par le gouvernement et alignement sur les stratégies nationales de santé

Le GFF offre l'opportunité de renforcer et de faire progresser l'agenda SDSR dans le cadre des programmes nationaux de renforcement des systèmes de santé, de manière intégrée et en soutien aux stratégies nationales de santé.

Les processus collaboratifs et inclusifs dirigés par le gouvernement pour l'élaboration des dossiers d'investissement du GFF permettent un meilleur alignement des parties prenantes du secteur de la santé, y compris les donateurs et la société civile, autour des priorités et des programmes de SRMNEA+N, y compris la SDSR.



Le GFF offre l'opportunité d'aider les pays à adopter une définition complète de la SDSR

Il est nécessaire de faire davantage pour traduire activement les objectifs du plan d'accélération du GFF en matière de SDSR en actions au niveau national, en garantissant que les utilisateurs ont accès à un large éventail de services, notamment la prévention et le traitement du VIH et des IST ; Conseils et références en matière de VBG ; services et conseils en matière d'infertilité ; prévention, détection et gestion des cancers de la reproduction ; accès à des soins d'avortement sécurisés.



Faire pression pour davantage d'engagement des parties prenantes

Il y a un appel à la cohérence dans l'engagement des parties prenantes et à la nécessité pour le GFF d'aborder systématiquement la SDSR dans les processus de planification en impliquant efficacement un large éventail de parties prenantes, y compris les OSC possédant une expertise pertinente en matière de SDSR et les acteurs de la jeunesse, pour traduire la théorie du changement du GFF en pratique. En outre, les partenaires techniques tels que le FNUAP et l'UNICEF fournissent une assistance technique essentielle aux équipes de pays, et un appel est lancé pour davantage de renforcement des capacités et de transfert de compétences afin de renforcer la compréhension et l'appropriation par les parties prenantes nationales des outils et processus permettant d'élaborer des dossiers d'investissement du GFF.



Élargir l'ensemble de données SDSR sur lequel le dossier d'investissement du GFF est basé pour permettre la prise en compte d'un plus large éventail d'interventions et de domaines à prioriser.

Actuellement, les interventions SDSR dans les investissements du GFF se limitent principalement à l'utilisation de contraceptifs et aux soins prénatals, à l'accouchement et aux soins postnatals. Cela nécessitera un investissement plus important dans la collecte, la compilation, l'agrégation et l'analyse d'ensembles de données plus larges sur la SDSR. Il est également important de compléter les données EQUIST avec d'autres évaluations des besoins et des interventions en matière de SDSR réalisées par d'autres agences des Nations Unies, en particulier le FNUAP et l'OMS.



Investir dans le renforcement des capacités nationales sur EQUIST en tant qu'outil pour soutenir la priorisation

L'outil soutient une approche claire de la priorisation et le processus itératif permet d'affiner les priorités des pays tout au long du processus. Il est important de veiller à ce qu'un certain nombre de parties prenantes dans le pays comprennent et soient formées à l'outil afin de renforcer les capacités, l'appropriation et la durabilité du processus dans le pays.



Des interventions sensibles au genre aux interventions transformatrices en matière de genre

Des efforts supplémentaires pour aborder les normes sociales et les déterminants sociaux sous-jacents de la SDR sont nécessaires pour favoriser une approche transformatrice, comme le préconise le Plan d'accélération du GFF en matière de SDR (Banque mondiale/GFF, 2021), et le GFF a un rôle à jouer pour faire avancer ce programme à travers des dossiers d'investissement nationaux.



Mobilisation des ressources intérieures

Le GFF est conçu pour soutenir la mobilisation des ressources nationales pour la SRMNEA+N au niveau national. Le GFF devrait s'engager en permanence auprès des gouvernements pour qu'ils respectent leurs engagements en matière d'augmentation du financement public et des dépenses consacrées à la SDR afin de garantir une expansion durable de l'accessibilité et de la disponibilité des services.



Au-delà de la priorisation et du développement des dossiers d'investissement, et afin de soutenir leur mise en œuvre et leur suivi efficaces, il est nécessaire de garantir que les investissements du GFF soient répercutés à tous les niveaux des systèmes de santé.

Pour maximiser l'impact des dossiers d'investissement en SRMNEA+N, il est important de garantir que les plans et budgets nationaux et infranationaux s'alignent sur les priorités des dossiers d'investissement et, plus particulièrement, que les priorités, les investissements et les indicateurs clés convenus au niveau national sont traduits dans les plans de mise en œuvre chiffrés et les budgets annuels au niveau sous-national. Cela renforcera également les systèmes de S&E et contribuera au suivi efficace des progrès vers les résultats attendus des dossiers d'investissement, ainsi qu'à informer et déclencher le décaissement des fonds en fonction des réalisations de certains DLI.



Exploiter le potentiel de réformes politiques

Il est nécessaire de soutenir davantage l'élaboration de politiques au niveau national, afin que les cadres juridiques nationaux s'alignent étroitement sur l'évolution des besoins et des meilleures pratiques en matière de SDR. Le GFF a déjà soutenu des réformes juridiques clés dans des pays tels que le Niger et le Mozambique ; cependant, il est nécessaire de plaider davantage en faveur de la suppression des obstacles juridiques et institutionnels afin de garantir l'accès de tous à un large éventail de services de santé reproductive.

Les références

Introduction

GFF (2020) Feuille de route pour faire progresser l'égalité des genres.

GFF (2022) Document d'approche SDSR du Mécanisme de financement mondial. Quatorzième réunion du Groupe des investisseurs, 7 et 8 juin 2022.

BIRD/Banque mondiale (2020) Protéger, promouvoir et accélérer les progrès en matière de santé pour les femmes, les enfants et les adolescents : Stratégie du Mécanisme de financement mondial 2021-2025. Washington, DC : BIRD/Banque mondiale.

Banque mondiale/GFF (2021) Plan d'accélération de la santé et des droits sexuels et reproductifs. Juillet 2021.

Mozambique

Bomfim E., Mupueleque MA, Dos Santos DMM et al. (2020) Évaluation de la qualité des soins de santé primaires : Service adapté aux adolescents et aux jeunes, une étude de cas mozambicaine. *The Pan African Medical Journal* 37 : 1. Disponible ici. _____

Chandra-Mouli V., Plesons M., Sullivan E. et al. (2018) 38,8 millions d'utilisateurs supplémentaires de contraceptifs modernes : il s'agit en fait de « une opportunité sans précédent de renforcer les investissements et l'action en faveur de la contraception des adolescentes ». *La santé reproductive* 15h17. Disponible ici. _____

Chou VB, Bubb-Humfries O., Sanders R. et al. (2018) Repousser les limites grâce au Mécanisme de financement mondial : impact potentiel de la mobilisation d'un soutien supplémentaire pour intensifier les interventions vitales pour les femmes, les enfants et les adolescents dans 50 pays fortement touchés. *BMJ Santé mondiale* 3(5). Disponible ici. _____

Claeson M. (2017) Le Mécanisme de financement mondial – vers un nouveau mode de financement du développement. *Le Lancet* 389(10079) : 1588-1592.

Cordaid, N'weti et Wemos (2023) Ensemble pour des systèmes de santé plus forts : une analyse comparative de la coordination et de l'alignement du Fonds mondial, de Gavi et du GFF en République démocratique du Congo, au Mozambique et au Rwanda. Note d'orientation, juin 2023.

Cortez E., Orre A., Fael B. et al. (2021) Coûts et conséquences du scandale de la dette cachée du Mozambique. Maputo et Bergen : CIP et CMI.

FP2020 (2017) Engagement en matière de planification familiale 2020 : Gouvernement du Mozambique. Londres : FP2020.

Gebregziabher FH et Sala AP (2022) Les « dettes cachées » du Mozambique : transformer une crise en opportunité de réforme. Blogs de la Banque mondiale. Disponible ici. _____

George AS, Jacobs T., Kinney MV et al. (2021) Les engagements rhétoriques envers les adolescents sont-ils reflétés dans les documents de planification ? Une analyse exploratoire du contenu de la santé sexuelle et reproductive des adolescents dans les plans nationaux du Mécanisme de financement mondial. *Santé reproductive* 18 (Suppl 1) : 124. Disponible ici. _____

GFF (2020) Mise à jour du portefeuille GFF : avril 2020.

GFF (2022) Document d'approche SDSR du Mécanisme de financement mondial. Quatorzième réunion du Groupe des investisseurs, 7 et 8 juin 2022.

GFF (2023) Mozambique. Profil du pays. Disponible ici. _____

GFF/Banque mondiale (2017) Stratégie d'engagement de la société civile. Disponible ici. _____

BIRD/Banque mondiale (2020) Protéger, promouvoir et accélérer les progrès en matière de santé pour les femmes, les enfants et les adolescents : Stratégie du Mécanisme de financement mondial 2021-2025. Washington, DC : BIRD/Banque mondiale.

INE (Instituto Nacional de Estatística) (2023) Moçambique Inquéritos Demográfico e de Saúde 2022-2023. Relatório de Indicadores-Chave. Maputo et Rockville, MD : INE et ICF.

IPPF (2015) Le financement démystifié. Londres : IPPF. Disponible ici. _____

IPPF (2018) Faire le point : Recommandations de l'IPPF sur le Mécanisme de financement mondial (GFF). Disponible ici. _____

Jaén-Sánchez N., González-Azpeitia G., Saavedra-Santana P., et al. (2020) Maternité adolescente au Mozambique.

Conséquences pour les femmes enceintes et les nouveau-nés. *PLoS One* 15(6) : e0233985. Disponible ici. _____

MISAU (2011) Plano Estratégico do Sector da Saúde PESS 2014-2019. Direcção de Planificação e Cooperação. Disponible ici. _____

MISAU (2017a) Mécanisme de financement mondial en faveur de toutes les femmes et de tous les enfants : proposition de dossier d'investissement – Version IV.

MISAU (2017b) Le processus de préparation du cas d'investissement. Dans : Mécanisme de financement mondial en faveur de toutes les femmes et de tous les enfants : Proposition de dossier d'investissement – Version IV. Annexe 1.

- MISAU (2018) Stratégie d'inclusion de génération dans le secteur saoudien 2018-2023. Unité du Genre.
- MISAU (2020) Estratégia De Planeamento Familiar e Contraceção 2011-2015 (2020). Maputo : Direção da Saúde Pública.
- MISAU et INE (Instituto Nacional de Estatística) (2013) Moçambique Inquérito Demográfico e de Saúde 2011. Calverton, Maryland, États-Unis : MISAU, INE et ICFI.
- MSF (Médecins Sans Frontières) (2017) Taxer les malades : comment les frais d'utilisation bloquent la couverture maladie universelle. Bruxelles : MSF.
- Mutunga A. et Sundaram P. (2015) Comment le mécanisme de financement mondial contribuera-t-il à la santé et aux droits sexuels et reproductifs ? Projet Bretton Woods, 31 mars 2015.
- N'weti (2019) Mécanisme de financement mondial (GFF) : un modèle alternatif de financement du secteur de la santé ? Note d'orientation 08. Maputo : N'weti.
- N'weti (2023) Financement du secteur de la santé au Mozambique : analyse des questions institutionnelles, financières et politico-économiques. Note de politique 02. Maputo : N'weti.
- OCS (Observatório Cidadão para Saúde) (2023) Analyse des le Bilan du Plan Economique et Social pour évaluer la performance dans l'exécution des activités de santé sexuelle et reproductive des adolescents dans les priorités budgétisées dans le dossier d'investissement approuvé au Mozambique (2010-2022).
- Piatti-Fünfkirchen M., Hadley S. et Mathivet B. (2021). Alignement du financement basé sur la performance dans le domaine de la santé avec le budget gouvernemental : une approche fondée sur des principes. Banque mondiale : Document de discussion sur la santé, la nutrition et la population (HNP). Washington, DC : Groupe de la Banque mondiale.
- Ravindran TKS et Govender V. (2020) Sexual and services de santé reproductive dans la couverture sanitaire universelle : un examen des données probantes récentes provenant des pays à revenu faible et intermédiaire des pays. Questions de santé sexuelle et reproductive 28(2) : 1779632. Disponible [ici](#).
- Seidelmann L., Koutsoumpa M., Federspiel F. et Philips M. (2020) Le Mécanisme de financement mondial à cinq ans : l'heure du changement ? Questions de santé sexuelle et reproductive 28(2) : 1795446. Disponible [ici](#).
- Steurs L. (2019) Aide européenne et renforcement des systèmes de santé : une analyse des approches des donateurs en RDC, L'Éthiopie, l'Ouganda, le Mozambique et le fonds mondial. Action de santé mondiale 12 : 1614371.
- Track20 (2021) Évaluation des dépenses en planification familiale – Mozambique. Disponible [ici](#).
- Track20 (2023) Tendances projetées en matière de mCPR. Disponible [ici](#).
- ONU Femmes (2023) Mozambique. Disponible [ici](#).
- USAID (2021) Analyse du paysage de la planification familiale au Mozambique. Disponible [ici](#).
- Vilcu I., Lourenço S., Cueteia E., et al. (2022) Réformes de décentralisation au Mozambique : comment cela a façonné les arrangements de financement de la santé et les pratiques de gestion des finances publiques dans le secteur de la santé. Étude de cas. Maputo : Pensez bien.
- Banque mondiale (2017) Document d'évaluation du programme sur une proposition de subvention de l'Association internationale de développement de 57,00 millions de DTS (équivalent à 80,00 millions de dollars américains) et une proposition de subvention du Mécanisme de financement mondial (25,00 millions de dollars américains) à la République du Mozambique pour un Mozambique Programme de renforcement des soins de santé primaires. Rapport n° : 120958-MZ. La Banque mondiale. Disponible [ici](#).
- Banque mondiale (2023) Taux de mortalité maternelle (estimation modélisée, pour 100 000 naissances vivantes) – Mozambique. Disponible [ici](#).
- Banque mondiale/GFF (2021) Plan d'accélération des droits en matière de santé sexuelle et reproductive. Juillet 2021.
- Banque mondiale/IDA (2019) Document de programme sur une proposition de subvention supplémentaire à la République du Mozambique pour le renforcement des soins de santé primaires au Mozambique, un financement supplémentaire.

Niger

- Bell SO, Oumarou S., Larson EA, Alzouma S., Moreau C. (2023) Incidence et sécurité de l'avortement au Niger en 2021 : Résultats d'une enquête transversale représentative au niveau national auprès de femmes en âge de procréer utilisant des approches de mesure directes et indirectes. PLOS Glob Santé publique 3(10) : e0002353. Disponible [ici](#).
- Calimoutou E. (2022) Comment les nouvelles lois protègent les femmes et les filles et changent les mentalités au Niger. Blogs de la Banque mondiale. Disponible [ici](#).

Les références

GFF (2022) Faire progresser la santé des femmes, des enfants et des adolescents au milieu de crises superposées. Rapport annuel du Partenariat GFF 2021-2022.

Disponible [ici](#).

INS (2012) Recensement Général de la Population et de l'Habitat 2012. Disponible [ici](#).

INS (2016) Etude Nationale d'Évaluation d'Indicateurs Socio Économiques et Démographiques (ENISED) 2015.

Disponible [ici](#).

INS (2022) Enquête Nationale sur la fécondité et la mortalité des enfants de moins de cinq ans (ENAFEME) 2021.

Disponible [ici](#).

MSP/P/AS (Ministère de la Santé Publique, de la Population et des Affaires Sociales) (2020) Arrêté N°000754/MSP/SG du 18 août 2020 portant création, missions, composition et fonctionnement d'un Comité Technique chargé de superviser l'élaboration et la mise en œuvre du Dossier d'Investissement pour la Santé Reproductive, Maternelle, Néonatale, Infantile, Adolescent et Nutrition (SRMNIA/Nut).

MSP/P/AS (2022a) Plan de Développement Sanitaire et Social (PDSS) 2022-2026. Disponible [ici](#).

MSP/P/AS (2022b) Dossier d'investissement du Niger pour la santé reproductive, maternelle, néonatale, infantile, adolescent et la nutrition (SRMNIA-Nut) 2022-2026.

Disponible [ici](#).

MSP/P/AS (2023) Plan stratégique intégré santé reproductive, maternelle, néonatale, infantile, adolescente et jeune / Nutrition (SRMNIAJ-Nut) 2022-2026.

MSP/P/AS (2023) Comptes de la Santé 2021.

PNUD (2022) Rapport sur l'indice de développement humain 2021/2022. Disponible [ici](#).

HCR (2022) Niger Operation Update août 2022.

Disponible [ici](#).

Banque mondiale (2021a) Le Niger entend améliorer l'accès des femmes et des filles aux services de nutrition et de santé. Disponible [ici](#).

Banque mondiale (2021b) Niger, Projet d'amélioration de l'accès des femmes et des filles à des services de santé et de nutrition améliorés dans les domaines prioritaires – LAFIA-IYALI (Phase 1).

Le titre de la section va ici

À propos du Compte à rebours 2030 Europe

Consortium

Countdown 2030 Europe est le consortium d'experts de référence en matière de santé et de droits sexuels et reproductifs (SDSR) en Europe, qui cherche à augmenter le financement européen en matière de SDSR dans la coopération internationale et à renforcer le soutien politique en faveur de la liberté sexuelle et reproductive dans le monde entier. Le Consortium est composé de 15 organisations non gouvernementales européennes de premier plan et est coordonné par le réseau européen IPPF.



Auteur : Options Consultancy Services Limited

Révision : Raffaella Dattler et Chiara Cosentino, Fédération internationale pour le planning familial.

Photo de couverture : IPPF/Isabel Corthier/Mozambique

Mise en page : Sue MacDonald – smddesign.co.uk

Les opinions exprimées dans ce rapport ne représentent pas nécessairement celles des membres individuels du consortium Countdown 2030 Europe.

Publié en février 2024.



www.countdown2030europe.org

eninfo@ippf.org



Rejoindre la conversation

@C2030Europe