



LE FONDS THEMATIQUE POUR LA SANTE MATERNELLE

Maintenir l'élan

Rapport Annuel 2017
et Revue de la Phase II - 2014-2017





RÉALISER UN MONDE OÙ CHAQUE GROSSESSE EST DÉSIRÉE, CHAQUE ACCOUCHEMENT EST SANS DANGER, ET LE POTENTIEL DE CHAQUE JEUNE EST ACCOMPLI

Photo de couverture

© Bruno FEDER, UNFPA Sud-Soudan, mai 2017.

Gagnant du concours photo 2018 pour la couverture du rapport MHTF.

Soumise par: Arlene Alano, bureau de pays du Sud-Soudan

En déployant des sages-femmes et des professionnels de la santé où ils sont le plus nécessaires, UNFPA s'assure que les femmes continueront à avoir accès à des accouchements sûrs et à des services de soins aux nouveaux-nés pour aider à réduire le très élevé de mortalité maternelle au Sud-Soudan.

TABLE DES MATIÈRES

ii	REMERCIEMENTS	
iii	SIGLES et ABBREVIATIONS	
v	PREFACE	
vi	RESUME EXECUTIF	
1ÈRE PARTIE	VUE D'ENSEMBLE DU PROGRAMME MHTF	1
2ÈME PARTIE	CATALYSER LE CHANGEMENT	4
2.1	Phase II du MHTF - la théorie du changement	4
2.2	Le MHTF contribue au renforcement des systèmes de santé	6
2.3	Rôle catalytique du MHTF	8
2.4	Innovations	9
3ÈME PARTIE	RÉSULTATS CLÉS 2014 À 2017 - OPTIMISATION DE L'ÉQUITÉ, DE LA QUALITÉ ET DE LA RESPONSABILISATION	11
3.1	Les objectifs du plan d'affaires de la phase II ont-ils été atteints?	11
3.1.1	Pratique de sage-femme	13
3.1.2	SONU	14
3.1.3	Fistule obstétricale	15
3.1.4	SDMR	16
3.1.5	Programme Jeunes Mères	18
3.2	Égalité dans l'accès	19
3.2.1	SONU	19
3.2.2	Fistule obstétricale	20
3.3	Qualité des soins	22
3.3.1	Sages-femmes	22
3.3.2	SONU	23
3.3.3	SDMR	23
3.3.4	Fistule obstétricale	24
3.4	Responsabilisation	24
3.4.1	Gouvernance et coordination	24
3.4.2	Suivi de la mise en œuvre - renforcement des systèmes de collecte et d'analyse	24
3.4.3	Autonomisation et plaidoyer	25
3.4.4	Réponse humanitaire	25
4ÈME PARTIE	RESSOURCES ET GESTION FINANCIERE	27
4.1	Contexte	27
4.2	Les Fonds thématiques pour la santé maternelle et pour les fistules obstétricales	27
5ÈME PARTIE	CONCLUSION ET PERSPECTIVES	31
5.1	Conclusion de la Phase II	31
5.2	Perspectives pour la phase III	31
ANNEXES		35
1:	Interventions stratégiques: Indicateurs de résultats	36
2:	Tableau des Indicateurs de Résultats pour 2014-2017	38
3:	Méthode de calcul du nombre de décès maternels évités par le MHTF	46
4A:	Ressources et Gestion-Allocations approuvées, Dépenses, et taux d'exécution financière pour les Fonds Thématiques Fistule et Santé Maternelle combinés, 2016-2017 (incluant les coûts indirects), en US\$	47
4B:	Affectation du budget du pays MHTF en 2016 et 2017 montrant les changements (en US \$)	49
5:	Partenaires de la Campagne pour en finir avec la Fistule Obstétricale	51

REMERCIEMENTS

Le présent rapport annuel 2017 du Fonds Thématique pour la Santé Maternelle (MHTF) de l'UNFPA est combiné à un examen de la phase II du MHTF, qui couvrait les années 2014 à 2017. Il reflète de nombreuses contributions des pays, des bureaux régionaux, des collègues du siège, des partenaires et des parties prenantes à tous les niveaux. Tous se sont focalisés et engagés pour assurer une amélioration continue de la santé et du bien-être des femmes et des filles dans le monde, notamment en ce qui concerne leur vie reproductive et leurs droits.

L'UNFPA remercie l'engagement et le soutien de tout le personnel des bureaux de pays pour prioriser la santé maternelle et néonatale dans le cadre d'une orientation plus large sur la santé et les droits sexuels et génésiques. L'UNFPA remercie également les gouvernements, les fonctionnaires, les partenaires de la société civile et les prestataires de soins de santé dans les 39 pays et six bureaux régionaux qui ont été les bénéficiaires et les acteurs de ce programme.

L'UNFPA voudrait également remercier les soutiens internationaux du MHTF, en premier lieu les donateurs bilatéraux au cours de la phase II, l'Autriche, l'Allemagne, le Luxembourg, la Pologne, l'Espagne et la Suède.

Comme toujours, nos sincères remerciements vont à nos collègues des Nations Unies dans le monde entier, y compris le programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA), le Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF), ONU femmes, le groupe de la Banque mondiale et l'Organisation mondiale de la santé (OMS). Leur collaboration et leur coordination en matière de santé sexuelle, reproductive, maternelle, néonatale, infantile et adolescente ont été essentielles. Ensemble, nous continuons à démontrer notre leadership, notre engagement et notre solide partenariat par le biais de plates-formes telles que le programme commun H6.

Une note spéciale de remerciements va à d'autres donateurs individuels, fonds fiduciaires de l'ONU et fondations.

Nous reconnaissons les contributions critiques de nos partenaires de la société civile aux niveaux mondial, régional et national, en soutenant la réalisation plus large de l'accès universel aux droits et à la santé sexuelle et reproductive (DSSR). Il s'agit notamment de la Confédération internationale des sages-femmes (ICM), de la Fédération internationale de gynécologie et d'obstétrique (FIGO), du programme de survie de la mère et de l'enfant de l'Agence des États-Unis pour le développement international (USAID), de la Société internationale des chirurgiens de fistules obstétricales (ISOFS), de Opération fistule, du programme de prévention de la mort maternelle et de l'invalidité de l'Université Columbia (AMDD), de l'Université Johns Hopkins et son programme d'éducation internationale en gynécologie et obstétrique (JHPIEGO), de Women Deliver, et de tous les partenaires nationaux et régionaux énumérés à l'annexe 4 pour la campagne pour mettre fin à la fistule. Nous apprécions leurs rôles importants en tant que champions et experts techniques à l'appui des DSSR.

Notre partenariat enrichissant avec le secteur privé et la société civile a également besoin d'une mention spéciale. Nous remercions les amis de l'UNFPA, GE Health, Johnson & Johnson, Laerdal Global Health, la Fondation des Nations Unies pour le Credit (UNFCU), le Woodrow Wilson Center et Zonta International.

Ensemble, nous nous efforçons de veiller à ce que les femmes et les filles non seulement survivent, mais prospèrent et transforment leur vie et leur société dans son ensemble.

SIGLES ET ABRÉVIATIONS

AGNU	Assemblée Générale des Nations Unies
BP	Bureau de pays (UNFPA)
BR	Bureau Régional (de UNFPA)
CEF	Campagne pour l'élimination de la Fistule obstétricale
CIPD	Conférence Internationale sur la Population et le Développement
DFID	Département de Financement du Développement International (Royaume Uni)
ERA	Education-Régulation-Association, 3 piliers du renforcement de la pratique de sage-femme
FIGO	Fédération Internationale de Gynécologie et Obstétrique
H6 (précédemment H4+)	UNAIDS, UNFPA, UNICEF, ONU-Femmes, Banque Mondiale, OMS
ICM	Confédération Internationale des Sages-femmes
ISOFS	Société Internationale des Chirurgiens de la Fistule Obstétricale
Jhpiego	Programme de l'Université Johns Hopkins pour l'Education Internationale en Gynécologie et Obstétrique
MHTF	Fonds Thématique pour la Santé Maternelle
MS	Ministère de la Santé
ODD	Objectifs de Développement Durable
OMD	Objectifs du Millénaire pour le Développement
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation Non-Gouvernementale
ONU-Femmes	Entité des Nations Unies pour l'Egalité de Genre et la Promotion de la Femme
RHS	Ressources Humaines pour la Santé
RMM	Ratio de Mortalité Maternelle
SMN	Santé de la Mère et du Nouveau-né
SRSMNEA	Santé Reproductive et Sexuelle, Maternelle et du Nouveau-né, de l'Enfant et de l'Adolescent
SDMR	Surveillance des décès maternels et riposte
SDSR	Santé et Droits sexuels et reproductifs
SGONU	Secrétaire Général de l'ONU
SIG	Système d'Information géographique
SONU	Soins obstétricaux et néonataux d'urgence
SONUB	Soins obstétricaux et néonataux d'urgence de base
SONUC	Soins obstétricaux et néonataux d'urgence complets
SSR	Santé sexuelle et reproductive
UNAIDS	Programme Conjoint des Nations Unies sur le Vih/Sida
UNFCU	UN Federal Credit Union
UNFPA	Fonds des Nations Unies pour la Population (acronyme officiel pour FNUAP)
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (acronyme officiel)
USAID	Agence des Etats-Unis d'Amérique pour le Développement International



© UN photo/Tobin Jones, 2017.

PREFACE

Dr. Natalia Kanem, Directrice Exécutive, UNFPA



Chaque femme a droit à une grossesse et à un accouchement en bonne santé et chaque nouveau-né mérite une entrée sûre et en bonne santé dans ce monde. C'est un droit humain fondamental. Le Fonds thématique pour la santé maternelle (FTMH) est le programme phare de l'UNFPA chargé de faire respecter ce droit des femmes et des nouveau-nés dans certaines des communautés les plus pauvres du monde.

Au cours des neuf dernières années, le programme a élargi l'accès équitable à une santé maternelle et néonatale de qualité dans 39 pays où le fardeau de décès et d'invalidité est le plus lourd. Pour ce faire, le programme a aidé les gouvernements à renforcer leurs capacités et leurs compétences dans les domaines de la pratique de sage-femme, des soins obstétricaux et néonataux d'urgence, de la surveillance des décès maternels et périnataux ainsi que la réponse, et de la prévention et du traitement chirurgical de la fistule obstétricale. Il a également mis en place des programmes ciblés visant les jeunes mères enceintes pour la première fois afin de créer et de renforcer les comportements de recherche de soins chez ces jeunes femmes et d'améliorer leur accès aux services de santé sexuelle et procréative. Globalement, les activités soutenues par le Fonds thématique pour la santé maternelle ont contribué à éviter environ 119 127 décès maternels depuis 2008.

Ce rapport souligne les résultats importants obtenus par le programme pour les femmes, les filles et les nouveau-nés dans les pays qu'il soutient. Il illustre également l'engagement de l'UNFPA à mettre fin aux décès évitables chez les mères et d'aider à réaliser l'Objectif de développement durable 3 et la couverture sanitaire universelle, afin que chaque femme, fille et nouveau-né puisse obtenir les services de santé nécessaires.

J'ai constaté de visu comment les investissements dans le programme sont utilisés dans des circonstances difficiles et en pleine évolution. Les soins vitaux axés sur les femmes que les sages-femmes, formées avec le soutien du FTMH, fournissent aux femmes et aux filles rohinga dans les camps de réfugiés du Bangladesh ne sont qu'un exemple de l'impact significatif du programme sur les communautés les plus défavorisées dans certains des contextes les plus difficiles.

À ce jour, 85 000 sages-femmes ont été formées et fournissent désormais des services inestimables de promotion de la santé et de soins de santé de qualité pour les mères et les nouveau-nés dans les pays les plus démunis. Au cours de sa deuxième phase (2014-2017), le programme du MHTF a également introduit de nouvelles interventions et des innovations visant à améliorer l'accès à des soins de qualité et la responsabilité dans des domaines clés, qui sont décrites dans le présent rapport.

Malgré des résultats impressionnants, d'énormes défis restent à relever. S'assurer que ni la femme ni le nouveau-né ne décèdent de causes évitables pendant la grossesse ou l'accouchement nécessite des investissements, des partenariats et des efforts accrus et renforcés. À l'UNFPA, nous demeurons déterminés à accélérer les efforts mondiaux visant à réduire le nombre de décès évitables chez les mères et les nouveau-nés et à veiller à ce que même les populations marginalisées, défavorisées et sous-desservies aient accès à des services de santé de qualité pour les mères et les nouveau-nés.

Je saisis cette occasion pour remercier tous nos partenaires, y compris les organisations de la société civile, les acteurs multilatéraux, les institutions universitaires, les partenaires de développement et les donateurs qui ont joué un rôle essentiel dans l'atteinte de ces résultats. Ensemble, nous pouvons faire la différence et faire en sorte que chaque femme, chaque nouveau-né, reçoive les soins qu'il mérite.



RESUME EXECUTIF

Le Fonds thématique pour la santé Maternelle (MHTF) a été créé en 2008 pour renforcer la contribution de l'UNFPA à la réalisation du cinquième OMD sur l'amélioration de la santé maternelle. Entre 2008 et 2017, il a contribué à éviter 119 127 décès maternels.

La phase I couvrait 40 pays ayant une mortalité maternelle élevée et de faibles ressources, jusqu'à 2013. Il y avait trois programmes principaux dans cette phase: l'initiative SONU en collaboration avec le programme de l'Université de Columbia «prévenir la mort et le handicap maternels», le programme de sages-femmes en collaboration avec l'ICM, et la campagne pour mettre fin à la fistule impliquant plusieurs partenaires. La phase II a débuté en 2013 avec deux nouveaux domaines de travail, la surveillance des décès maternels et la riposte (SDMR) et le programme des jeunes mères.

Ce rapport contient un examen de la dernière année de la phase II, 2017, et un aperçu de l'ensemble de la phase II. Il conclut avec les leçons apprises et un regard sur la phase III à partir de 2018. Les plans d'affaires fournissent des détails sur les six résultats et les indicateurs pour mesurer les progrès. Les six «éléments constitutifs» du renforcement du système de santé ont été abordés au cours de la phase II, qui a également été fondée sur les trois principes d'équité en matière d'accès aux soins, de qualité des soins et de responsabilisation.

La phase II a mis en évidence l'effet multiplicateur catalytique du MHTF. Il y a eu des situations où les politiques de santé maternelle ont été influencées par le MHTF, par exemple lorsque le Secrétaire Général des Nations Unies a adopté à l'Assemblée Générale une résolution audacieuse pour mettre fin à la fistule au sein d'une génération, ou lorsque la pratique de sage-femme a été intégrée dans la stratégie globale du Secrétaire Général des Nations Unies pour la santé des femmes, des enfants et des adolescents.

Le MHTF a mobilisé les ressources nécessaires pour développer les aires de travail notamment la pratique de sage-femme. Par exemple, plus de 85M \$ US ont été mobilisés au Sud-Soudan de la part du Canada et de la Suède pour mettre à l'échelle nationale les services fournis par les sages-femmes. Le deuxième Rapport sur l'Etat de la Pratique de sage-femme dans le monde, en 2014, a contribué à promouvoir le plaidoyer fondé sur l'évidence, ce qui a entraîné une intensification rapide des engagements nationaux.

L'activité focale de la Phase II en matière de sages-femmes a été l'amélioration des compétences et l'alignement des curricula avec ceux de l'ICM. Presque tous les pays (90%) ont mis en œuvre les normes d'éducation ICM et 77% ont intégré des questions de santé et droits reproductifs plus larges dans leurs curricula; Plus de 15 300 sages-femmes ont été soutenues par le MHTF en 2017.

La phase II a aidé les pays à développer leur réseau national de centres SONU, en mettant l'accent sur la conception d'un réseau national de centres SONU utilisant des critères de priorisation et un système d'information géographique pour maximiser la couverture de la population. Il a également renforcé l'intégration d'autres composantes de la santé sexuelle et reproductive dans les établissements SONU.

¹ Leadership et Gouvernance; Financement de la Santé; Ressources humaines; Produits et technologies; Information et Recherche; Prestation de services (incluant les systèmes communautaires)

Pendant la Phase II, à travers la Campagne pour en finir avec la Fistule, le MHTF a soutenu 57 000 opérations chirurgicales, permettant aux femmes et aux filles de restaurer leur santé mais aussi leurs espoirs et leur dignité. En 2017, 81 pour cent des 37 pays soutenus avaient établi une “task-force” nationale dirigée par le gouvernement pour les activités liées à la fistule obstétricale. Le MHTF a renforcé la prévention, l’identification, le traitement, la réintégration sociale, et le plaidoyer relatifs à la fistule obstétricale. Il a mobilisé l’engagement politique et l’appropriation gouvernementale, menant à une augmentation des investissements dans les pays, notamment la mise en œuvre de stratégies nationales d’éradication de la fistule datées, chiffrées, évaluées et intégrées dans les plans nationaux de santé sexuelle, reproductive, maternelle, néonatale et adolescents.

Au cours de la phase II, le MHTF a aidé les pays à mettre en place le cadre SDMR afin d’accroître la responsabilisation pour améliorer la qualité des soins et l’équité, appuyer et favoriser les processus et les plateformes de surveillance et d’examen des décès maternels et périnatals pour l’institutionnalisation de la responsabilisation, le déploiement efficace des ressources et une approche fondée sur les droits pour les soins maternels et néonataux. En 2017, un système national de SDMR pour l’identification, la notification et la revue des décès maternels a été lancé dans 92 pourcent des pays MHTF.

Les filles et les jeunes femmes qui accouchent pour la première fois, en particulier celles de moins de 20 ans, font souvent face à un risque plus élevé de morbidité et de mortalité reproductives. Le MHTF a apporté des améliorations spécifiques à la qualité et à la demande de services de santé maternelle pour les jeunes mères. En 2017, 18 pays (46% des pays MHTF) ont priorisé les jeunes mères dans leurs plans nationaux de santé et 19 ont mis au point de nouvelles stratégies de sensibilisation pour un meilleur accès aux soins des jeunes mères.

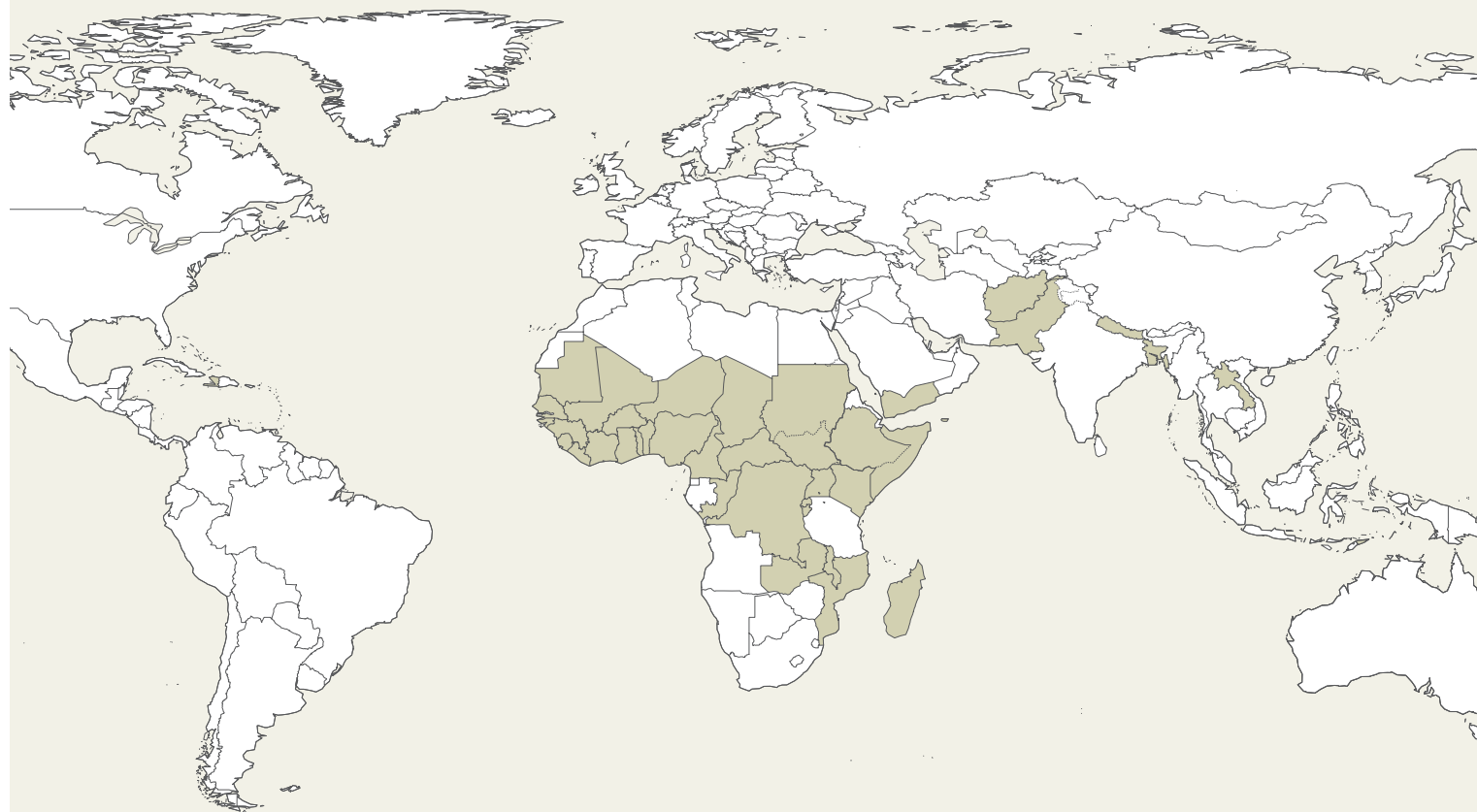
Dans l’ensemble, le MHTF a fait la preuve d’un rapport qualité-prix très favorable, d’une bonne coordination et d’une gestion efficace des ressources, en particulier au niveau des pays, en dépit d’une réduction progressive des allocations. Là encore, l’effet catalytique a joué son rôle et plusieurs pays ont mobilisé des ressources nationales ou internationales.

Il est temps que le MHTF continue à s’appuyer sur les expériences passées, à galvaniser les capacités des partenaires concernés et à remobiliser les acteurs clés pour faire de la “mortalité maternelle évitable” et de “l’élimination des fistules dans une génération” des réalités tangibles. Les femmes, les enfants et les adolescents les plus vulnérables doivent encore être atteints par les services de santé dans la perspective de l’atteinte des ODDs.

Dans les prochaines années, l’accent sera mis sur les femmes et les adolescentes, y compris les plus jeunes et les plus vulnérables, comme cibles premières. Une approche centrée sur les femmes signifie axée sur la détection et la lutte contre les violations de leurs droits et l’intégrité dans tous les aspects de leur vie reproductive. Les autres priorités sont de promouvoir et mettre en œuvre l’innovation, promouvoir et mettre en œuvre des stratégies fondées sur l’évidence, sur la recherche et sur les nouvelles technologies, notamment en ce qui concerne la pratique des sages-femmes, les fistules, les SDMR et les SONU.

FIGURE 1 Pays soutenus par le MHTF durant la Phase II

Afghanistan	Kenya	République Démocratique du Congo
Bangladesh	Libéria	République Populaire Démocratique du Laos
Bénin	Madagascar	Rwanda
Burkina Faso	Malawi	Sénégal
Burundi	Mali	Sierra Léone
Cameroun	Mauritanie	Somalie
Congo	Mozambique	Soudan
Côte d'Ivoire	Népal	Sud Soudan
Ethiopie	Niger	Tchad
Ghana	Nigéria	Timor-Oriental
Guinée	Ouganda	Togo
Guinée-Bissau	Pakistan	Yémen
Haïti	République Centrafricaine	Zambie



Les désignations employées et la présentation du matériel sur cette carte n'impliquent pas l'expression de quelque opinion que ce soit de la part de l'UNFPA concernant le statut juridique d'un territoire, d'une ville ou d'une zone de pays ou de ses autorités ou la délimitation de ses frontières ou des limites.

1ÈRE PARTIE VUE D'ENSEMBLE DU PROGRAMME MHTF

Le Fonds Thématique sur la Santé de la Mère (MHTF) est une réponse aux éléments centraux du renforcement du système de santé pour améliorer la Santé Maternelle et du Nouveau-né (SMN) dans les pays ayant le plus lourd fardeau en matière de mortalité et morbidité maternelle et néonatale. Il couvrait 39 pays dans sa phase II de 2014 à 2017 (voir Figure 1). Le Fonds a été créé en 2008 pour renforcer la contribution de l'UNFPA à la réalisation des trois OMD liés à la santé (4, 5 et 6).

En 2015, sur la base des résultats démontrés, le MHTF est devenu l'un des piliers centraux de l'UNFPA en vue de la réalisation des ODDs pour toutes les femmes, dans une vaste «transformation de notre monde: l'Agenda 2030 pour le développement durable», avec son approche focalisée sur les facteurs économiques, sociaux et environnementaux qui impactent la santé et le bien-être des filles et des femmes. Le MHTF est aussi un élément essentiel de l'Initiative du Secrétaire Général des Nations Unies "Chaque Femme, Chaque Enfant"

Contexte: 2000-2008

Guidé par le lancement des OMD, les premières années du millénaire ont été marquées par plusieurs changements novateurs dans les engagements de l'UNFPA, dans le cadre de sa mission globale de la promotion de la santé des femmes et des droits sexuels et génésiques. Ces derniers sont brièvement décrits ci-dessous, car ils ont servi de base à la création du MHTF en 2008.

— **La campagne pour mettre fin aux fistules**, une initiative mondiale, dirigée et coordonnée par l'UNFPA, et ses partenaires en 2003 pour aborder cette question de santé et de droits gravement négligée, a été le résultat de plusieurs initiatives depuis l'année 2000 dans des pays particulièrement touchés par la fistule obstétricale (Éthiopie, Bénin, Nigéria, Mauritanie, Bangladesh).

— **Le programme des sages-femmes**. Les travaux préparatoires ont été initiés au cours des années 2002 à 2007, avec l'appui de l'Agence Suédoise de Développement International dans le cadre du projet pilote de conseillères sages-femmes dans quatre pays (Bangladesh, Bolivie,

Mozambique, Népal). L'objectif était de promouvoir le rôle des sages-femmes (et d'autres personnes ayant des compétences de sage-femme) dans la prestation de services obstétricaux essentiels, afin de réduire la mortalité et la morbidité maternelles et néonatales

— **L'initiative SONU**. Depuis 1999, l'UNFPA a collaboré avec le programme de l'Université Columbia "prévenir la mort et le handicap maternels (AMDD)" pour tester le principe des "trois retards" dans la prévention de la mortalité maternelle due à des complications obstétricales, en se concentrant sur le troisième retard qui se produit au niveau de la prise en charge des complications. Les pays pilotes étaient l'Inde, le Maroc, le Nicaragua et le Mozambique. Le succès de ce programme pilote et les leçons apprises lors de programmes similaires conduisirent au développement des premières lignes directrices en 1997, puis d'un deuxième manuel exhaustif en 2008.

— En 2008, les deux fonds thématiques (pour la santé maternelle et pour les fistules obstétricales), ont été rattachés dans un effort pour intégrer diverses initiatives sur la santé maternelle sous un seul programme. C'est ainsi que les activités sages-femmes, fistule obstétricale, SONU et SDMR devinrent parties d'un unique schéma de résultats pour suivre et évaluer le programme santé maternelle de l'UNFPA.

Phase I, 2008-2013

La Phase I du MHTF visait à intégrer le soutien à 12 pays par an jusqu'à 2013. Les pays étaient sélectionnés selon plusieurs indicateurs de santé, ainsi que leur engagement concret à améliorer la santé maternelle. Trois activités principales ont été adoptées pendant la Phase I: Le programme sages-femmes, l'initiative SONU et le programme fistule obstétricale. Le programme SDMR a été ajouté vers la fin de la Phase I en 2011.

Le programme sages-femmes a permis de lancer des programmes nationaux dans 15 pays en 2010. En 2011-2012, les normes internationales ont été développées par l'ICM introduites dans ces pays pour réguler l'éducation la pratique et la qualité des soins. En 2013, le MHTF a soutenu

la formation de 400 sages-femmes tutrices, l'amélioration de 175 écoles de sages-femmes et la formation de plus de 35 000 sages-femmes dans 53 pays.

L'**initiative SONU** a permis l'évaluation des besoins obstétricaux d'urgence dans 32 pays en 2013. Les résultats ont permis le développement de politiques et stratégies pour améliorer les services.

La **Campagne pour mettre fin aux fistules** a permis le traitement chirurgical chez 47 201 femmes et filles dans 43 pays en 2013.

Enfin le programme SDMR a démarré dans 30 pays mais l'adoption de stratégies de surveillance et riposte pour l'élimination des décès maternels évitables n'a été mise en place que dans 18 pays.

Phase II, 2014-2017

La phase II a spécifiquement pris en compte les Objectifs du Millénaire pour le développement et les objectifs de développement durable pour 2030. Le MHTF a continué à renforcer la capacité nationale à améliorer la santé de la mère et du nouveau-né, avec une forte base de programmation fondée sur l'évaluation de la pratique de sage-femme, les évaluations SONU, la base de données sur les fistules obstétricales. Une nouvelle activité pilote a été ajoutée avec le programme des jeunes mères.

Le **programme sages-femmes** a soutenu la mise en place d'établissements de formation dans 33 pays, montant le nombre total d'établissements soutenus par le MHTF à 200. En 2015, 87% des pays soutenus par le MHTF avaient mis en place les curricula d'éducation alignés sur ceux de l'ICM et le nombre total de sages-femmes formées depuis le début du MHTF atteignait 58 000 (tant dans les pays soutenus par le MHTF que dans d'autres pays à travers une assistance technique). En 2016, ce nombre atteignait 69 000 dans plus de 70 pays, et en 2017, 85 000.

L'**initiative SONU** a aidé trois pays à atteindre en 2017 65% de la cible internationalement reconnue de 5 établissements SONU pour 500 000 habitants. En 2017 six pays avaient mis en place un suivi évaluatif national des services SONU trimestriellement.

MHTF a contribué à la **Campagne pour mettre fin aux fistules** et contribué à la réparation de 57 000 fistules pendant la Phase II (dans les pays MHTF ainsi que dans d'autres pays à travers une assistance technique). De plus,

22 pays ont développé une stratégie nationale pour en finir avec la fistule.

Le **programme SDMR** a été initié dans 36 pays MHTF. En 2017, 19 pays avaient un programme SDMR à l'échelle nationale.

Le programme **Première grossesse de la jeune mère**, initié par l'UNFPA en tant que pilote au Libéria en 2014, a été ajouté comme cinquième activité MHTF pendant la Phase II, et 10 pays ont reçu des fonds pour le piloter, avec l'objectif à long terme d'augmenter l'accès à l'information et aux services SSR chez les jeunes mères au cours de leur première grossesse. Dix-neuf pays en ont fait maintenant une priorité dans leurs plans nationaux.

La phase II du MHTF a été développée dans un contexte d'accroissement de la fragilité mondiale, des conflits, de l'instabilité et des bouleversements. Dans son approche, le MHTF a renforcé la position globale de l'UNFPA sur la programmation dans les situations humanitaires.

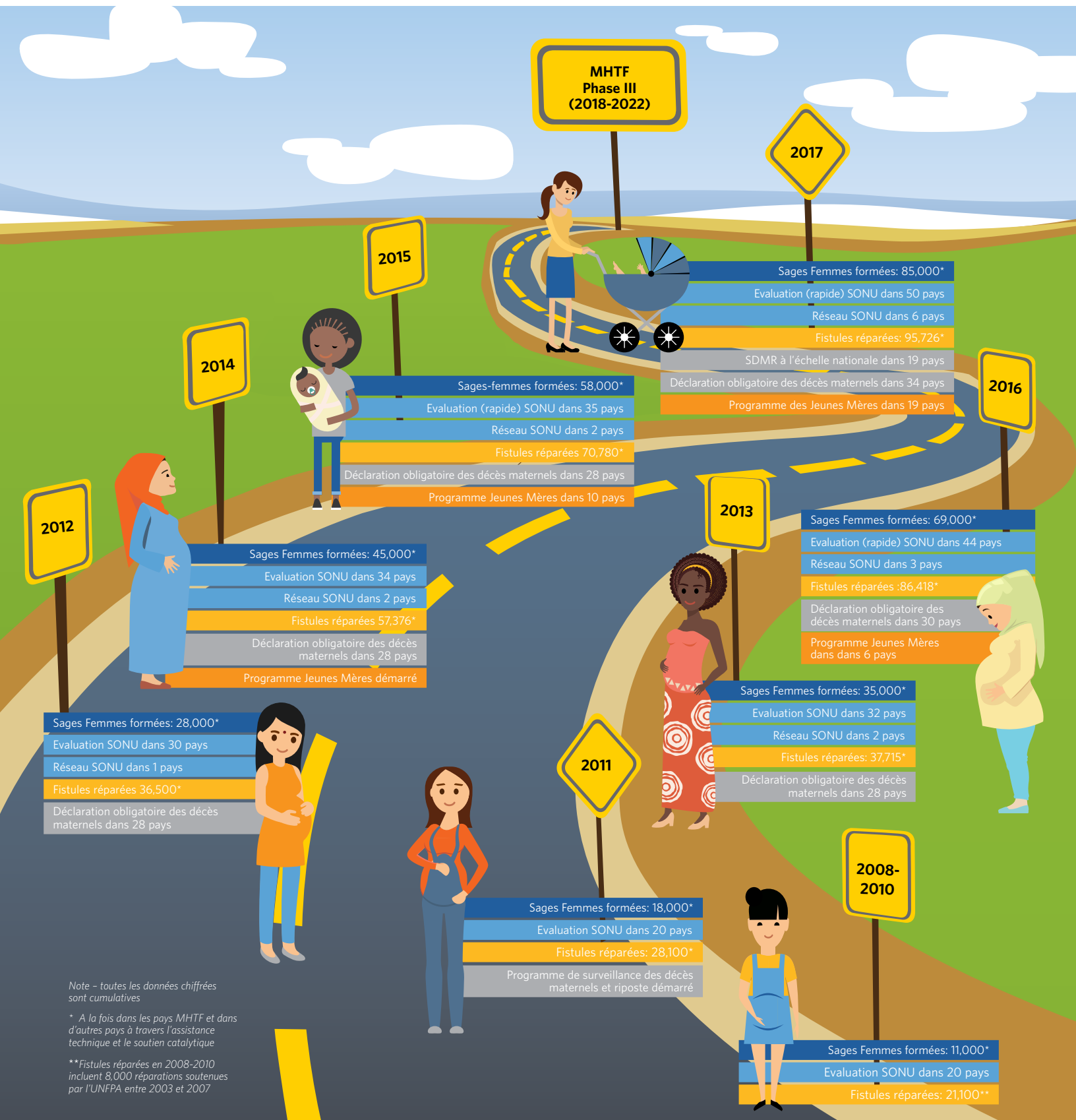
Perspectives: Phase III, 2018-2022

La Phase III sera concentrée sur l'intégration des cinq domaines de travail précédemment décrits avec les droits sexuels et reproductifs, sur les populations-clés telles que les adolescents, et l'intégration avec les autres fonds thématiques de l'UNFPA, comme le programme Supplies, le Budget unifié ONUSIDA, la charpente de résultats et de responsabilisation, et le Programme conjoint UNFPA-UNICEF sur l'élimination des mutilations génitales. La Phase III étendra le champ des morbidités obstétricales telles que le prolapsus utérin, l'accès à l'avortement sécurisé (dans le respect des lois), les soins post-avortement, et la prévention du cancer du col utérin.

Programme unique des Nations Unies, fondé sur une approche novatrice et intégrée axée sur les résultats dans 39 pays à forte morbidité à forte mortalité, le fonds thématique continuera à œuvrer pour donner le pouvoir aux femmes et aux filles de prendre les décisions fondamentales concernant leur propre corps, atteindre les standards les plus hauts de SRS, et exercer leurs droits en matière de reproduction.

La figure 2 résume le parcours et ses jalons.

FIGURE 2 La feuille de route du MHTF 2008-2017 avec ses étapes réalisées dans les cinq domaines d'activité



2^{ÈME} PARTIE

CATALYSER LE CHANGEMENT

2.1 Phase II du MHTF - la théorie du changement

L'objectif du plan stratégique 2014-2017 de l'UNFPA était "d'atteindre un accès universel à la santé sexuelle et génésique, de réaliser les droits génésiques et de réduire la mortalité maternelle afin d'accélérer les progrès accomplis dans le programme de la CIPD, d'améliorer la vie des adolescentes et des jeunes femmes, grâce à la dynamique de la population, aux droits humains et à l'égalité des sexes".

Le résultat 1 (sur quatre) contribue à cet objectif: "la disponibilité et l'utilisation accrues des services intégrés de santé sexuelle et reproductive (y compris la planification familiale, la

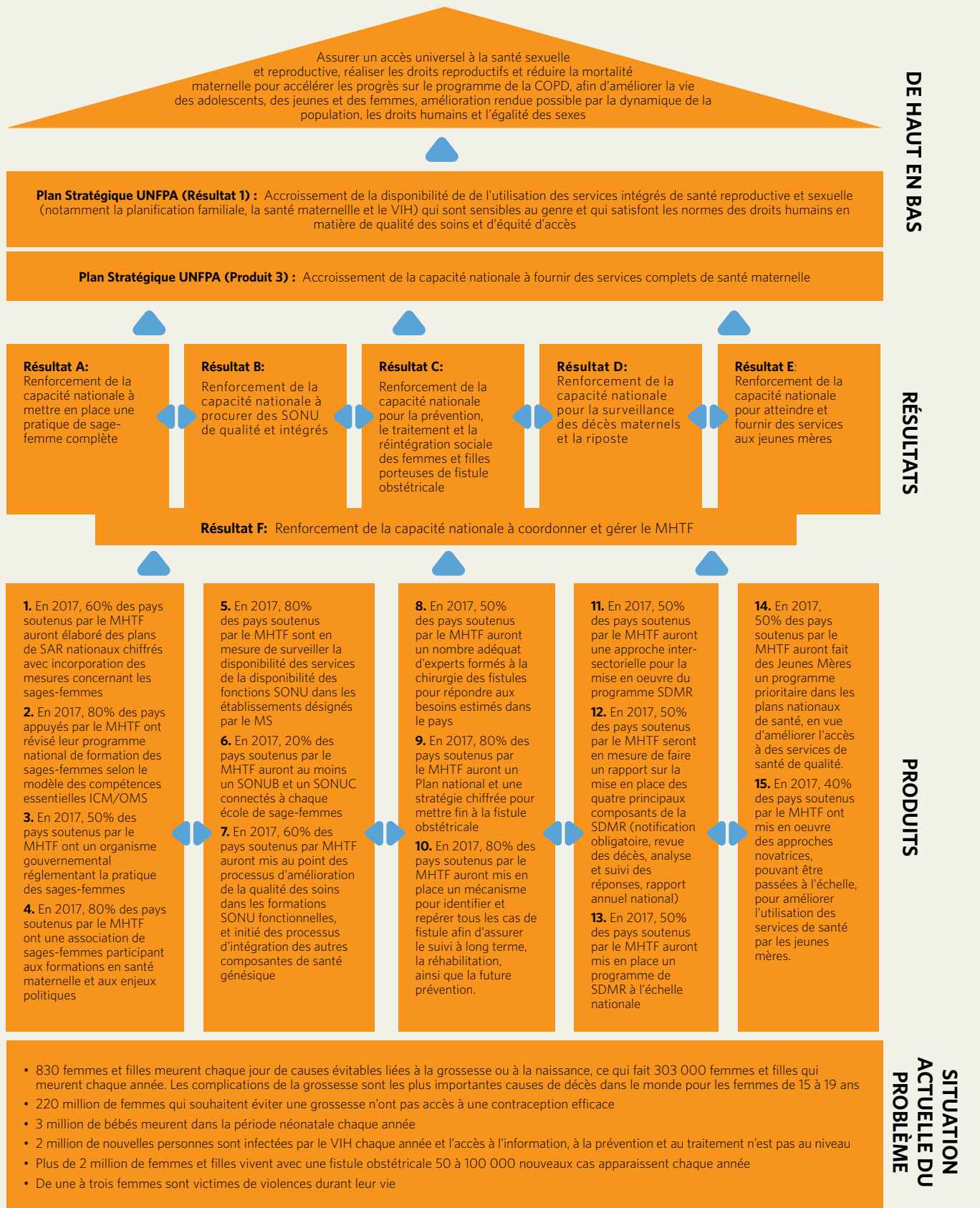
santé maternelle et le VIH) qui répondent aux sexo-spécificités et respectent les normes en matière de droits de la personne pour la qualité des soins et de l'équité dans l'accès".

Les six résultats identifiés dans le plan d'affaires MHTF 2014-2017 sont décrits à la figure 3. Ils sont eux-mêmes mus par 15 produits (outputs) dans les cinq zones d'intervention clés du MHTF. Dans Cadre d'Indicateurs, le MHTF a défini des indicateurs et des interventions stratégiques pour contribuer aux réalisations de ses six résultats.



En attente d'aide pendant les inondations au Népal, des femmes enceintes font la queue pour recevoir des services de santé reproductive dans le camp mobile financé par l'UNFPA. © UNFPA Népal 2017. Photo envoyée par Kristine Blokhuis pour le concours de photos du MHTF 2018.

FIGURE 3 LA THÉORIE DU CHANGEMENT DU MHTF



2.2 Le MHTF contribue au renforcement des systèmes de santé

Le MHTF a apporté des contributions notables dans le renforcement des systèmes de santé en 2017 et tout au long de la Phase II. On a fait valoir que la lutte pour la réduction de la mortalité maternelle est le test décisif des systèmes de santé, car il faut s'attaquer à tous les éléments constitutifs (Figure 4).

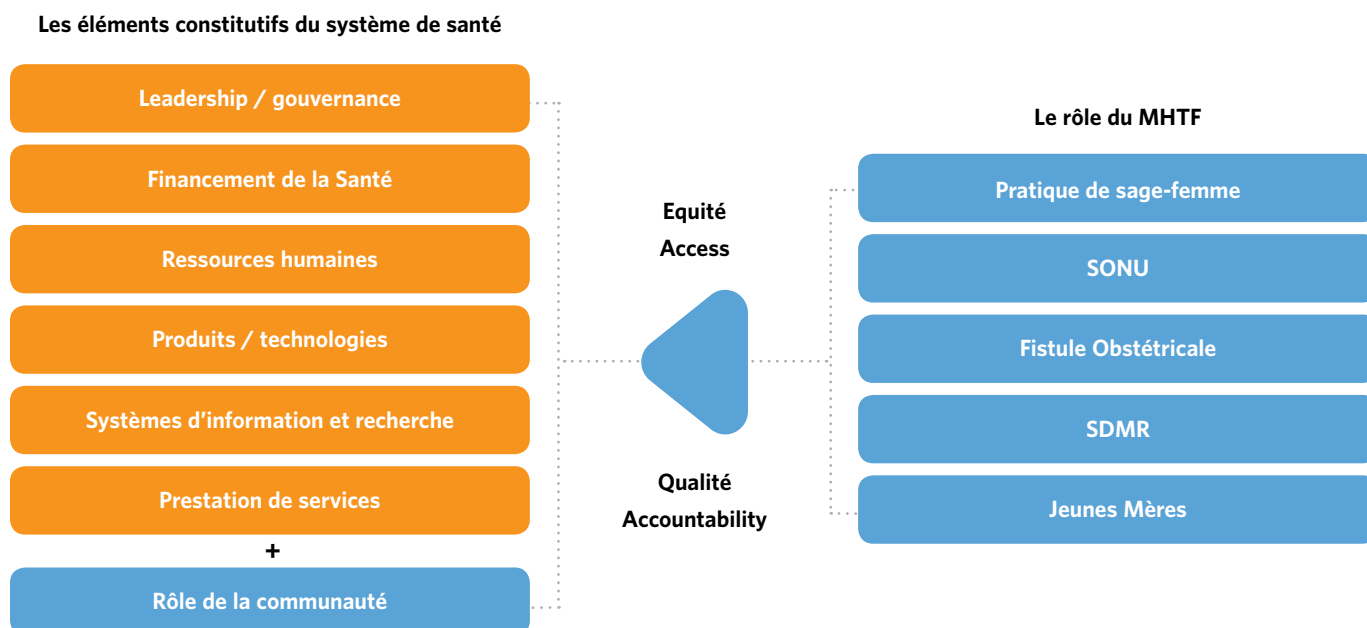
Les sections suivantes mettent en lumière des exemples tangibles de la contribution du MHTF au renforcement des systèmes de santé pendant la Phase II.

La contribution du MHTF a permis aux gouvernements d'ajuster et adapter leurs stratégies et leurs politiques de SSRMNA, de suivre et d'évaluer leurs programmes, et d'atteindre les plus vulnérables et les plus isolés. Par exemple, le MHTF a soutenu le développement de la nouvelle stratégie à cinq ans du Soudan pour la SSRMNA, qui est alignée sur la stratégie globale du SGNU pour la Santé des Femmes, des Enfants et des Adolescents 2016-2030. Au niveau régional, les échanges Sud-Sud entre pays contribuent à soutenir la réplication des bonnes pratiques (voir encadré)

Soutenir les dirigeants de l'avenir: le programme des jeunes sages-femmes leaders dans les Caraïbes:

Avec l'appui du MHTF, le Bureau régional de l'Amérique latine et des Caraïbes de l'UNFPA, en collaboration avec l'Association régionale des sages-femmes des Caraïbes, a organisé le programme d'orientation des jeunes sages-femmes en 2016, qui a été achevé au début de 2018. Il a cherché à aider à établir une culture de leadership au sein des associations membres de l'ICM afin que les sages-femmes compétentes et les services de sages-femmes soient disponibles pour répondre aux besoins de santé sexuelle et reproductive de toutes les filles et de toutes les jeunes de la région. Les participants se sont engagés à concevoir et à mettre en œuvre un projet de leadership qui a amélioré le développement et le renforcement de la profession de sage-femme professionnelle localement ou régionalement.

FIGURE 4 le MHTF et le renforcement des systèmes de santé (source OMS)



Source: WHO http://www.wpro.who.int/health_services/health_systems_framework/en/.

Le MHTF contribue à faire en sorte que les interventions de santé maternelle à impact élevé soient mises en oeuvre de manière efficace, efficiente et équitable, tout en reconnaissant que des ressources supplémentaires substantielles (nationales, internationales, publiques et privées) sont nécessaires pour atteindre pleinement la santé maternelle et la santé sexuelle et reproductive au sens plus large.¹ Des approches novatrices notamment en Ouganda utilisent le financement axé sur le rendement pour faciliter le travail des équipes de santé villageoises afin d'accroître l'identification et la référence des cas de fistule.

La santé maternelle dépend fortement du fait que le personnel compétent est disponible sur demande, 24/7, à différents niveaux du système de santé. Au niveau mondial, le MHTF s'est engagé dans un certain nombre de processus et d'initiatives de sauvegarde des ressources humaines pour

Umiwana Josiane avec son nouveau-né dans le Centre Nganzo au Rwanda.
© Mathias GAKWERERE, Septembre 2017. Photo envoyée par Maureen TWAHIRWA pour le concours de photo MHTF 2018.



la santé de façon plus générale, y compris le Rapport sur *L'état des sages-femmes du monde*² et la Commission de haut niveau sur l'emploi et la croissance économique de la santé des Nations Unies³ Une nouvelle "stratégie mondiale pour les sages-femmes" de l'UNFPA pour 2018-2030 a été rédigée, revue et validée au cours de l'année 2017.

Le MHTF soutient le renforcement des chaînes d'approvisionnement dans des zones spécifiques de santé maternelle pour répondre à des besoins spécifiques. Par exemple, la conception, le développement et l'achat de deux types de kits de réparation de fistules obstétricales qui contiennent tous les éléments nécessaires pour les réparations chirurgicales. Au cours de la phase II, 35 bureaux de pays de l'UNFPA ont commandé 1 236 Kit de fistules-1s et 1 477 de fistules-2s. Le MHTF collabore étroitement avec UNFPA Supplies pour la fourniture de ces kits.

L'un des objectifs du MHTF est de renforcer la base de données et les preuves scientifiques et d'utiliser ces données pour informer et orienter les politiques et les programmes de santé maternelle. Au cours de la phase II, il a aidé les pays à documenter les meilleures pratiques et à informer les futurs programmes, à accroître les interventions fructueuses et à élargir les orientations politiques, notamment dans le domaine de travail SDMR en Afrique orientale et australe. Plusieurs pays se sont engagés dans des évaluations périodiques des besoins SONU pour surveiller la disponibilité, l'utilisation et la qualité des services, identifier les lacunes et pointer vers les domaines d'intérêt. Au niveau global, l'UNFPA à travers le MHTF travaille avec les agences des Nations Unies pour la recherche sur les améliorations de la santé maternelle, par exemple à travers le groupe technique "pour mettre fin à la mortalité maternelle évitable", ou le groupe technique SDMR.

1 K. Stenberg et coll., 2014, «promouvoir le développement social et économique en investissant dans la santé des femmes et des enfants» The Lancet. [Volume 383, n° 9925](#), p1333 - 1354, 12 avril 2014.

2 Voir: www.UNFPA.org/Sowmy.

3 Voir: <http://www.who.int/HRH/com-Heeg/en/>.

2.3 Rôle catalytique du MHTF

Le MHTF a été établi à un moment où l'accent était limité et les ressources limitées pour la santé maternelle et les SDR en général. L'un de ses objectifs était de démontrer des résultats et d'attirer des sources de financement diversifiées pour compléter les ressources de base de l'UNFPA (figure 5).

Au cours de la phase II, le MHTF a eu des résultats plus systématiquement documentés, des pratiques exemplaires, des leçons apprises, des questions émergentes et a favorisé la collaboration Sud-Sud. Par conséquent, des fonds supplémentaires ont été mobilisés à l'échelle nationale par plusieurs pays soutenus par le MHTF, tels que le Bangladesh (voir encadré), l'Éthiopie, le Mozambique (voir encadré), Haïti, la Sierra Leone, le Sud-Soudan (voir encadré), l'Ouganda et la Zambie. Il s'agit de fonds nationaux et internationaux. La liste des partenaires et soutiens de la CEF figure à l'annexe 5.

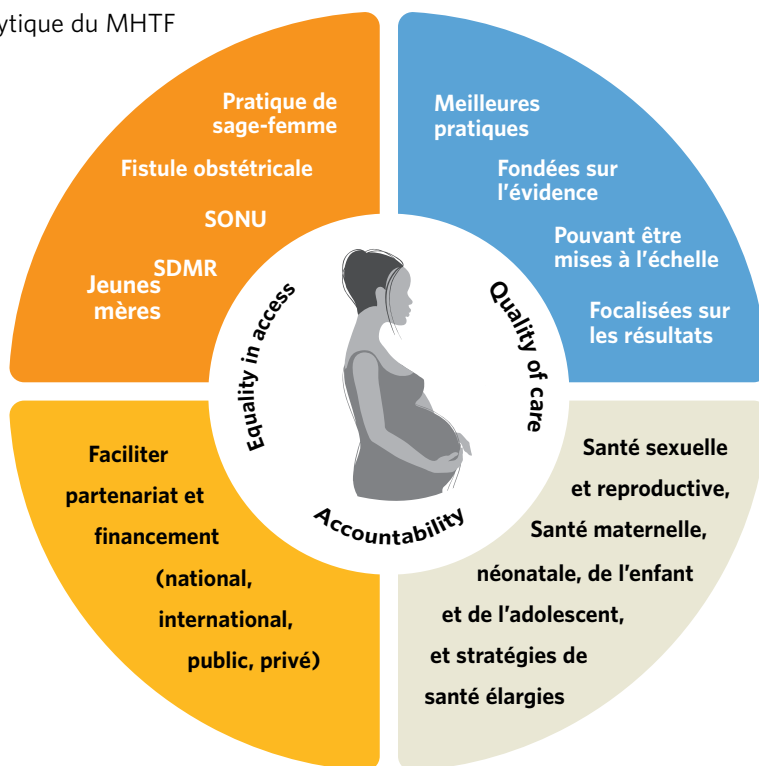
Le MHTF a également exploité le partenariat H6 pour appuyer les interventions de santé maternelle et néonatale MHTF à tous les niveaux. Les experts techniques de la pratique de sages-femmes, des SONU et des fistules au niveau mondial et national, financés par le MHTF, ont appuyé des programmes financés par le H6, et ont contribué à renforcer les synergies et les effets catalytiques,

par exemple, au Burkina Faso, en République démocratique du Congo, de la Sierra Leone, du Togo et de la Zambie.

Impact catalytique du MHTF pour la pratique de sage-femme au Mozambique

Au Mozambique, l'UNFPA a démontré l'importance de stimuler la main-d'œuvre et de mobiliser de multiples partenaires et, ce faisant, a mobilisé les donateurs et le gouvernement pour investir dans la pratique de sage-femme. Des accords à l'appui du programmes sages-femmes ont été signés par plusieurs partenaires. L'UNFPA a apporté un appui essentiel à l'élaboration du dossier d'investissement au Mozambique et l'a utilisé pour positionner et plaider en faveur des ressources humaines pour la santé en tant que domaine critique. En conséquence, des fonds d'un montant supérieur à 29,5 millions USD ont été mobilisés auprès du DFID pour la période 2017-2020 via un accord signé en juin 2017. Environ la moitié des fonds (soit environ 14,3 millions de dollars) sont spécifiquement destinés au UNFPA pour la promotion des initiatives de santé maternelle soutenues par le MHTF.

FIGURE 5 L'approche catalytique du MHTF



Un bon exemple d'impact catalytique du MHTF sur les sages-femmes au Bangladesh:

Le MHTF a eu un énorme effet catalytique au Bangladesh dans la promotion d'un cadre professionnel des sages-femmes depuis le lancement du programme en 2010. Les succès ont été exploités pour obtenir un financement supplémentaire du DFID, du Canada, de la Suède et des fonds d'urgence.

Le MHTF a appuyé le lancement de la formation de base en 2010 pour que les infirmières existantes deviennent des sages-femmes certifiées conformément aux normes de l'ICM. Le premier ministre du Bangladesh a pris un engagement ferme en 2011 à l'égard de la stratégie de chaque femme et de chaque enfant du SGNU en doublant le pourcentage de naissances fréquentées par un travailleur de santé qualifiée par la formation de 3000 sages-femmes supplémentaires à l'échelle nationale. En 2017, 1600 sages-femmes étaient diplômées du programme de certificats de base et 515 sages-femmes étaient en stage dans 110 hôpitaux de sous-district.

En réponse à l'engagement du gouvernement d'instaurer un cadre distinct de sages-femmes professionnelles, la société des sages-femmes du Bangladesh (BMS) a été créée en 2010. Aujourd'hui, la société s'est développée pour inclure 1100 membres à travers le pays et est membre de la Confédération internationale des sages-femmes.

2.4 Innovations

L'innovation a bénéficié d'une attention accrue au cours de la phase II du MHTF, en particulier au niveau des pays, pour faire avancer les idées et les initiatives. En particulier l'utilisation des nouvelles technologies électroniques a été testée en Éthiopie et en Tanzanie, pour l'éducation des sages-femmes, au Burundi pour établir la localisation, la population de référence et les transferts entre établissements SONU, et dans cinq pays pilotes pour enregistrer, et analyser les données sur la fistule obstétricale. Ces innovations, soutenues par des

compagnies spécialisées dans les technologies, ont reçu l'approbation et le soutien de donateurs internationaux et des ministères de la santé des pays pilotes. Trois exemples sont fournis dans les encadrés ci-dessous.

Innovation dans la formation des agents de santé dans les régions éloignées: le système d'apprentissage mobile

Le système portable d'apprentissage mobile (MLS) a été une approche novatrice lancée par le MHTF dans la phase II en 2016 dans 22 sites de formation en Éthiopie et Tanzanie avec un financement catalytique du Fonds d'innovation soutenu par le Danemark. L'idée était d'améliorer les connaissances et les compétences des sages-femmes et des agents de santé dans les urgences obstétriques clés. En outre, il existe des modules destinés aux agents de santé communautaires sur la prévention des mutilations génitales féminines, les signes de danger dans la grossesse et la planification familiale, les associations de sages-femmes et les ministères de la santé ont participé à l'initiative dès le début du projet.

Dans les 9 mois suivant la mise en œuvre du projet en Éthiopie et en Tanzanie, plus de 3 000 agents de santé ont été formés en 2016. Les résultats démontrés en Tanzanie ont attiré un financement supplémentaire de \$75 000 du Canada et de Johnson et Johnson pour des projets additionnels. Impressionnés par la qualité du contenu de la formation, les associations de sages-femmes ont inclus ces cours comme une exigence pour leur programme d'études en cours d'emploi en Éthiopie.

Dans l'ensemble, le projet pilote s'est avéré très efficace et les ministères de la santé des deux pays veulent maintenant étendre cette formation. En mai 2018, le MLS a été lancé au Rwanda dans 10 sites de formation à la demande du ministère de la santé et l'Éthiopie a acheté 40 kits pour le déploiement sur des sites de formation supplémentaires. Des ressources et des partenariats supplémentaires sont nécessaires pour une stratégie d'intensification soutenue pour le succès et la viabilité à long terme.

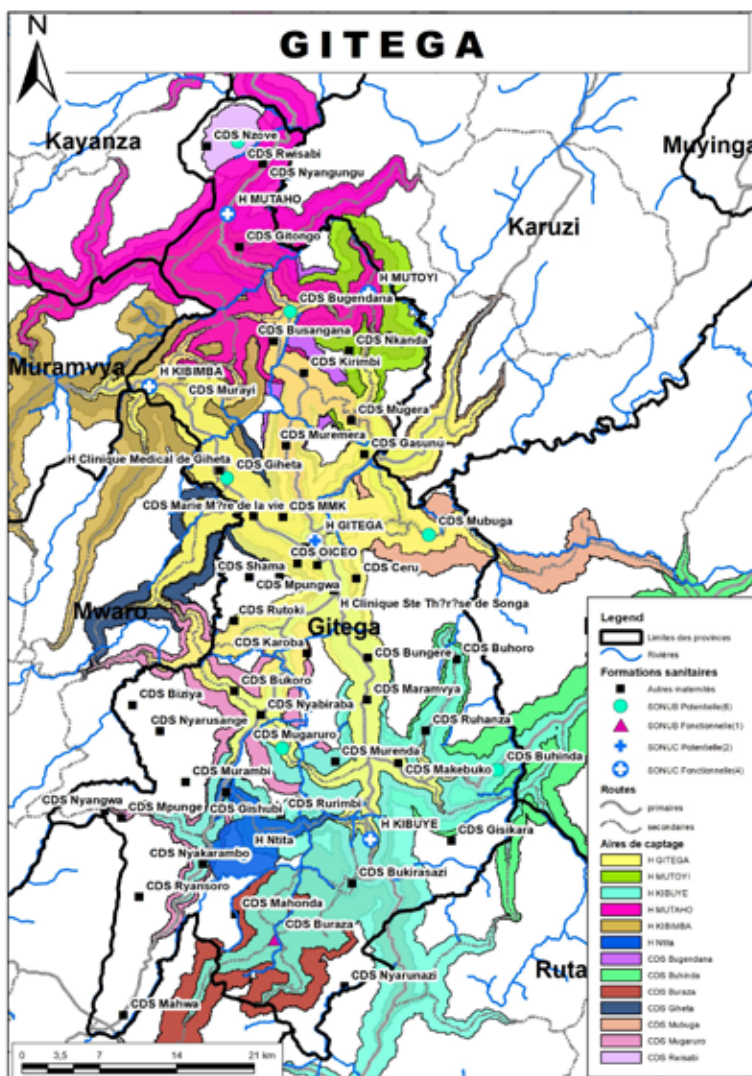
Une approche innovante utilisant les SIG pour l'évaluation des SONU testée au Burundi

À la suite d'un atelier national sur le développement du réseau des installations de SONU en juillet 2017, le MHTF a organisé en novembre 2017, en collaboration avec l'Université de Genève une session de formation de trois jours pour les experts en SIG burundais sur le AccessMod, suivie de quatre ateliers sous-nationaux.

Avec l'appui du MHTF, le MS a mené le processus impliquant 400 participants, en utilisant des données obstétricales ainsi que l'appui d'outils SIG fourni par les experts du SIG burundais. Il a permis aux participants d'identifier les centres de santé devant être modernisés. Les maternités au Burundi couvrent 89% de la population (2 heures de trajet). Parmi ceux-ci, le réseau des centres de santé de référence (dans le cadre de la norme internationale de 5 centres SONU par 500 000 habitants avec au moins un SONUC) couvrent 68% de la population. Le réseau des centres SONU décrit également les liens entre les centres de SONUC et de SONUB et la zone de captage de chaque centre. Le modèle a été appliqué au District de Gitega en 2017 (voir Figure 6).

La population couverte par le fonctionnement des centres SONU est faible (32%) et devrait toutefois augmenter si les lacunes identifiées en nombre de sages-femmes et en équipement sont traitées par le MS et ses intervenants. L'étape suivante, en 2018, consiste à utiliser l'outil national de surveillance conçu dans l'Atelier SONU pour surveiller les activités obstétricales et néonatales et les lacunes dans le réseau SONU. Il suivra également le déploiement des accoucheuses qualifiées (obstétriciens, sages-femmes) et des infirmières anesthésistes.

FIGURE 6 Carte des zones de captage des établissements SONU dans la province de Gitega - Burundi.



GOFER - un outil novateur pour renforcer la disponibilité des données et le suivi de la programmation des fistules obstétricales

Introduit dans certains pays du MHTF, le registre électronique des fistules obstétricales mondiales (GOFER) est un nouveau programme avec des outils technologiques éprouvés conçus pour chirurgiens de la fistule et autres agents de santé de base pour suivre la qualité des soins et des traitements reçus par les femmes et les filles souffrant de fistule. En 2017, le MHTF de l'UNFPA et la campagne pour mettre fin aux fistules, en partenariat avec l'opération fistule, ont commencé à piloter des GOFER dans 5 pays MHTF: Népal, Bangladesh, Malawi, Madagascar et Cameroun, afin de renforcer les capacités nationales à traiter des données limitées collecte et analyse des soins, traitements et résultats des fistules dans ces pays.

3^{ÈME} PARTIE RÉSULTATS CLÉS

2014 À 2017 - OPTIMISATION DE L'ÉQUITÉ, DE LA QUALITÉ ET DE LA RESPONSABILISATION

En 2017 ainsi que dans les 3 années précédentes de la phase II, le MHTF a démontré des résultats impressionnants qui sont détaillés dans cette section. Le cadre des résultats et indicateurs du MHTF pour la phase II (2014-2017) a été élaboré en conformité avec le plan stratégique de l'UNFPA pour 2014-2017. Il est basé sur un menu d'interventions stratégiques que les pays peuvent choisir pour mieux adapter leur contexte et intégrer dans leurs plans de travail annuels. L'équipe MHTF, basée au siège de l'UNFPA, et soutenue par les bureaux régionaux, surveille la planification et les rapports deux fois par an.

Pour la première fois en 2017, et encore une fois au début de 2018, une enquête a été lancée pour recueillir des informations quantitatives et qualitatives sur les interventions stratégiques entreprises l'année précédente, au-delà de ce qui a été rapporté par les pays dans le cadre des résultats

et indicateurs (annexe II des rapports annuels MHTF des pays). Les résultats de l'enquête ont été utilisés pour les contrôles de la qualité des données par comparaison avec les réalisations identifiées par les bureaux de pays dans les rapports annuels, et sont indiqués dans l'Annexe 4 du présent Rapport.

3.1 Les objectifs du plan d'affaires de la phase II ont-ils été atteints?

Comme on peut le voir à la figure 7, sept des 15 objectifs pertinents fixés pour les 15 produits du plan d'activités 2014-2017 ont été atteints à la fin de 2017. Cinq sont «sur la bonne voie», tout près de l'achèvement, et trois n'ont pas pu être évalués par manque de données de base.



Une survivante opérée de sa fistule obstétricale vient d'accoucher avec l'aide d'une sage-femme
© Abraham Gelaw, UNFPA Éthiopie, avril 2017.

FIGURE 7 Tableau de bord sur la réalisation cumulative des produits du MHTF de 2014 à 2017

Résultat	N° produit	Description et objectif fixé en 2017 (en pourcentage des pays soutenus par le MHTF)	Situation en 2013: Nbre de pays	Cible en 2017: Nbre de pays	Progrès en 2017:	Progrès en 2017: Pourcentage de la cible atteint
A - Sages-femmes	1	En 2017, 60% des pays soutenus par le MHTF auront élaboré des plans de SAR nationaux chiffrés avec incorporation des mesures concernant les sages-femmes	17	23	26	113
	2	En 2017, 80% des pays appuyés par le MHTF ont révisé leur programme national de formation des sages-femmes selon le modèle des compétences essentielles ICM/OMS	27	31	34	109
	3	En 2017, 50% des pays soutenus par le MHTF ont un organisme gouvernemental réglementant la pratique des sages-femmes	22	20	29	145
	4	En 2017, 80% des pays soutenus par le MHTF ont une association de sages-femmes participant aux formations en santé maternelle et aux enjeux politiques	11	31	32	103
B - SONU	5	En 2017, 80% des pays soutenus par le MHTF sont en mesure de surveiller la disponibilité des services de la disponibilité des fonctions SONU dans les établissements désignés par le MS	2*	31	6	N/A
	6	En 2017, 20% des pays soutenus par le MHTF auront au moins un SONUB et un SONUC connectés à chaque école de sage-femmes	16*	8	25	N/A
	7	En 2017, 60% des pays soutenus par MHTF auront mis au point des processus d'amélioration de la qualité des soins dans les formations SONU fonctionnelles, et initié des processus d'intégration des autres composantes de santé génésique	14	23	22	95
C - Fistule	8	En 2017, 50% des pays soutenus par le MHTF auront un nombre adéquat d'experts formés à la chirurgie des fistules pour répondre aux besoins estimés dans le pays	No data	20	9	N/A
	9	En 2017, 80% des pays soutenus par le MHTF auront un Plan national et une stratégie chiffrée pour mettre fin à la fistule obstétricale	16	31	22	71
	10	En 2017, 80% des pays soutenus par le MHTF auront mis en place un mécanisme pour identifier et repérer tous les cas de fistule afin d'assurer le suivi à long terme, la réhabilitation, ainsi que la future prévention.	7	31	15	48
D - SDMR	11	En 2017, 50% des pays soutenus par le MHTF auront une approche inter-sectorielle pour la mise en oeuvre du programme SDMR	6	20	23	115
	12	En 2017, 50% des pays soutenus par le MHTF seront en mesure de faire un rapport sur la mise en place des quatre principaux composants de la SDMR (notification obligatoire, revue des décès, analyse et suivi des réponses, rapport annuel national)	11*	20	15	75
	13	En 2017, 50% des pays soutenus par le MHTF auront mis en place un programme de SDMR à l'échelle nationale	11	20	19	95
E - Jeunes mères	14	En 2017, 50% des pays soutenus par le MHTF auront fait des Jeunes mères un programme prioritaire dans les plans nationaux de santé, en vue d'améliorer l'accès à des services de santé de qualité.	9	20	18	90
	15	En 2017, 40% des pays soutenus par le MHTF ont mis en oeuvre des approches novatrices, pouvant être passées à l'échelle, pour améliorer l'utilisation des services de santé par les jeunes mères.	4	16	19	119

*Situation de base révisée sur la base des données de 2015

Vert: cible atteinte ou dépassée Orange: sur la bonne voie Rouge: Non atteinte Gris: données non disponibles

3.1.1 Pratique de sage-femme

Pour le programme sages-femmes, les quatre résultats prévus ont atteint leurs cibles pour 2017 (voir la figure 7 ci-dessus). La Figure 8 détaille l'évolution des indicateurs de produits entre 2013 et 2017.

Au cours des quatre dernières années, des progrès significatifs ont été réalisés pour promouvoir l'investissement dans les sages-femmes et à aider les pays à élaborer des plans d'évaluation des ressources humaines pour la santé qui comprennent les sages-femmes.

— en 2017, 26 sur 39 pays MHTF (66%) avaient un plan national de ressources humaines pour la santé incorporant les sages-femmes, et 34 pays (87%) avaient mis en œuvre un programme de formation des sages-femmes axé sur les compétences et aligné sur les normes ICM-OMS (Produit 2).

— au cours de la phase II, 30 pays MHTF (77%) ont intégré des questions SSR plus larges (fistule, incontinence, cancer du col utérin, MGF, ASRH, soins aux nouveau-nés) dans leurs programmes. Et travaillaient également à fournir des soins de maternité respectueux dans le cadre de leurs programmes de formation.

— en 2017, 97% des pays MHTF ont établi des liens entre les programmes d'éducation initiale des sages-femmes et les centres de formation SONUB pour renforcer les compétences cliniques. Et 34 pays (87%) sont engagés dans une formation continue pour renforcer les

compétences des sages-femmes en poste. Le nouvel apprentissage en ligne a été testé dans 15 pays, avec un fort potentiel de développement.

— au cours de la phase II, 27 pays (70%) ont lancé un programme de mentorat pour aider les sages-femmes juniors à améliorer leur qualité de soins, avec 765 tuteurs sages-femmes ayant bénéficié d'une formation et d'un soutien du MHTF.

— au total en 2017, le MHTF a soutenu 9025 sages-femmes pour l'éducation initiale et 6 333 pour la formation continue (MHTF et autres ressources de l'UNFPA), ce qui porte le total à 15 358 sages-femmes formées en 2017 seulement. Au cours de la phase II, un peu plus de 47 000 sages-femmes ont été formées.

— dans 29 pays MHTF (59%), la pratique de sage-femme est réglementée par un Conseil de sages-femmes ou un Conseil d'administration ou un autre organisme de réglementation, et ces pays ont introduit un registre des données sur les sages-femmes.

— en 2017, l'Association de sages-femmes dans 32 pays (82%) disposait d'un plan stratégique valide, et dans 33 pays (85%) a organisé la journée internationale de la sage-femme en tant qu'événement national de plaidoyer.

FIGURE 8 Résultat A – Pratique de sage-femme: Produits réalisés en 2017 en regard des cibles de 2013

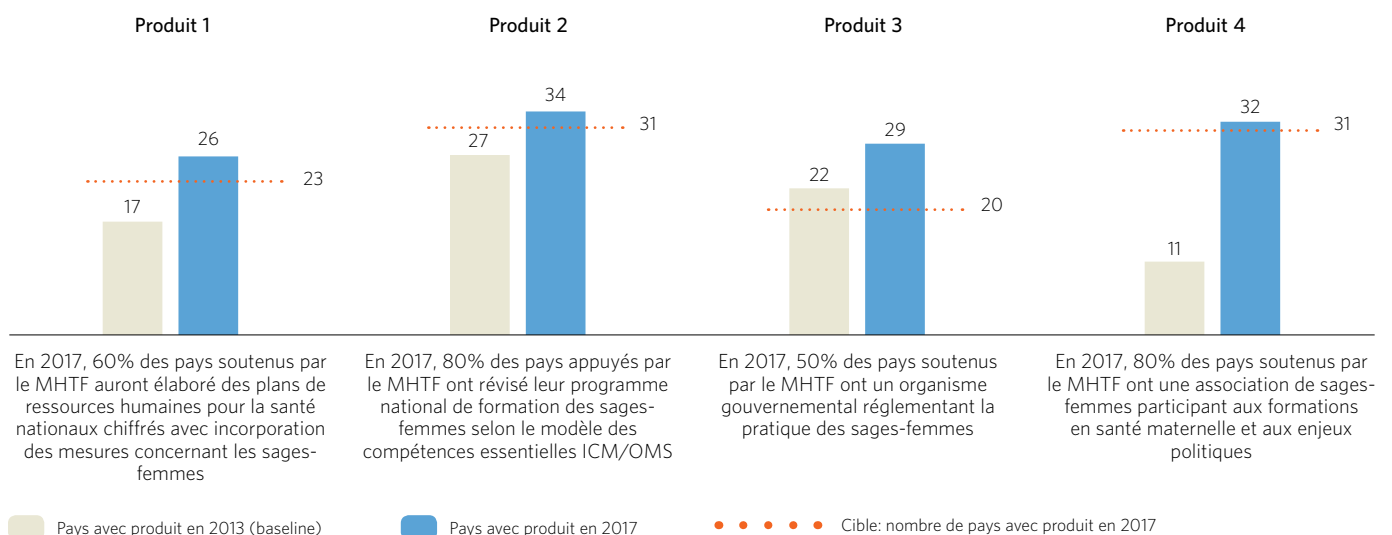
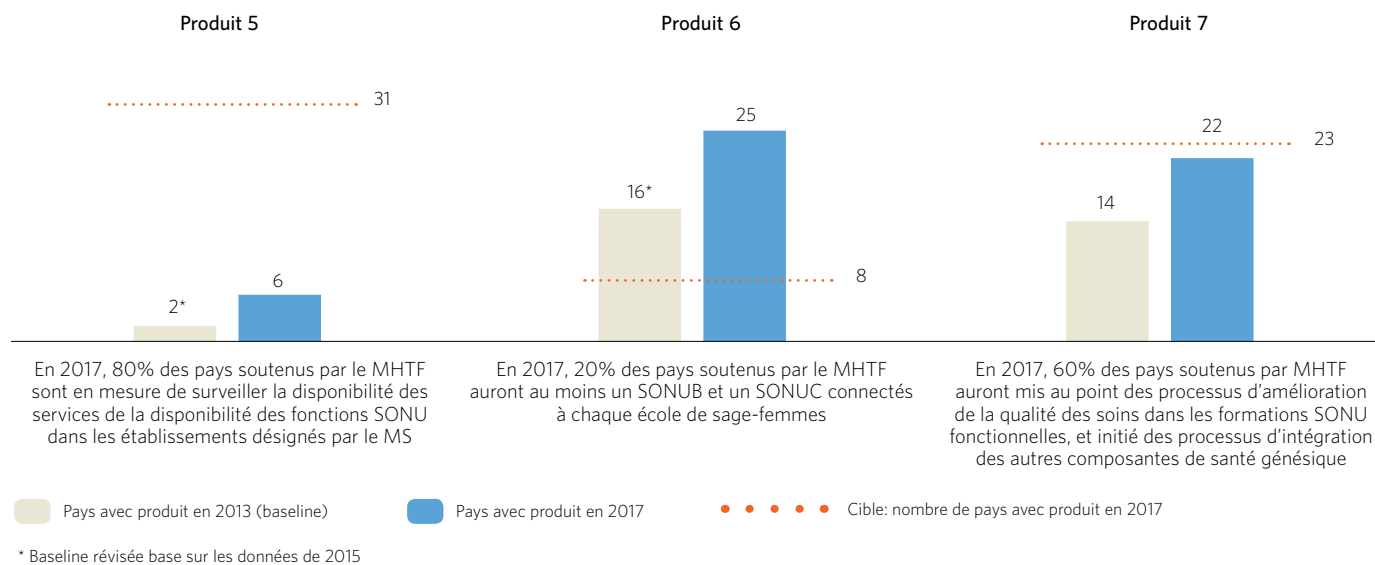


FIGURE 9 Résultat B - SONU: Produits réalisés en 2017 en regard des cibles de 2013



3.1.2 SONU

--en 2017, 19 parmi les pays soutenus par le MHTF (49%) ont mesuré la disponibilité des centres SONU. Six de ces pays ont mesuré cet indicateur par la surveillance systématique du réseau (Burkina Faso, Haïti, Madagascar, Niger, Timor Leste, Togo). Les autres pays ont effectué des évaluations des SONU (évaluations complètes ou «rapides») pour recueillir le nombre de centres fonctionnels.

La cible pour 2017 pour le produit 5 était définie basée sur les données disponibles en 2013. Plusieurs interprétations non-cohérentes concernant la définition de la "disponibilité des établissements SONU" ont résulté en une surestimation de la cible pour 2017. Au lieu de de la situation de base de 21 pays, seulement deux ont été capables de mesurer cet indicateur en 2013. Le nombre d'établissements SONUC n'est pas loin des standards internationaux dans la plupart des pays, mais on observe des déficits majeurs dans le nombre des établissements SONUB effectifs.

— Huit pays (Bangladesh, Burkina Faso, Haïti, Madagascar, Népal, Niger, Timor-Leste, Togo) sont en mesure de fournir des données actualisées chaque année sur des indicateurs autres que la disponibilité (par ex. Besoins SONU satisfaits, Taux de létalité obstétrique directe), mais 27 pays ne rapportent le taux de létalité obstétrique directe que dans les établissements SONUC.

— Quatorze pays (36%) ont une cartographie des SONU , y compris les liens entre les centres B et C. En 2017, Burkina Faso, Burundi, Haïti, Niger et Togo pouvaient définir ces liens.

— en 2017, les SONU ont été intégrés dans le système de santé dans 38 pays (97%) et dans un plan stratégique RH chiffré dans 18 (46%) pays. Seize de ces pays (41%) ont un plan budgétaire visant à accroître le nombre de SONU fonctionnels. Vingt-deux pays (56%) ont mis à jour des protocoles de santé génésique pour favoriser l'intégration entre les programmes de santé maternelle et reproductive (produit 7).

— En 2017, trois pays (Burkina Faso, Haïti, et Togo) ont défini un standard national pour les établissements SONUB.

— En 2017, trois pays (Burkina Faso, Haïti, Togo) ont défini une norme nationale de centre SONUB (définissant les missions, les ressources, l'organisation, d'un centre SONUB dans le système de santé).

— Neuf pays documentent systématiquement le taux de létalité pour les complications obstétricales directes dans les centres SONUC.

— En 2017, le MHTF a fourni un appui à certains centres SONU dans 14 pays pour le stage clinique des sages-femmes durant leur formation préalable à l'emploi. En 2017, 25 pays avaient mis en place un encadrement de soutien

des centres SONU liés aux écoles de sages-femmes pour l'éducation préscolaire des sages-femmes (produit 6). En outre, 20 pays ont défini des critères d'accréditation pour les centres SONU et 17 pays ont mis en place des programmes de formation pour les tuteurs qui soutiennent les pratiques cliniques des sages-femmes dans ces établissements.

3.1.3 Fistule obstétricale

Bien qu'il n'ait pas été possible de calculer exactement le nombre de chirurgiens experts disponibles pour répondre aux besoins des patientes estimées porteuses de fistule, leur nombre a sensiblement augmenté au cours des quatre années de la phase II, avec l'appui et l'assistance technique de l'UNFPA/ Campagne pour mettre fin à la fistule. L'évolution des principaux produits entre 2013 et 2017 est montrée sur la Figure 10.

— Trente pays (81%) disposaient d'un groupe de travail national pour éliminer les fistules. Le produit N° 10 au sujet d'un mécanisme pour assurer l'identification et le suivi des cas de fistules afin d'assurer un suivi à long terme est proche d'être atteint avec 15 pays (40%) disposant d'un tel mécanisme.

— en 2017, 29 (78%) des 37 pays MHTF-FO avaient des services de traitement de fistules continuellement disponibles dans des hôpitaux choisis stratégiquement. MHTF a joué un rôle clé, avec 22 pays (59%), ce qui indique que la contribution du fonds est un facteur déterminant dans la réalisation du résultat.

— Vingt (54%) des 37 pays MHTF-FO ont indiqué une augmentation des capacités nationales de mobilisation des ressources pour les fistules. Quinze pays ont mesuré la mise en œuvre de leurs stratégie nationale en matière de fistules.

— en 2017 seulement, 174 chirurgiens de fistule de 19 pays MHTF ont été formés à la réparation et à la gestion des fistules grâce au soutien de l'UNFPA/CEF et aux partenaires, visant à mettre fin aux fistules. Pour 11 (58%) de ces pays, le soutien MHTF a été le facteur décisif pour la réalisation de ce résultat.

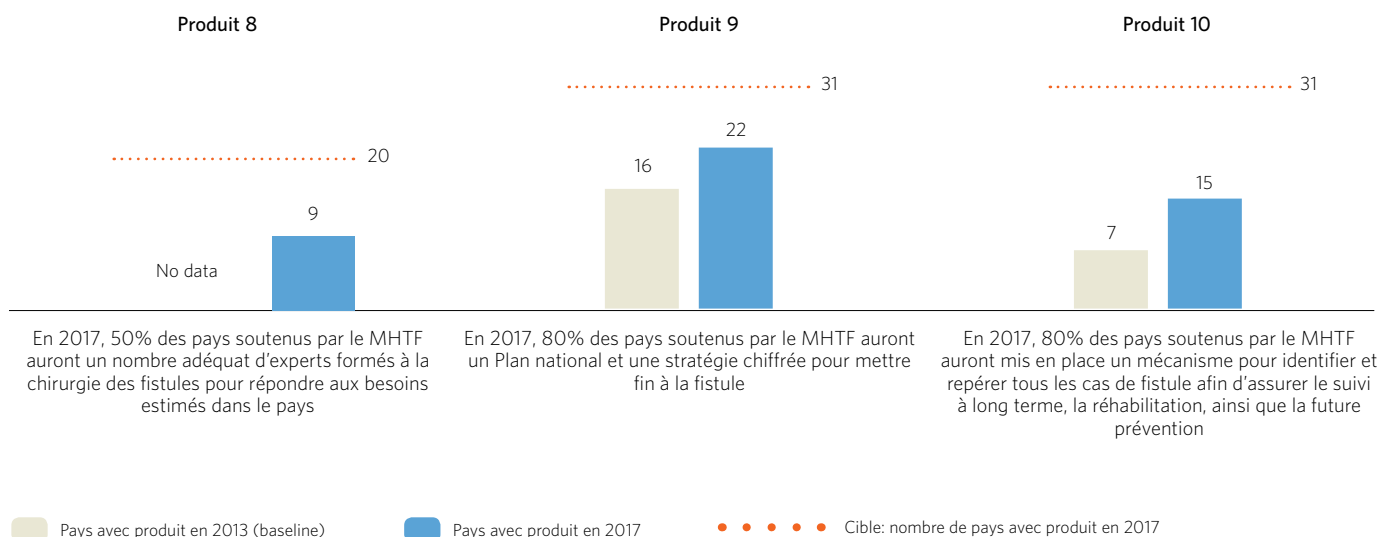
— en 2017, un total de 1380 agents de santé (à l'exception des chirurgiens de la fistule) dans les pays MHTF, y compris anesthésistes, infirmières et sages-femmes ont été formés à la prévention des fistules, au traitement, à la prise en charge pour renforcer les équipes chirurgicales pour les fistules.

— en 2017, 212 femmes et filles souffrant de fistules jugées incurables/Inopérables ont été soutenues par le MHTF.

— En 2017, 26 103 nouveaux cas de fistule ont été identifiés dans 31 pays MHTF. Parmi elles, plus de 8 200 femmes ont été réparées avec le soutien MHTF seul.

— Globalement, l'accès au traitement pour les porteuses de fistules qui ont besoin des services reste encore inadéquat. En 2017, seulement 32% des pays de MHTF ont déclaré avoir eu accès à un traitement de fistules pour toutes les femmes et les filles qui ont besoin des services.

FIGURE 10 Résultat C - Fistule obstétricale: Produits réalisés en 2017 en regard des cibles de 2013





Equipe chirurgicale pour l'Unité de soins pour la fistule à l'hôpital Al Thawra de Sana'a, Yemen, installée avec le soutien de l'UNFPA
 © Abdul Rahman Mahmoud, UNFPA Yemen, February 2018.

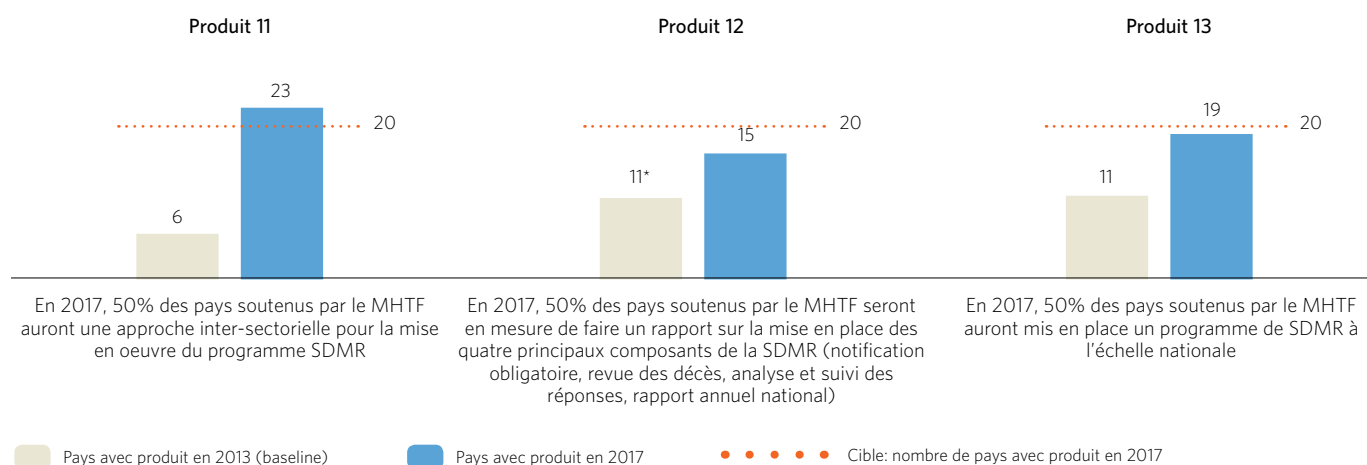
3.1.4 SDMR

Pour SDMR, des progrès importants ont été réalisés par les pays dans la construction d'éléments d'un cadre de programme (figure 11). Cela comprend quatre composantes, telles que définies par le MHTF: un Comité national SDMR fonctionnel, la mise au point d'un plan national chiffré SMDR, un avis de décès maternel obligatoire et des normes et outils nationaux adoptés par les recommandations de l'OMS. L'amélioration peut être observée dans trois des quatre composantes depuis 2015, notamment la présence d'un Comité national SDMR, présent dans 6 pays au niveau de référence en 2013, dans 18 pays en 2015, 19 en

2016 et 30 en 2017. Toutefois, dans la plupart des pays, le Comité national SDMR est situé au sein du ministère de la santé et une dimension multisectorielle n'est pas encore opérationnelle. Un Comité national, intersectoriel, actuellement disponible dans 23 pays (61%, output 11), est impératif pour s'attaquer aux diverses causes et déterminants des décès maternels et néonataux liés au système de santé et au-delà.

— Le nombre de pays ayant une notification obligatoire des décès maternels a également augmenté, passant de 27 en

FIGURE 11 Résultat D - SDMR: Produits réalisés en 2017 en regard des cibles de 2013



* Baseline révisée base sur les données de 2015

2015 à 34 en 2017, ne laissant que cinq des pays MHTF sans déclaration obligatoire. Bien que les problèmes persistent dans la qualité et la couverture des examens de décès maternels, la déclaration obligatoire des décès maternels est un élément essentiel pour institutionnaliser la SDMR. Depuis sa définition en 2016, le nombre de pays dotés de lignes directrices et d'outils nationaux de SDMR est passé de 32 à 36, soit une couverture de 92% des pays MHTF. Le seul indicateur-cadre qui n'a pas connu d'amélioration depuis le 2015 est le plan SDMR; 21 pays ont déclaré avoir un plan national chiffré SMDR en 2015, qui a chuté à 12 en 2016 et a depuis stagné, demeurant une zone avec une marge potentielle d'amélioration (Figure 11)

— des progrès ont également été réalisés en ce qui concerne le monitoring SDMR (figure 12). Le nombre de pays ayant

un rapport annuel SDMR est passé de 11 à 15 entre 2015 et 2017; alors que le nombre de pays ayant un monitoring de suivi SDMR en place a augmenté encore plus, passant de 14 en 2015 à 23 en 2016, et enfin 27 en 2017. Au cours des trois dernières années (2015-2017), le nombre de pays n'ayant pas notifié de décès maternels a baissé significativement, de 13 à 6.

— Le pourcentage de décès maternels déclarés et revus a également augmenté (figure 13).

— Dans le même laps de temps, le nombre de décès maternels examinés dans les pays MHTF a également augmenté. En 2015, 20 pays n'ont pas examiné les décès maternels déclarés, alors qu'en 2016 et 2017, respectivement, ce nombre a chuté à 14 et à 6.

FIGURE 12 pourcentage de décès maternels déclarés par rapport au nombre de décès maternels attendus

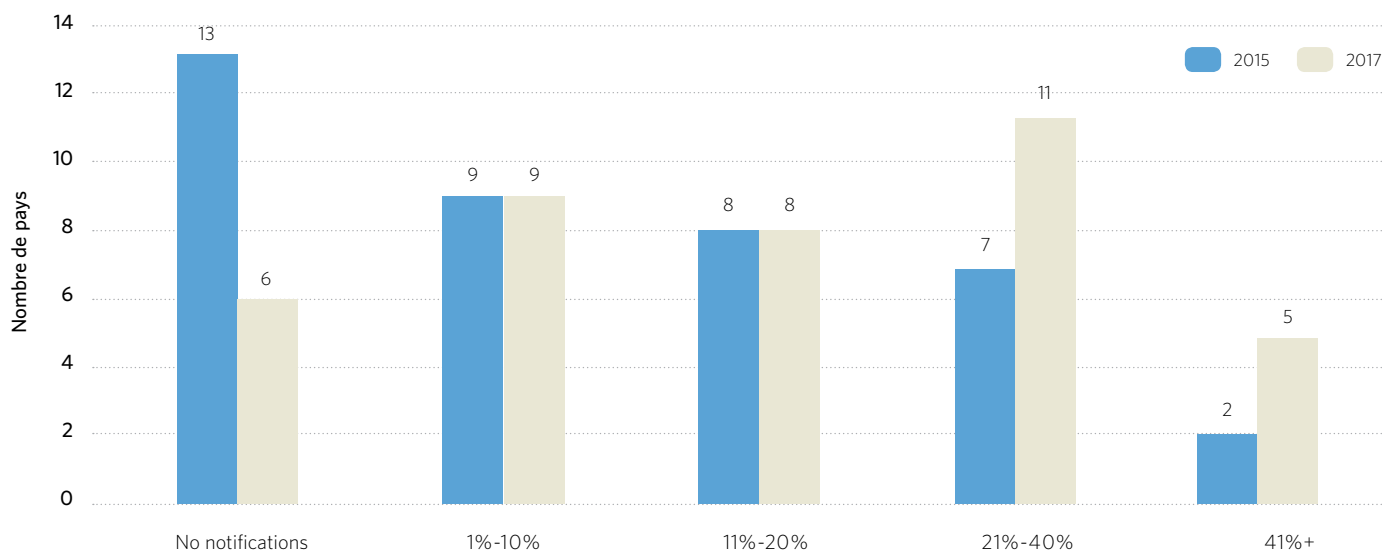
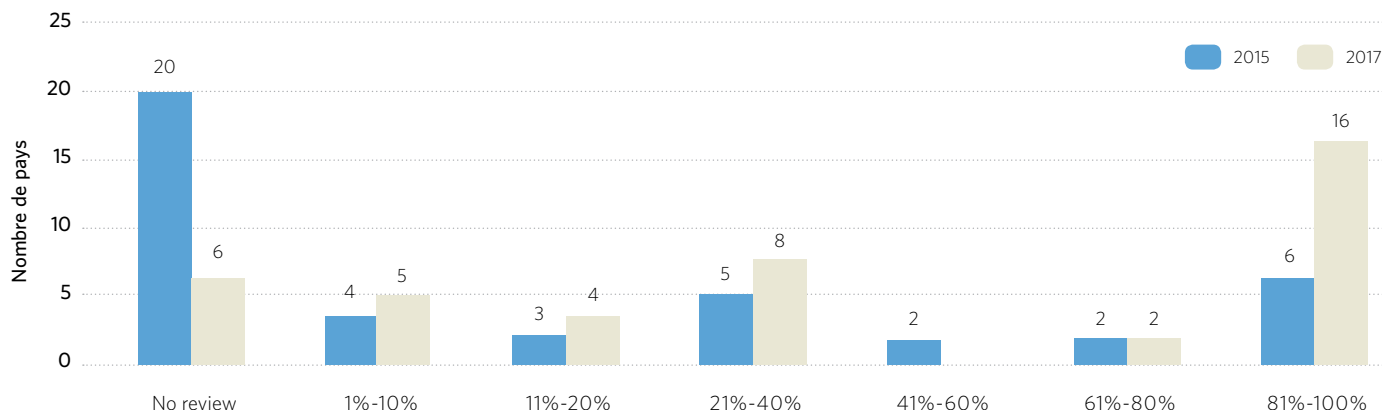


FIGURE 13 pourcentage de décès maternels déclarés ayant fait l'objet d'une revue



Au cours de la prochaine phase III, l'accent sera mis sur les pays pour accroître la déclaration des décès maternels, suivi d'un examen et de mesures correctives, afin d'améliorer la qualité globale des soins de santé maternelle et de renforcer les mécanismes de responsabilisation. Une autre priorité sera d'intégrer la composante périnatale, testée dans un pays au cours de la phase II, transformant le nom de l'aire de travail en SDM(P)R (P pour Périnatal).

3.1.5 Programme Jeunes Mères

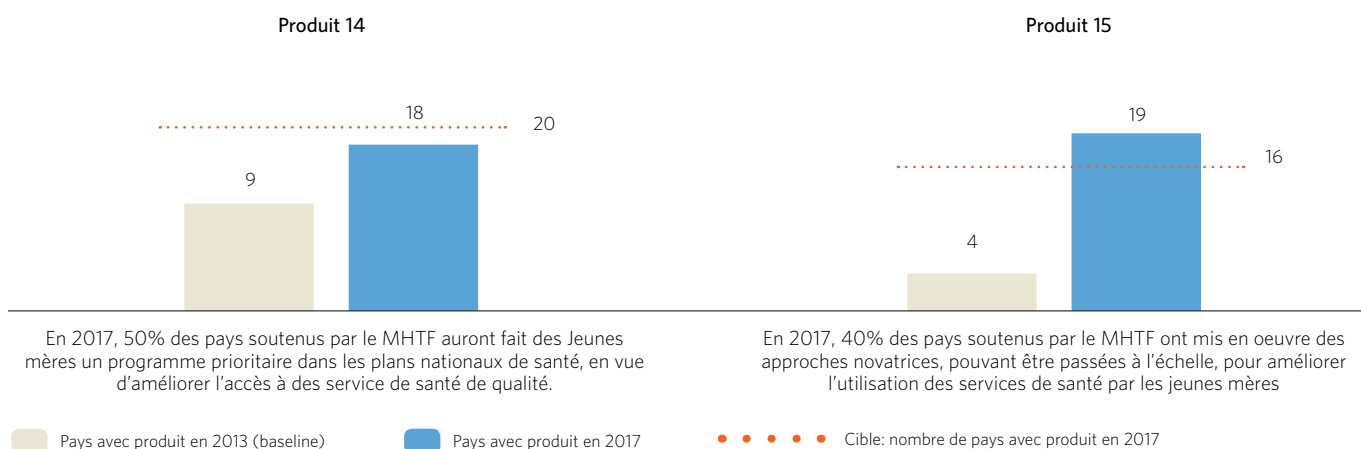
Après que le Programme Jeunes Mères a été présenté comme un cinquième domaine d'intérêt en 2013, le MHTF a commencé à travailler avec les pays pour augmenter le nombre de jeunes mères accouchant avec une assistance compétente, pour stimuler l'adoption de la planification familiale post-natale, pour prévenir ou espacer les grossesses, et pour améliorer le pouvoir décisionnel des jeunes femmes. En 2017, 18 pays (46%) avaient fait des Jeunes Mères l'une des populations prioritaires dans leurs plans nationaux, atteignant presque l'objectif de 20 pays à la fin de 2017. Dans le même temps, 19 pays (48%) ont défini et mis en œuvre au moins une stratégie d'intervention explicitement dédiée aux jeunes mères (Produit 15), dépassant la cible de 16 pays pour 2017. Les données SRH ont été ventilées par âge, dont 10-14 ans, dans 18 (46%) pays soutenus par le MHTF.

Les sections qui suivent présentent les exemples de pays chez lesquels les interventions stratégiques du MHTF contribuent aux trois principes intersectoriels de l'équité dans l'accès, la qualité des soins et la responsabilisation à tous les niveaux de leur système de santé.



Une jeune mère et son bébé attendent pour recevoir des soins au centre de santé de Tokora dans le district de Moroto, Karamoja, Ouganda
© Martha Songa, UNFPA Uganda, September 2017

FIGURE 14 Résultat E - Programme Jeunes Mères: Produits réalisés en 2017 en regard des cibles de 2013



3.2 Égalité dans l'accès

L'égalité dans l'accès aux soins signifie que chaque femme et chaque fille a la même possibilité de recevoir l'information et les soins dont elle a besoin, quel que soit son revenu, son état socio-économique ou sa santé (p. ex. handicaps), son emplacement géographique, sa culture, sa volonté et sa capacité de demander ces services. Les groupes vulnérables tels que les mères adolescentes, les femmes pauvres, les femmes handicapées, les peuples autochtones, les nouveau-nés, les survivants des fistules, les communautés isolées ont souvent plus de besoins mais toujours beaucoup plus de défis en raison de leur situation. C'est particulièrement vrai pour les services spécifiques tels un soin post-avortement, la planification familiale post-partum, ou la réintégration sociale. D'autant plus que la plupart du temps, les femmes des groupes vulnérables n'ont pas ou peu de ressources financières et, dans trop de cas, l'attention qu'elles méritent est négligée par le système ou par certains fournisseurs.

Le MHTF est attaché au principe d'égalité dans l'accès. Depuis son lancement, il a insisté sur le rôle des communautés (associations villageoises, comités locaux,

leaders communautaires, et organisations de la société civile) pour identifier leurs propres priorités, contribuer aux solutions, et faire le suivi des interventions. Le travail avec les peuples indigènes a permis l'accès aux services de santé maternelle et néonatale, par exemple dans la République Démocratique Populaire du Laos et la République du Congo.

3.2.1 SONU

Au cours de cette seconde phase, le MHTF a aidé les pays à renforcer l'accès aux services SONU 24h / 24 et 7j / 7. En se concentrant sur un nombre limité d'établissements SONU identifiées à l'aide de critères objectifs et de données géographiques (à l'aide de GIS / AccessMod - cf. étude de cas du Burundi à la page 9), les pays ont déployé de manière stratégique leurs maigres ressources disponibles pour faire fonctionner ces établissements tout en maintenant une bonne couverture de la population dans la limite de deux heures de trajet d'accès. Le MHTF a également aidé les pays à surveiller deux indicateurs d'accès aux SONU recommandés par l'ONU: la «disponibilité des établissements SONU» et la «répartition géographique des établissements SONU». Les deux sont essentiels pour améliorer l'égalité d'accès aux soins maternels et néonataux.

Les SONU atteignent les peuples indigènes dans la République du Congo

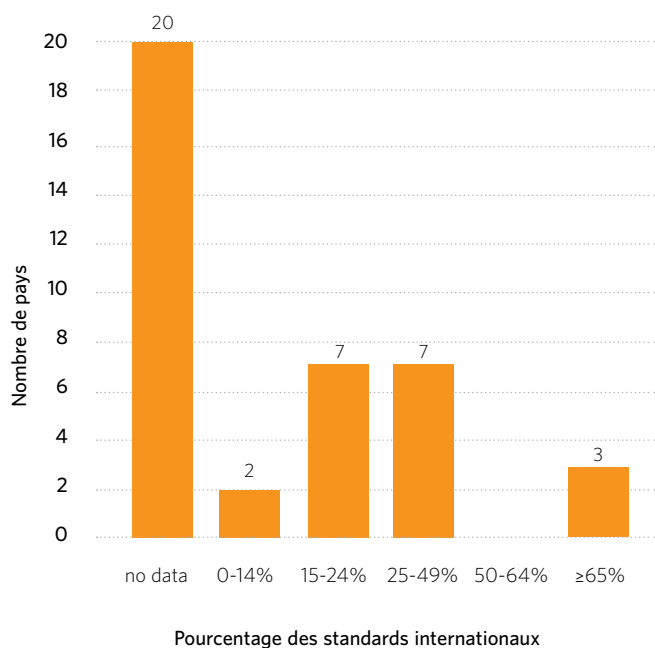
Le MHTF a aidé le ministère de la Santé et le bureau de pays UNFPA à permettre l'accès des autochtones aux soins obstétricaux d'urgence dans le département de Sangha au Congo Brazzaville.

En 2017, le MHTF a soutenu une mission anthropologique visant à mieux comprendre les besoins en matière de soins et l'accès aux soins obstétricaux de la population de ce district (tant les Bantou que les autochtones). L'approche comprenait des ateliers pour les prestataires de santé sur les besoins spécifiques des femmes autochtones, la formation de volontaires communautaires pour assurer la liaison avec les femmes enceintes afin de les informer de leurs droits aux services de santé maternelle et les encourager à se rendre dans les dispensaires, la formation des accoucheuses traditionnelles aux pratiques biomédicales pour leur permettre de venir exercer dans les établissements médicaux et de distribuer des kits de vêtements, y compris des kits d'hygiène, aux femmes autochtones enceintes pour leurs visites prénatales.

À la suite de ces interventions, le nombre de femmes recevant des soins prénatals et donnant naissance dans les dispensaires et les hôpitaux du district a considérablement augmenté. Au premier trimestre de 2017, 10 femmes ont reçu des soins prénatals et 11 femmes ont accouché dans un centre médical, contre 112 et 38 au troisième trimestre.

Sur la base du rapport de cette mission, le bureau de pays a levé 5 millions d'euros auprès du secteur privé. Ce fonds sera utilisé en 2018 pour aider le Ministère de la santé à concevoir et à mettre en œuvre, en 2018-2020, le système de santé de deux autres districts.

FIGURE 15 Disponibilité des établissements SONU dans les pays soutenus par le MHTF comparé aux standards internationaux (5 établissements SONU pour 500 000 habitants)



Comme le montre la Figure 15, en 2017, 19 pays ont publié un rapport sur «la disponibilité des établissements SONU», contre 13 pays en 2013. La disponibilité moyenne des établissements SONU pour les 19 pays bénéficiant du MHTF est de 36% de la norme internationale de 5 établissements SONU pour 500 000 habitants. Le Timor Oriental a une disponibilité supérieure à la norme internationale. Le Niger a signalé une disponibilité de 83% et la République du Congo a déclaré une disponibilité de 76%.

Pour combler l'écart dans l'accès aux sages-femmes compétentes, le MHTF aide les pays à faciliter le déploiement des sages-femmes dans tous les établissements de santé, particulièrement les établissements SONU. Le MHTF a également aidé les pays à élaborer des normes nationales pour les centres SONU, particulièrement SONUB, dans lesquels les besoins du personnel sont définis et quantifiés. En 2017, la Guinée, Haïti, Timor-Oriental et le Togo ont défini de tels standards et calculé les écarts dans le nombre de sages-femmes nécessaires dans les établissements SONU

3.2.2 Fistule obstétricale

Grâce à son réseau de près de 100 partenaires, la campagne pour mettre fin aux fistules, soutenue par le MHTF, a été essentielle pour sensibiliser aux fistules obstétricales à l'échelle mondiale et dans des endroits éloignés et pour améliorer l'identification des femmes et des filles vivant avec la fistule, ainsi que la réparation chirurgicale et la réhabilitation sociale, comme dans le cas du Ghana.

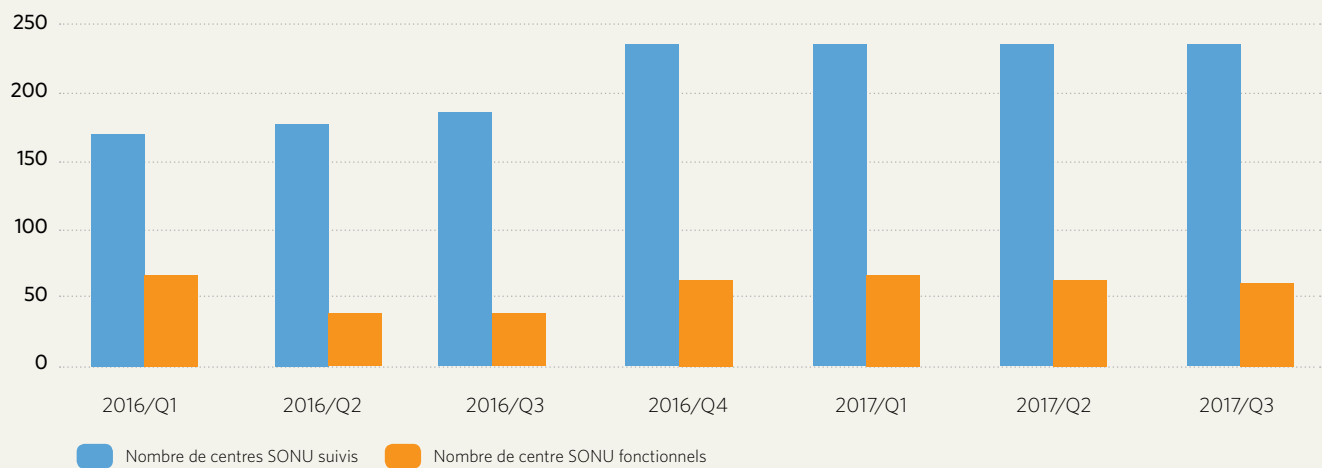
En général, un «changement de paradigme» graduel a été encouragé en remplaçant l'approche de campagne et en visant à établir des services de fistule ancrés dans les stratégies, plans et budgets nationaux en matière de santé, et pleinement intégrés dans le système de santé (par. ex. en Éthiopie, à Madagascar et en Ouganda) avec des hôpitaux qui fournissent des soins de fistules continus et holistiques.

Pendant la Phase II, 29 des 37 pays soutenus par le MHTF pour la FO ont déclaré avoir des services de traitement de fistules de façon routinière et continue dans des hôpitaux choisis stratégiquement. Malgré ces progrès, seulement 11 pays ont indiqué que les services de traitement des fistules couvrent toutes les régions du pays. Dix des pays qui ont signalé une couverture complète ont également indiqué que le MHTF jouait un rôle «décisif» ou «important» dans ce processus. La majorité des pays (76%, soit 28 des 37 pays) ont signalé un nombre insuffisant de centres de traitement effectuant des réparations chirurgicales sur une base régulière.

Madagascar élargit sa surveillance des SONU afin d'améliorer la disponibilité et la qualité

À la suite d'un atelier national tenu en décembre 2015 avec l'appui du MHTF, Le MS et ses partenaires ont décidé de monitorer les 254 centres SONU qui ont été identifiés pour être modernisés et former le réseau national des centres (en accord avec le standard international de 5 établissements SONU par 500 000 habitants). Ce monitoring a été organisé sur une base trimestrielle en 2016 et 2017 à l'échelle nationale. Il a fourni des renseignements clés sur la santé maternelle et néonatale aux prestataires et aux gestionnaires de programmes de santé maternelle afin d'identifier et de combler les lacunes dans la disponibilité et la qualité des soins. Dans un pays où seulement 38 pourcent des femmes accouchent dans des centres de santé, le monitoring a montré que la proportion des maternités qui exécutent les 7 fonctions de base pour la gestion des urgences obstétriques (nommées "SONUB fonctionnels") était faible (en moyenne 26%) et stagnait depuis 2016 (cf. barres oranges dans la figure 16 ci-dessous).

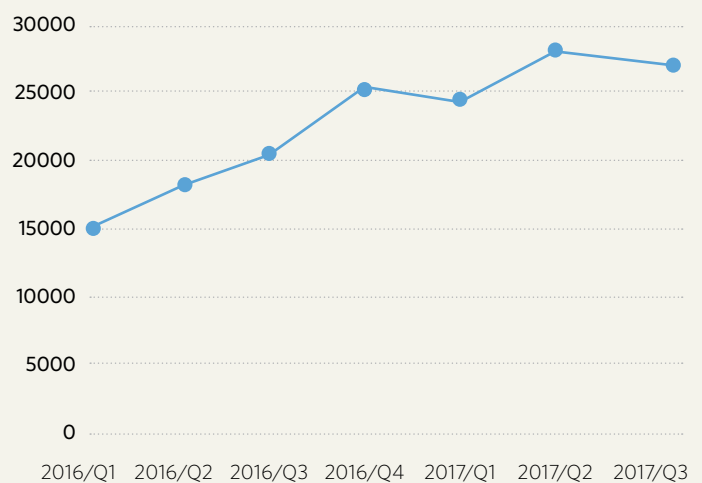
FIGURE 16 Nombre de centres SONU fonctionnels dans le réseau de Madagascar, 2016-17



Les autres indicateurs, tels que les «besoins satisfaits», restent bas aussi, à 10% (au lieu de 100% idéalement) et le taux de césarienne reste autour de 1,3%, contre une valeur attendue au-dessus de 5%. Le nombre d'accouchements effectués dans le réseau est en hausse, ce qui est encourageant (voir graphique figure 17):

En conclusion, les données suggèrent que le réseau de centres SONU à Madagascar reste faible dans la couverture, avec seulement 10% des naissances attendues. La répartition géographique des centres doit être ré-analysée. Le réseau doit être mieux cartographié, y compris l'estimation de la zone de couverture pour chaque maternité. D'autres indicateurs, tels que ceux liés au personnel, au matériel et aux transferts, doivent également être mieux surveillés à tous les niveaux, de sorte que des mesures puissent être prises en réponse aux lacunes dans la disponibilité et la qualité. Ces actions ont été incluses dans le soutien MHTF à Madagascar en 2018.

FIGURE 17 Accouchements dans les centres SONU de Madagascar, 2016-2017



3.3 Qualité des soins

L'un des principaux facteurs de qualité est la compétence des agents de santé, en particulier des sages-femmes. La compétence est le résultat des connaissances, des habiletés et de l'attitude (soins de maternité respectueux), qui sont à leur tour les résultats de la formation, de la pratique, de la supervision, du coaching, du milieu de travail et du soutien du système de santé. Des efforts importants doivent encore être engagés dans la phase III de la formation préalable et en cours d'emploi des sages-femmes

3.3.1 Pratique de sage-femme

Pour améliorer la qualité des services fournis par les Sages-femmes plusieurs initiatives ont été prises par les pays, notamment:

- alignement des programmes d'études nationaux des sages-femmes sur les normes internationales ICM/OMS;
- renforcement des écoles de sages-femmes pour améliorer la formation axée sur les compétences;
- Attachement des installations SONUB aux écoles de sages-femmes de sorte qu'il y ait une interaction directe entre la formation et la pratique;
- développement d'une trousse/manuel de formation clinique en cours d'emploi;
- l'enseignement à distance pour les sages-femmes (par le biais de vidéos, e-Learning, (voir encadré dans le chapitre innovation page 9);

Habilitation des Jeunes Mères dans trois pays

Des sages-femmes ont été formées au Bangladesh pour fournir des soins maternels spécialisés aux Jeunes Mères. Cependant, elles n'ont pas reçu de formation spécifique sur la façon de prendre soin des populations d'adolescentes. En conséquence, les adolescentes enceintes étaient perçues et traitées comme des enfants. Le MHTF a soutenu l'introduction de la formation des sages-femmes pour améliorer leurs interactions avec les Jeunes Mères en travaillant sur les compétences de communication, un caractère chaleureux, l'empathie, la patience, la vie privée et la confidentialité, et le respect de leurs patientes. Le programme a été initié dans 27 hôpitaux ruraux et adapté pour inclure le mentorat des jeunes femmes. Jusqu'à présent, les réactions au programme ont été très positives.

Le Libéria a lancé un projet de recherche-action en 2014 dans la banlieue de Monrovia destiné aux adolescentes et aux jeunes femmes. Les «clubs de gros-ventres» sont de petits groupes de 15-25 Jeunes Mères qui se concentrent sur l'éducation et les séances de Conseil pour leurs membres. Les agents communautaire, connues sous le nom de «grandes soeurs», sont recrutées et formées pour fournir des conseils individuels et de groupe pour les filles dans leur club. Les grandes soeurs servent aussi de mentors aux jeunes femmes, créant des relations personnelles et fournissant un soutien individualisé. Le principal matériau utilisé lors des sessions mensuelles est un livret conçu localement et un Flip Chart avec des illustrations et un texte facile à lire concernant ce à quoi s'attendre pendant chaque mois de la grossesse et après la naissance, et l'hygiène pendant et après la grossesse. Les clubs du gros-ventres avaient 80-95% de participation sur une base régulière et ont été en mesure de démontrer des résultats positifs. Du 2015 au 2016, presque toutes les Jeunes Mères enceintes ont assisté à au moins une visite de soins prénatals (ANC), par rapport à la moyenne nationale de 78%, et des 492 qui se sont inscrits au cours de leur premier et deuxième trimestre, 295 (60%) ont assisté à au moins quatre visites avant leur accouchement. De plus, 54% des filles ont assisté aux visites ciblées de 4 ANC. Les objectifs futurs comprennent l'élargissement du programme pour inclure 12 mois de suivi post-partum et l'augmentation de l'éducation sur la planification familiale.

Le Rapariga biz programme au Mozambique est une initiative de mentorat dans le but de responsabiliser les jeunes filles. Les Raparigas (portugais pour les jeunes filles), et leurs mentors se réunissent une fois par semaine pendant quatre mois dans un espace sûr pour discuter des situations personnelles qui affectent leur vie et leur avenir. Les filles sont instruites sur un certain nombre de sujets, y compris les risques de la grossesse précoce et de l'accouchement, leurs droits sur leur propre corps et dans les relations, les options de planification familiale etc. Au cours de la première année de Rapariga biz, les filles du programme avaient des taux sensiblement inférieurs de grossesse précoce et de mariage juvénile que les moyennes nationales.

Lutte réussie contre les fistules obstétricales au Ghana

Le Ghana a lancé sa propre campagne pour mettre fin aux fistules obstétricales en 2005, en abordant trois domaines: la réalisation du problème; l'identification et le traitement des porteuses de fistules; la réhabilitation et la réinsertion des survivantes dans leurs communautés. Une enquête récente a révélé un taux élevé d'incidence entre 1,6 et 1,8 pour 1 000 naissances, principalement concentrées dans la région du Nord.

L'UNFPA a collaboré avec le MS et le service de santé du Ghana dans le nord du Ghana pour élaborer des mécanismes justifiant l'identification et le suivi des cas de fistule dans les communautés, impliquant également des survivantes de fistules, habilitées et formées pour servir de Défenseuses. L'aiguillage et la réparation chirurgicale étaient gratuits dans tous les centres de traitement des fistules. En 2016 et 2017, plus de 300 suspects cas ont été identifiés et 151 cas ont été réparés avec succès. En outre, les femmes réparées ont reçu des moyens de subsistance et d'autonomisation dans la fabrication de savon, de cravates et de teintures, de pâtisseries, de cosmétiques et de compétences de base en entrepreneuriat.

La célébration nationale de la journée internationale de la fistule, l'inscription gratuite des clientes dans le cadre du régime national d'assurance maladie, la formation des défenseuses, et la sensibilisation sur la fistule obstétricale sur les radios communautaires et l'établissement de hotlines, ont été parmi les bonnes pratiques identifiées pour améliorer l'identification des cas et la référence pour le traitement au Ghana.

- soutien aux conseils de sages-femmes et autres organismes de réglementation;
- Encadrement et supervision positive des sages-femmes;
- mise en place de programmes de tutorat pour impliquer les sages-femmes senior dans le soutien aux plus jeunes au cours des premières années de leur arrivée dans de nouveaux postes, en particulier dans les régions reculées (exemples en Zambie, Ethiopie, Kenya, Soudan, Burkina Faso, Madagascar, Bénin et Côte d'Ivoire, en collaboration avec les bureaux régionaux).

3.3.2 SONU

En termes de SONU, la qualité des soins est mesurée par deux indicateurs de processus, le taux de létalité par complication obstétricale directe, ce qui donne la proportion de complications obstétricales qui ont conduit à la mortalité maternelle (selon les normes de l'OMS, elle doit être inférieure à 1 pour cent); et les taux de mortinatalité (morts-nés) et de mortalité néonatale, qui reflètent la capacité du personnel à gérer les urgences néonatales.

La Figure 18 affiche ces indicateurs au niveau national pour sept pays. Les données sont également disponibles au niveau des centres SONU, ce qui permet d'analyser et de prendre sur place des décisions fondées sur des données probantes pour traiter et améliorer les services de santé.

3.3.3 SDMR

Il faut noter que la question de la qualité s'applique aussi au programme SDMR, particulièrement la qualité des enregistrements et des notifications des décès maternels et, à partir de maintenant, des décès périnataux. Le MHTF a soutenu les pays pour améliorer la qualité des revues de décès maternels et guider les actions pour les diminuer. Le programme SDMR contribue aussi à la responsabilisation à tous niveaux du système de santé.

Effets du programme de tutorat sur la pratique des sages-femmes à Madagascar

À Madagascar, une évaluation du programme de tutorat des sages-femmes a été réalisée en 2017. Les principales conclusions de l'évaluation montrent qu'au cours de la période de mise en œuvre de 2015-2016, le nombre de femmes participant à des consultations prénatales a augmenté de 30%. En outre, il y a eu une tendance positive dans le nombre de femmes qui ont accouché dans des établissements de santé où les prestataires ont été encadrés. L'amélioration la plus significative concerne les complications obstétricales gérées au niveau des centres de santé de base. Le nombre de complications détectées et gérées a augmenté de plus de 50% au troisième trimestre de 2016 par rapport au troisième trimestre de 2015. De plus, le nombre de morts-nés a diminué depuis le début du programme de tutorat. Enfin, le nombre de consultations post-natales a presque triplé après une année de mise en œuvre du programme.

3.3.4 Fistule obstétricale

Le MHTF a mis en œuvre plusieurs initiatives visant à améliorer la qualité des soins:

- **Renforcement des compétences de 486 chirurgiens de fistules et de leurs équipes de soins chirurgicaux**, notamment par le biais de la collaboration Sud-Sud et d'un programme de mentorat dans les pays qui font face à un grave déficit de traitement de qualité pour les fistules (par exemple, le Congo, la République démocratique du Congo, le Népal, le Pakistan et la Sierra Leone). La question des fistules iatrogènes (effectuées lors d'autres interventions chirurgicales, p. ex. césariennes) a commencé à être traitée
- **Ateliers de renforcement des compétences aux principales réunions mondiales et régionales** (p. ex., Figo, The International Urogynecological Association, ISOFS).
- **Achat de kits de réparation de fistules** avec tous les éléments nécessaires pour les réparations chirurgicales. Les kits ont été conçus en collaboration avec des chirurgiens experts de la fistule de ISOFS.
- **Favoriser l'échange de connaissances sur les soins de qualité pour le traitement des fistules** en produisant des bulletins électroniques trimestriels soulignant les dernières publications de recherche, les outils et les ressources pertinents sur le terrain, ainsi que les nouvelles et les mises à jour des membres de la campagne pour mettre fin aux fistules.

3.4 Responsabilisation

Pour aider les pays à combler les lacunes dans la disponibilité et la qualité des soins de santé maternelle, et à assurer la responsabilisation et l'appropriation à tous les niveaux du système de santé, le MHTF contribue: 1) au renforcement de la gouvernance et des mécanismes de coordination; 2) à la génération, au partage et à l'utilisation de données; 3) à habiliter les intervenants et les bénéficiaires du système de santé; et 4) à aider dans les situations nécessitant des réponses humanitaires.

3.4.1 Governance and coordination

Les sages-femmes sont à l'avant-garde pour garantir le droit des femmes et des nouveau-nés à recevoir des soins de qualité et respectueux. Le MHTF soutient les pays pour assurer un environnement professionnel habilitant pour elles par l'assurance de leur propre responsabilité professionnelle. Comme indiqué dans le rapport 2014 sur *L'état de la Pratique des sages-femmes dans le monde*, "Soutenir et protéger les sages-femmes par la Loi (en leur donnant un droit légal à la pratique) est une reconnaissance importante de leur valeur."⁴

Dans le cadre de son engagement à aider les pays à améliorer la qualité des soins et à renforcer la responsabilisation à tous les niveaux du système de santé, le MHTF a aidé à faire en sorte que tous les décès de femmes en âge de procréation soient notifiés et que tous les décès maternels probables soient examinés par des experts pour identifier et traiter les facteurs contributifs, dans le cadre du programme SDMR (détaillé au chapitre 3 sur les résultats clés).

Enfin, le MHTF a aidé les pays à mettre en place une task-force nationale pour soutenir le développement, la mise en œuvre et le suivi d'une stratégie et d'un plan d'action nationaux pour mettre fin à la fistule obstétricale (voir détails dans les résultats clés).

3.4.2 Suivi de la mise en œuvre - renforcement des systèmes de collecte et d'analyse

Au début de la phase II, le MHTF a facilité la collecte, l'analyse et la diffusion des données du deuxième rapport sur l'état des sages-femmes du monde (2014). Avec le soutien de l'MHTF, les 15 BPs de l'UNFPA dans les États arabes ont élaboré un rapport régional sur les sages-femmes en 2015; Les bureaux de l'UNFPA en Afrique orientale et australe ont préparé un rapport similaire en 2017.

⁴ Source: www.unfpa.org/sowmy, Chapitre 2, version anglaise p. 27.

FIGURE 18 Indicateurs de la qualité des soins dans les pays en 2017

	Bénin	Burkina Faso	Guinée	Madagascar	Niger	Côte d'Ivoire	Soudan
Taux de létalité obstétricale directe (%)	4.8	1.2	1.2	1.2	2.3	1.5	2.0
Taux de mortalité intra-partum et néonatale très précoce (%)	2.1	3.4	2.1	2.5	2.5	1.5	2.3

Source : Enquêtes SONU, Enquêtes rapides SONU (WCARO), Monitoring des SONU

Les évaluations SONU dans 11 pays, les évaluations de la pratique des sages-femmes dans 5 pays prioritaires (Éthiopie, Bangladesh, Mozambique, Afghanistan et Tanzanie) et les analyses des besoins en sages-femmes dans 33 pays ont été appuyées par le MHTF au cours de la phase II. Menées par les autorités nationales, ces exercices ont joué un rôle déterminant dans l'établissement de nouvelles politiques, de nouvelles procédures et de nouveaux systèmes de surveillance. Au total, 17 pays (43%) disposent d'un registre actualisé des données des sages-femmes et 10 pays disposent de données régulières sur la disponibilité et le déploiement de la main-d'œuvre sage-femme. Le MHTF a également appuyé la gestion des SONU dans 6 pays, et a contribué à la révision des outils de collecte d'évaluation des besoins SONU, y compris une nouvelle orientation sur la santé des nouveau-nés.

Les données sont particulièrement difficiles à recueillir et donc à interpréter pour les fistules obstétricales, car ce fléau touche surtout les femmes et les filles pauvres et marginalisées, et parce que la honte et le manque d'éducation causent une sous-déclaration. Le MHTF continue depuis les premières années à soutenir le renforcement des données, en particulier pour l'identification des patients. En 2017, 27 pays (72%) ont renforcé leurs systèmes pour identifier et enregistrer de nouveaux cas de fistules obstétricales. Au niveau mondial, le MHTF collabore avec l'Université Johns Hopkins (JHUSPH) pour générer les premières estimations mondiales de la prévalence et de l'incidence des fistules obstétricales disponibles en 2018.

3.4.3 Autonomisation et plaidoyer

Le soutien du MHTF à la mise au point et à l'utilisation des données et aux campagnes de plaidoyer a contribué à renforcer les engagements nationaux en faveur du renforcement des sages-femmes, des SDMR et des FO.

Le soutien du MHTF au leadership et à l'autonomisation des sages-femmes se fait par le plaidoyer mondial, régional et national. D'autres interventions habilite les femmes souffrant de fistules obstétricales, mobilisent les gouvernements, sensibilisent les communautés aux causes des fistules et connectent les femmes et les filles pour obtenir un soutien, un traitement et une réhabilitation.

Dans le même esprit, la CEF (soutenue par le MHTF) a joué un rôle leader dans la préparation de la Résolution adoptée par l'Assemblée générale des Nations Unies qui a créé la

Journée internationale pour éliminer la fistule le 23 mai de chaque année. Cette importante réalisation internationale a renforcé le leadership de l'UNFPA au sein du système mondial des Nations Unies et a galvanisé la communauté mondiale afin d'accroître sensiblement la sensibilisation, le soutien et le plaidoyer pour mettre fin aux fistules à travers le monde.

3.4.4 Réponse humanitaire

L'année 2017 a été marquée par plusieurs crises nationales ou régionales et des événements climatiques affectant particulièrement les pays soutenus par le MHTF. C'est le cas pour l'Afghanistan, la République centrafricaine, le Mali, la Somalie, le Sud-Soudan et le Yémen. Certaines de ces situations étaient présentes tout au long des quatre années de la phase II de la MHTF. La réponse humanitaire fait partie de la responsabilisation: les bureaux de pays et les programmes de pays de l'UNFPA tiennent compte des besoins particuliers des régions et des populations touchées, influencent les politiques nationales, participent aux évaluations et au suivi, et contribuent à la mobilisation des ressources.

Par exemple dans la crise Ebola en Afrique de l'Ouest, l'UNFPA s'est appuyé sur la vaste expérience du programme de sages-femmes du MHTF, et en collaboration avec les gouvernements de la Guinée, du Libéria et de la Sierra Leone et d'autres partenaires, a élaboré et initié la réponse des sages-femmes du fleuve Mano pour rétablir les systèmes de santé résilients et préparer la période post-Ebola.

Partage des tâches: vers la césarienne effectuée par les sages-femmes au Libéria

Au **Libéria**, 21 agents de santé, dont 19 sages-femmes seniors et deux assistants médicaux, se sont inscrits au programme de partage des tâches pour les soins obstétricaux. Ces agents de santé ont géré un total de 789 cas d'obstétrique, dont 473 césariennes, au cours de leur formation de trois ans dans leur nouveau rôle de cliniciens obstétriques, de 2014 à début 2017.

Manifestations de plaidoyer parallèles à la 72^{ème} Assemblée Générale des Nations Unies

Les événements internationaux suivants démontrent la puissante capacité de plaidoyer du MHTF avec l'événement intitulé "Vers l'équité dans l'accès, la qualité des soins et la responsabilisation pour une meilleure santé maternelle", et l'évènement organisé par de la Campagne pour mettre fin à la fistule "Sécuriser l'espoir, la santé et la dignité pour tous afin d'atteindre les ODDs: la fin de la fistule obstétricale dans une génération."

Sur la base des recommandations du rapport du Secrétaire général, la troisième Commission (sociale, culturelle et humanitaire), le 22 novembre 2016, a adopté la Résolution de l'UNFPA sur "l'intensification des efforts visant à mettre fin aux fistules obstétricales" par consensus avec 135 co-parrains .

La résolution demande également à la communauté internationale d'appuyer les activités de l'UNFPA (Secrétaire de la résolution) et des partenaires de la campagne mondiale pour mettre fin aux fistules. Il encourage en outre les États membres à contribuer aux efforts visant à mettre fin aux fistules obstétricales, notamment par le biais de la campagne mondiale visant à mettre fin aux fistules pour atteindre les ODDs de 2030 et à s'engager à poursuivre les efforts visant à améliorer la maternité dans le but d'éliminer la fistule obstétricale au niveau mondial au sein d'une génération. Voir: www.endfistula.org/publications/un-committee-resolution-fistula-2016.



© Lothar Mikulla, UNFPA, Septembre 2017. Ms. Razia Shamshad, pakistanaise, ancienne porteuse d'une fistule, s'exprime devant l'AG des Nations unies à New York en septembre 2017

Au Yémen, le travail des fistules obstétricales se poursuit malgré le conflit

Avec une grande proportion de mariages précoces et de grossesses d'adolescentes, le Yémen est particulièrement exposé au risque de FO, comme en attestent les rapports et les 200 cas opérés dans les deux centres de fistules soutenus par l'UNFPA depuis 2012. La formation des chirurgiens de fistule a continué en 2016 et 2017 à Addis-Abeba et des opérations ont été effectuées, avec des risques plus élevés dus à la logistique et à l'équipement et aux drogues insuffisantes dans les zones de conflit. La plupart des donateurs externes ont suspendu leur assistance. Le plaidoyer pour la détection des cas et la gestion des cas est assuré par les associations de sages-femmes et les ONG, grâce au soutien du MHTF, mais la réinsertion sociale reste un problème dans l'environnement instable.

Le MHTF a appuyé la création de deux unités dans deux hôpitaux de référence, l'un dans le sud et l'autre dans le nord du Yémen depuis 2010. C'est le seul soutien au projet de fistule au Yémen, car la plupart des donateurs sont plus préoccupés par d'autres services humanitaires,

Le réseau établi de bénévoles communautaires, de sages-femmes communautaires et de points focaux de fistules a besoin d'incitations financières, en particulier dans la situation actuelle de la guerre et l'absence de salaire, pour soutenir le système d'aiguillage pour relier les deux centres régionaux de fistules avec d'autres établissements de santé dans les zones cibles.

La répartition du système de la chaîne d'approvisionnement, le manque de soutien du gouvernement aux établissements de santé publique, y compris le non-paiement des salaires du personnel ont influencé négativement le fonctionnement des établissements de santé qui ont maintenant recours à la perception des frais d'utilisation. Cela constitue une barrière sérieuse pour les yéménites qui ont été grandement appauvris par les crises. L'accouchement à domicile a augmenté et donc réduit considérablement le pourcentage de naissances assistées par des personnels qualifiés.

4^{ÈME} PARTIE RESSOURCES ET GESTION FINANCIERE

4.1 Contexte

Le MHTF comprend deux volets de financement multi-donateurs: le Fonds thématique pour la santé maternelle et le Fonds thématique pour les fistules obstétricales. En conformité avec la plupart des organisations multilatérales, de plus en plus de ressources de l'UNFPA sont affectées à un but ou à une région spécifique par les donateurs. Bien qu'il soit positif que les ressources de source extérieure continuent d'augmenter, il convient pour l'organisation qu'elles soient coordonnées et non utilisées isolément, mais qu'elles collaborent à la réalisation du plan stratégique de l'UNFPA. À cet effet, l'unité de gestion des fonds de source extérieure a été nouvellement créée avec quatre priorités: une nouvelle politique de gestion de ces fonds, un système de surveillance fréquent et normalisé, un système d'allocation des ressources axé sur les besoins, et un nouveau processus de planification du travail avec une plus grande implication des bureaux régionaux de l'UNFPA et un début plus précoce du processus de planification.

Les deux fonds du MHTF ont été intégrés par programme dans le cadre du MHTF depuis 2009. La plupart (97%) des fonds consacrés à la campagne pour mettre fin à la fistule sont désormais directement fournis par le Fonds thématique pour la santé maternelle, car cela facilite la coordination et la gestion des programmes.

4.2 Les Fonds thématiques pour la santé maternelle et pour les fistules obstétricales

Globalement, comme le montre l'annexe 4-A, l'allocation approuvée pour le MHTF était légèrement plus faible en 2017 qu'elle ne l'était en 2016, soit 13,7 millions de dollars US contre 14,8, une réduction de 6,4%. Cette réduction confirme la tendance observée tout au long de la phase II, comme l'indique la figure 19.

Comme le montre le tableau en Annexe 4-B, en raison d'une combinaison de facteurs liés aux ressources, le budget total réparti dans les pays a diminué de 2017 à 9,8 millions USD, contre 11,3 millions USD en 2016, soit une réduction de 14%. Par conséquent, tous les pays, sauf 5, ont bénéficié d'une allocation moins élevée qu'en 2016, passant entre moins 1% à moins 44%. Deux pays ont reçu la même allocation, le Sud-Soudan et le Mozambique, tandis que trois pays ont reçu une augmentation (modeste) de 3% à 7%, le Togo, le Timor Leste et le Congo-Brazzaville.

Quelques pays, comme l'Éthiopie, le Bangladesh, le Mozambique, le Sud-Soudan, ont réussi à compenser la baisse du financement du MHTF en tirant parti de sources alternatives (voir encadré)

FIGURE 19 Tendances de l'allocation et des dépenses du 'MHTF au cours de la phase II, en dollar US

Année	2014	2015	2016	2017	Toute la phase II
Allocation approuvée	17 610 660	15 616 059	14 789 585	13 850 631	61 868 935
Dépenses	17 280 579	13 674 251	13 968 161	13 257 603	58 180 593
Taux de mise en œuvre	98%	88%	94%	96%	94%

FIGURE 20 Evolution des ressources et des dépenses pour chacun des deux fonds thématiques pendant la Phase II (US\$)

	Ressources du Trust Fund Fistule Obstétricale ZZT03				Ressources du Trust Fund Santé Maternelle ZZT06			
	Statut au 1er janvier	Ressources venant des donateurs	Autres ressources	Total disponible (ou pertes)	Statut au 1er janvier	Ressources venant des donateurs	Autres ressources (ou pertes)	Total disponible
2014	298 667	431 77	2 281	732 725	60 974 207	3 649 195	(6 186 526)	58 436 876
2015	240 757	370 269	3 460	614 485	41 962 584	2 189 091	(1 679 468)	42 472 208
2016	350 337	366 824	4 258	721 419	29 063 766	1 593 043	(963 955)	29 692 855
2017	418 748	435 015	7 983	861 746	16 067 246	7 840 760	(43 801)	23 864 205

Dépenses

	ZZT03 - Fistule Obstétricale	ZZT06 - Santé Maternelle
2014	491 968	16 788 611
2015	264 148	13 410 103
2016	334 119	13 634 042
2017	381 171	12 876 432

L'Éthiopie a compensé le déclin du financement MHTF en tirant parti de sources alternatives de soutien pour les fistules, les sages-femmes et l'obstétrique.

Le gouvernement éthiopien a massivement investi dans l'amélioration de la santé maternelle et néonatale depuis l'année 2000. En conséquence, son taux de mortalité maternelle a diminué de 60%, passant de 897 en 2000 à 353 en 2015, et son taux de mortalité néonatale de 45 à 29. L'un des premiers bénéficiaires du MHTF depuis 2008, il a réussi à compenser la diminution du volume du financement MHTF en attirant des sources alternatives au cours de la phase II du MHTF (voir tableau)

FIGURE 21 financement du MHTF en Ethiopie (US dollar)

Année	Financement MHTF en US dollar	Financement MHTF et autres sources
2013	1 500 000	1, 000,000 contribué par le FONDS OMDs principalement pour les SONU et les salaires des conseillères sages-femmes au bureau de pays de l'UNFPA. Pour les activités de sage-femme, le pays a utilisé les fonds suédois (SIDA).
2014	1 000 000	500 000 contribués par le FONDS OMDs, principalement pour les SONU et les salaires des conseillères sages-femmes. Pour les activités de sage-femme, le pays a utilisé les fonds SIDA et H6.
2015	750 000	Fonds pour les SONU, les traitements des fistules et des conseillères sages-femmes. Pour les activités de sage-femme, le pays a utilisé les fonds H6.
2016	540,000	Fonds utilisés pour les fistules, les salaires des conseillères sages-femmes et peu d'activités de sages-femmes puisque la plupart des activités de sages-femmes étaient couvertes par les fonds H6, y compris pour la nouvelle évaluation des besoins SONU
2017	474 017	Les fonds utilisés pour la fistule, les conseillères sages-femmes et peu d'activités de sage-femme puisque la plupart des activités de sage-femme étaient couverts par les fonds H6.

Contributions

Comme le montre la figure 19, le Fonds thématique pour la santé maternelle a reçu \$6,9 millions en 2017, une réduction de 48 pour cent par rapport à 2016, quand elle a reçu \$13,4 millions.

FIGURE 22 Contributions totales des donateurs au Fonds thématique pour la santé maternelle en 2017

Donateurs	Recettes reconnues * (\$ US)	Recettes collectées (US \$)
Suède	3 784 057	3 592 384
Allemagne	2 246 155	1 061 321
Luxembourg	2 027 748	2 027 748
Pologne	98 728	98 728
Amis de l'UNFPA	94 087	94 087
GE Healthcare	25 000	25 000
TOTAL	8 275 775	6 899 268

* les recettes reconnues signifient de nouveaux engagements, tandis que les recettes collectées comprennent les montants réels transférés au UNFPA en 2017. Pour ce rapport, la dernière colonne est la plus importante. Les recettes reconnues sont indiquées parce qu'elles peuvent figurer dans d'autres États financiers de ce programme.

Budget de fonctionnement

Le budget de fonctionnement du MHTF en 2017 englobe le solde de fin d'exercice de 2016 plus le revenu reçu au cours des trois premiers trimestres de 2017. Le revenu reçu au cours du quatrième trimestre sera généralement reporté à l'année suivante, puisqu'il ne peut normalement pas être programmé et dépensé dans ce laps de temps court. Conformément aux normes comptables internationales du secteur public, les transactions ne sont comptabilisées comme dépenses que lorsque les services ou les biens ont effectivement été effectués ou remis au partenaire d'exécution.

FIGURE 23 Budget de fonctionnement de la santé maternelle dans la phase II, entre 2014 et 2017, en million dollar

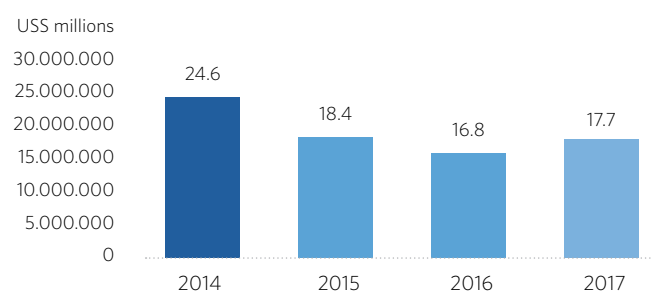
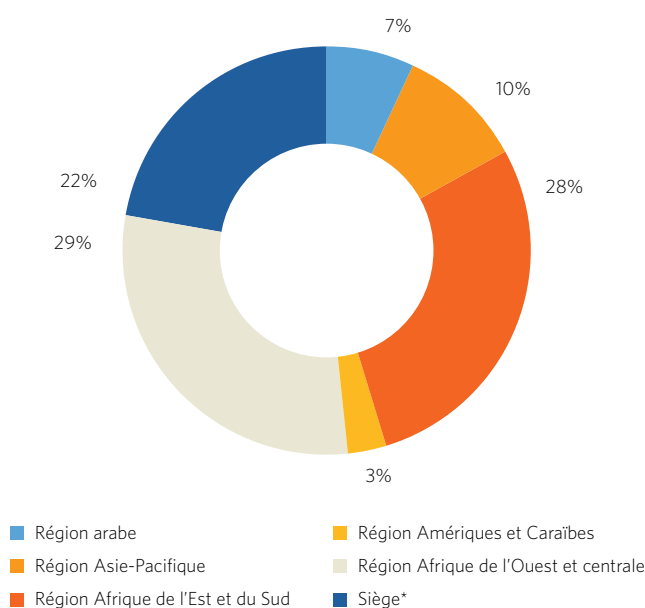


FIGURE 24 part des dépenses pour la santé maternelle par région et globalement en 2017



* Incluant des activités au siège et des activités faites par les partenaires d'exécution tels que les institutions de recherche, ONGs etc... la majorité soutenant des activités au niveau des pays

Dépenses

En raison de la diminution des allocations, les dépenses ont aussi chuté en 2017 (Figure 19).

En 2017, les dépenses des programmes nationaux et régionaux représentaient 77% des dépenses,

Sur les dépenses totales, 17% ou \$2,2 millions ont été déboursés par l'intermédiaire d'ONG; 24 pour cent ou \$3,2 millions ont été déboursés par l'intermédiaire d'un partenaire gouvernemental; et 59%, correspondant à \$7,8 millions ont été déboursés directement par l'UNFPA.

Comme on peut voir sur la Figure 24, l'Afrique occidentale et centrale représentait la plus grande partie des fonds alloués à la santé maternelle, avec 30% (\$4 millions) du total. L'Afrique de l'est et du sud est arrivée deuxième à 28 pour cent (\$3,6 millions). Les dotations globales ont constitué 22% (\$3 millions), dont 4,5% (\$602 400) ont été acheminés à des ONG et à d'autres institutions pour leurs interventions, en particulier au niveau des pays. L'Asie et le Pacifique comptaient pour 10% (\$1,4 million), les États arabes pour 7% (\$877 000) et l'Amérique latine et les Caraïbes pour 3% (\$414 000).

Au regard des allocations approuvées, le taux d'exécution était de 96% en 2017. Cela se compare à 94% en 2016, où le total des affectations approuvées était de \$14,8 millions et les dépenses étaient de \$14 millions pour 39 pays, 2 bureaux régionaux et des unités du siège.

5^{ÈME} PARTIE CONCLUSION ET PERSPECTIVES

5.1 Conclusion de la Phase II

Depuis sa création en 2008, le MHTF a démontré son rôle unique dans la santé mondiale. Tout au long de la Phase II (2014-2017), avec une riche expertise technique, le MHTF a fourni un leadership global et un soutien financier, technique et stratégique aux gouvernements et aux ministères de la santé afin de formuler, de financer, de mettre en œuvre et de suivre les stratégies et programmes de la SSR. Dans la plupart des pays, la santé maternelle a été élevée à un niveau prioritaire, en ce qui concerne les principes relatifs aux droits de l'homme et à l'équité des genres. Les compétences à tous les niveaux se sont améliorées. Les pays ont effectué des évaluations des besoins et des évaluations de programmes fondées sur des données améliorées. Avec l'appui du MHTF, les pays ont également démontré leur capacité à s'adapter à des situations inattendues de conflit ou de catastrophe naturelle, et à respecter les principes des droits de l'homme.

Les résultats clés, qui intègrent les quatre années de la Phase II, sont résumés dans la Figure 25 et détaillés dans la troisième partie de ce document. Ils sont impressionnants, avec 6 produits sur 15 réalisés, 2 presque réalisés, et 4 sur la bonne voie. Chaque indicateur, cependant, peut être encore amélioré, et même aller au-delà des objectifs fixés en 2013 dans le plan d'affaires 2014-2017.

Un indicateur résume la situation: Le MHTF au cours de la Phase II a contribué à prévenir 48 105 décès maternels entre 2013 et 2017. Le chiffre s'élève à 119 127 depuis le début du programme en 2008

Trois pays soutenus par le MHTF (République Populaire Démocratique du Laos, Rwanda et Timor Oriental) ont atteint l'ODM 5, et 12 ont sensiblement progressé (réduction du TMM supérieure à 50% par rapport à 1990). Avec la transition en cours vers les ODDs et l'AGENDA 2030, l'approche spécifique et unique du MHTF résumée dans la Figure 25, continuera à faire progresser la situation.

Malgré ces progrès significatifs, cependant, certains défis originels sont demeurés. Les contraintes financières ont marqué les quatre années de la Phase II, avec une diminution régulière des ressources année après année, qui ont, entre autres, empêché le MHTF de couvrir un nombre croissant de pays (jusqu'à 48 prévus dans le plan d'affaires initial). Une autre contrainte, qui avait été évoquée dans les "risques et hypothèses" du plan d'affaires, était liée à l'instabilité écologique et politique de nombreux pays (conflits internes, catastrophes climatiques). Les équipes de pays de l'UNFPA dans les pays touchés ont dû lutter et s'adapter, en contact étroit avec les gouvernements, pour trouver des réponses adéquates aux défis et maintenir un paquet minimum d'activités MHTF. Les partenaires ont joué un rôle déterminant dans leur soutien.

5.2 Perspectives pour la phase III

A la fin de la phase II (2014-2017), les pays et les bureaux régionaux, pour leur part, sont extrêmement préoccupés par le fait que l'élan doit continuer et, si possible, se renforcer à l'avenir. Leur agenda est loin d'être atteint, et la plupart d'entre eux souhaitent accélérer la mise en œuvre, atteindre les groupes vulnérables, lancer des processus novateurs, améliorer leur gestion, orienter leurs statistiques dans le sens de leurs objectifs nationaux. Ils considèrent le MHTF comme un catalyseur, non seulement pour contribuer à améliorer la santé maternelle et néonatale, mais aussi pour attirer l'attention des autres donateurs, développer leur capacité de gestion, améliorer les connaissances et la compétence de leurs fournisseurs, et gagner la confiance de leur population.

La Phase II mettra un accent particulier sur les personnes laissées pour compte, les plus isolées (p. ex. les Jeunes Mères, adolescentes, femmes pauvres, femmes handicapées (y compris par la fistule) et les femmes

FIGURE 25 coup d'œil sur les résultats-clés de la Phase II du MHTF

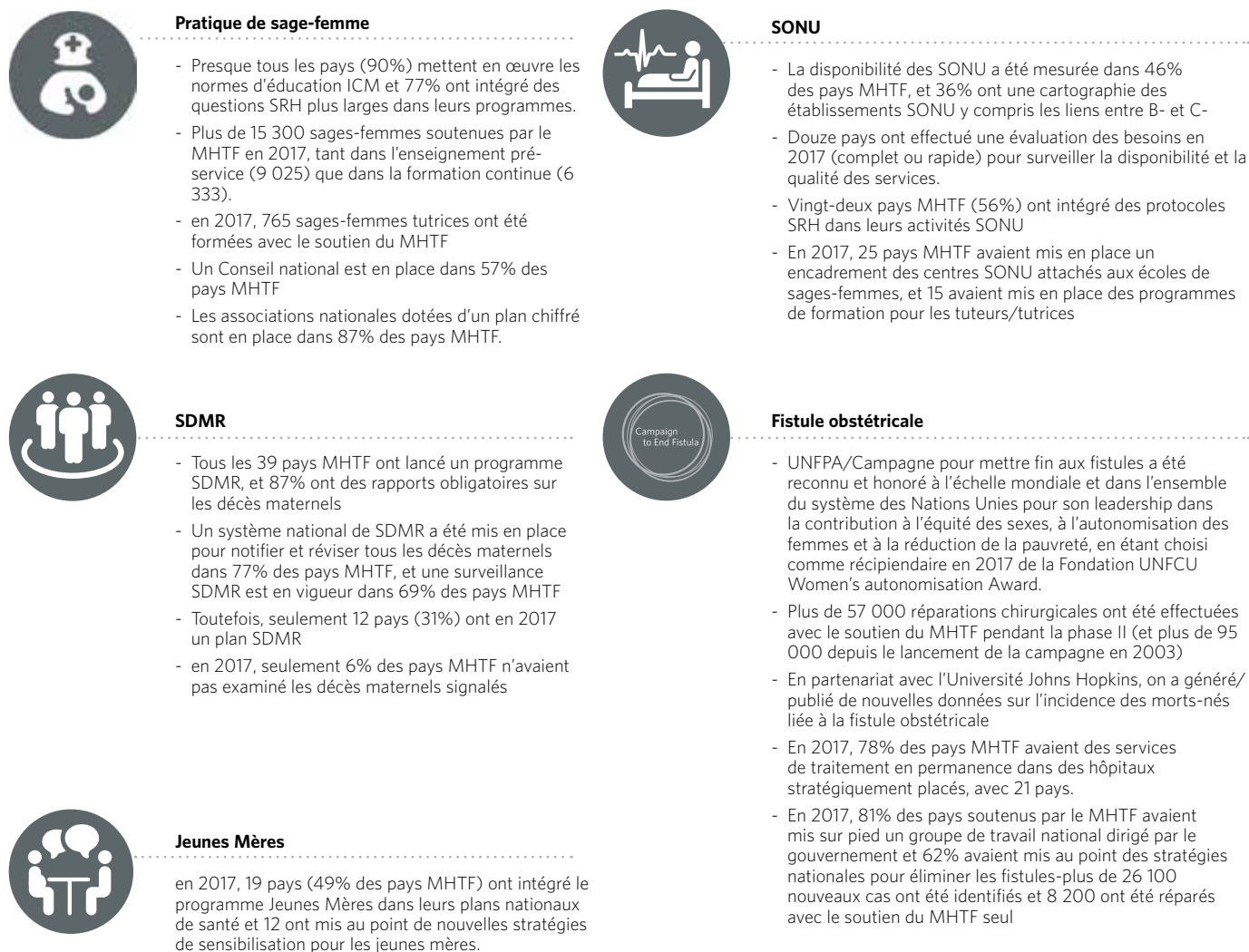


FIGURE 26 L'approche originale du MHTF



autochtones), et aidera les pays à faire en sorte que les politiques et les programmes soient orientés vers ceux qui sont les plus désavantagés. Les trois principes d'équité, de qualité des soins et de responsabilisation seront au cœur de la Phase III.

Le MHTF continuera également d'appuyer les pays de façon plus générale pour faire les choix de politiques les mieux informés, en se fondant sur les dernières données probantes, afin qu'ils puissent prioriser, planifier, budgétiser, mettre en œuvre, surveiller et évaluer les services de santé maternelle qui fournissent des résultats pour les femmes et les filles, en particulier celles qui sont laissées en arrière.

La Phase III renforcera également l'intégration et renforcera la complémentarité entre les domaines de travail MHTF et d'autres composantes de la santé sexuelle et reproductive pour avoir un impact encore plus important. Un plan d'affaires détaillé a été élaboré pour appuyer la mise en œuvre en 2018-2022, conformément au plan stratégique 2018-2021 de l'UNFPA. Les donateurs ont été sensibilisés au processus et ont été invités à le soutenir.

La phase III équilibrera les ressources propres et les autres ressources de l'UNFPA. Elle travaillera en tandem avec UNFPA Supplies et sera alignée sur le nouveau Plan Stratégique des Sages-Femmes couvrant 2018 à 2030

Les enseignements tirés pendant la mise en œuvre des deux premières phases du MHTF révèlent des Messages clés qui orienteront et raffineront les interventions stratégiques qui seront mises en œuvre dans la phase III:

Continuer à se concentrer sur les femmes, y compris les groupes jeunes et vulnérables, comme premières cibles. Par conséquent, une approche centrée sur les femmes, axée sur la détection et la lutte contre les violations de leurs droits et de leur intégrité dans tous les aspects de leur vie reproductive. Tout en ne perdant pas de vue l'objectif central de la réduction de la mortalité maternelle, étendre les interventions pour répondre à tous les autres besoins reproductifs et maternels des femmes: par exemple, intégrer les morbidités autres que la fistule obstétricale, comme les autres causes d'incontinence urinaire, le prolapsus utérin, les infections pelviennes chroniques, les maladies inflammatoires pelviennes, la prévention et la détection précoce du cancer du col de l'utérus, l'anémie sévère, les problèmes psychologiques, conséquences de la violence, l'accès à un avortement sûr, là où il est légal. Le centre de toutes les activités peut rester la maternité

(centre de santé SONU fonctionnel), tout en continuant et en renforçant les initiatives communautaires, à condition qu'il soit utilisé non seulement comme une salle d'accouchement, mais un endroit où toutes les femmes peuvent parler de leurs autres problèmes et recevoir une attention compatissante et compétente. Il est également nécessaire d'explorer davantage les possibilités d'impliquer les hommes dans la programmation pour améliorer les soins maternels et néonataux.

Intégrer dans les réponses fournies par les sages-femmes, les SONU et la prévention des fistules, **les besoins particuliers** des adolescentes, et ceux des femmes les plus pauvres, des femmes handicapées et des femmes autochtones. Les interventions doivent aussi toujours prendre en compte la santé et le bien-être du nouveau-né, car il s'agit d'une partie indivisible de la santé maternelle. Plusieurs pays ont commencé à intégrer les programmes de la mère et du nouveau-né. Les décès périnataux doivent être inclus dans le SDMR pour traiter toute la gamme des données nécessaires pour améliorer la qualité des soins et éviter les décès maternels et néonataux.

Promouvoir l'innovation, utiliser des dispositifs électroniques et de nouvelles technologies, par exemple le lancement de du Registre global électronique, ou l'utilisation de SIG/GPS pour localiser les établissements SONU, calculer le temps de transport pour le transfert des cas complexes, et calculer les populations couvertes par les services. La connaissance et l'adaptation des données fournies par la science devraient être développées.

Renforcer les critères d'inclusion des pays. Au fil du temps, la situation change dans les pays, les besoins peuvent augmenter en vue des crises humanitaires ou des conflits, les performances peuvent diminuer en raison de changements bureaucratiques, et vice-versa. Afin de rationaliser la sélection des pays, d'optimiser les résultats globaux du MHTF et de tirer le meilleur parti de ressources limitées, un ensemble révisé de critères a été examiné et adopté en 2017 pour application en 2018 et les années suivantes. Une sélection différente de pays devra être envisagée au début de chaque année, comme cela a déjà commencé en 2018, selon des critères mais aussi des promesses et des contributions efficaces des donateurs.

Promouvoir des stratégies fondées sur des données de recherche convaincantes. Utiliser le plaidoyer international et les résultats probants de l'expérience mondiale pour renforcer encore les bases de la programmation. Le rapport

sur l'état du monde des sages-femmes 2020 et la génération de nouvelles données pour estimer l'incidence de la fistule sur la prévalence à l'échelle mondiale et dans les pays à forte prévalence seront des sources importantes d'information.

Améliorer la responsabilisation pour améliorer la qualité des soins et l'équité dans tous les domaines de travail, notamment par l'amélioration des programmes SDMR intégrés.

Mobiliser l'engagement politique, l'appropriation par les gouvernements, et l'augmentation des investissements dans les pays touchés par la fistule obstétricale, en les soutenant pour développer, mettre en œuvre et surveiller les stratégies nationales à la fois coûteuses et à long terme, afin de mettre fin à la fistule au sein d'une génération (et éloigner les stratégies de l'approche exclusivement de type campagne)

Démontrer les bienfaits d'une gestion rationnelle et efficace des ressources, grâce à une coordination efficace et à une transparence des mécanismes de gestion.

Il est temps pour le MHTF de capitaliser sur son rôle de leader mondial, de s'appuyer sur les expériences passées, de galvaniser les capacités des partenaires impliqués et de redynamiser les acteurs clés pour faire de la «mortalité maternelle évitable» et de la «fin de la fistule dans un génération" des réalités tangibles.

ANNEXES

Annexe 1: Interventions stratégiques par Résultats et Produits

Annexe 2: Cadre des indicateurs de résultats (2014-2017)

Annexe 3: Décès maternels évités, méthodologie

Annexe 4A: Ressources et gestion: Allocations, dépenses et taux d'exécution

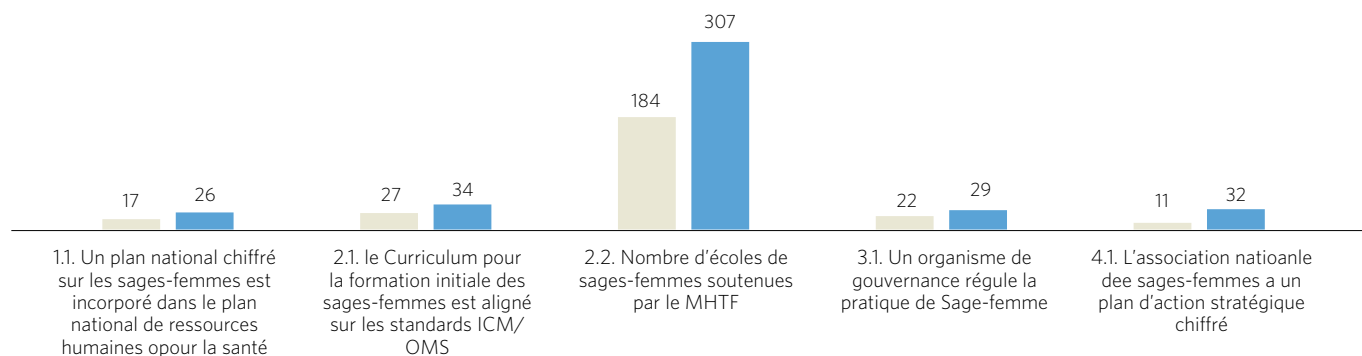
Annexe 4B: Ressources et gestion: Différences dans les allocations budgétaires par pays entre 2016 et 2017

Annexe 5: Partenaires dans la campagne pour mettre fin aux fistules

ANNEXE 1: INTERVENTIONS STRATÉGIQUES PAR RÉSULTATS ET PRODUITS

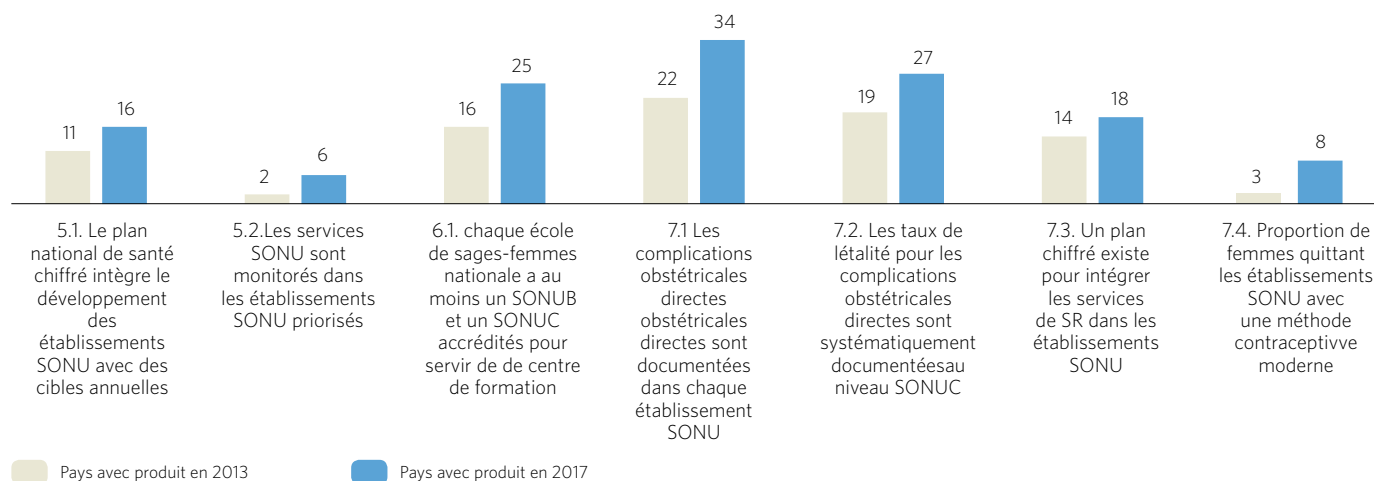
Résultat A: Pratique de sage-femme

Indicateurs d'intervention stratégiques: Progrès entre 2013 et 2017



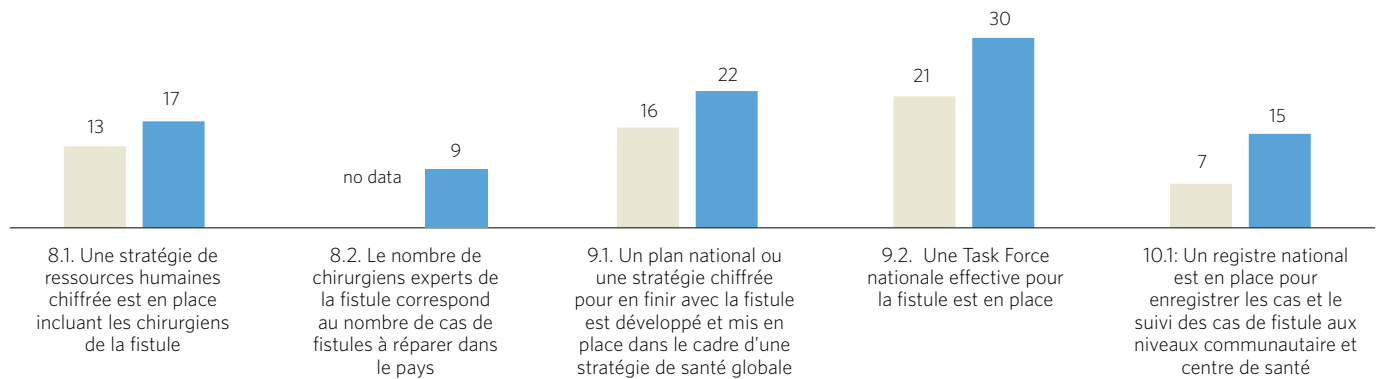
Résultat B: SONU

Indicateurs d'intervention stratégiques: Progrès entre 2013 et 2017



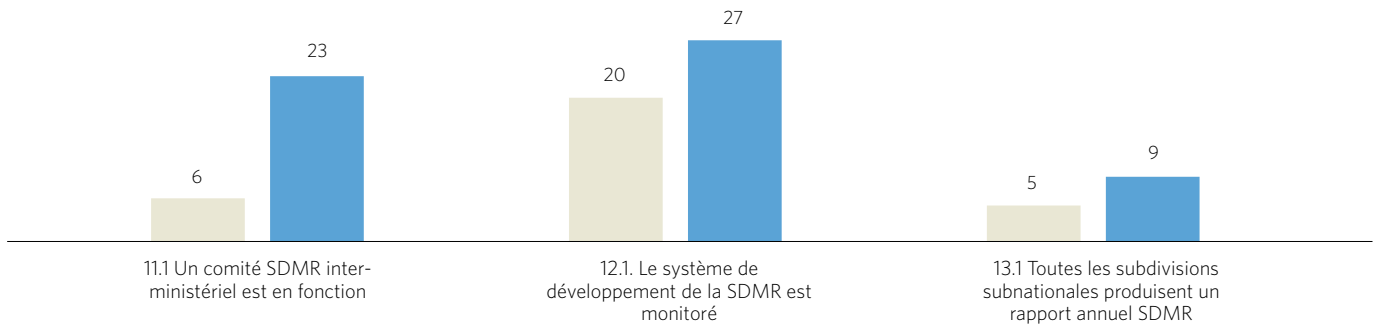
Résultat C: Fistule

Indicateurs d'intervention stratégiques: Progrès entre 2013 et 2017



Résultat D: SDMR

Indicateurs d'intervention stratégiques: Progrès entre 2013 et 2017



■ Pays avec produit en 2013

■ Pays avec produit en 2017

ANNEXE 2: TABLEAU DES INDICATEURS DE RÉSULTATS POUR 2014-2017

Résultat A : Capacité nationale renforcée pour mettre en œuvre un programme intégré de pratique de sage-femme

Produits		En 2017, 60% des pays soutenus par le MHTF auront élaboré des plans de ressources humaines pour la santé nationaux chiffrés avec incorporation des mesures concernant les sages-femmes		En 2017, 80% des pays appuyés par le MHTF ont révisé leur programme national de formation des sages-femmes selon le modèle des compétences essentielles ICM/OMS				
Indicateurs	Proportion de naissances assistées par du personnel compétent Pour le quintile le plus pauvre de la population		Un plan national chiffré de personnel sages-femmes est intégré dans le plan national de ressources humaines pour la santé		Le curriculum pour la formation initiale des sages-femmes est fondé sur les standards ICM/OMS		Nombre d'écoles de sages-femmes soutenues par le MHTF	
	2013 (baseline)	2017	2013 (baseline)	2017	2013 (baseline)	2017	2013 (baseline)	2017
Afghanistan			N	Y	Y	Y	0	2
Bangladesh	31,7%	50%	N	Y	Y	Y	16	38
Bénin	60%	100%	Y	Y	Y	Y	1	2
Burkina Faso	50,5%	85%	Y	Y	Y	Y	8	8
Burundi	51%	60%	N	N	Y	Y	1	1
Cameroun	19,1%		N	N	Y	N	0	10
République Centrafricaine	33,1%	40%	Y	N	Y	Y	0	0
Tchad			Y	Y	Y	Y	1	7
Congo			N	N	Y	N	2	1
Côte d'Ivoire	35%		Y	Y	Y	Y	5	5
République Démocratique du Congo			N	Y	Y	Y	6	12
Ethiopie	2%	13%	N	Y	Y	Y	31	33
Ghana	38,6%		N	Y	Y	Y	20	36
Guinée Conakry	45%		Y	Y	Y	Y	0	0
Guinée Bissau			Y	N	Y	Y	0	1
Haïti	9,6%	20%	N	N	Y	Y	1	1
Kenya	44%	65%	N	N	Y	Y	0	23
République Démocratique Populaire Lao			Y	Y	N	Y	9	9
Libéria	61%	80%	N	Y	Y	Y	4	5/6
Madagascar	27%		N	Y	N	Y	6	6
Malawi	71%		Y	Y	Y	Y	1	14
Mali			Y	Y	Y	Y	5	5
Mauritanie			Y	N	N	N	5	5
Mozambique			Y	Y	Y	Y	0	
Népal			N	N	N	Y	0	2
Niger			Y	Y	N	Y	2	0
Nigéria	6%		N	Y	N	Y	0	25
Pakistan			Y	N	N	Y	1	49
Rwanda			N	N	N	Y	0	7
Sénégal			N	Y	Y	Y	0	0
Sierra Léone			N	Y	N	N	0	0
Somalie			Y	Y	Y	Y	6	15
Soudan du Sud			N	Y	Y	Y	1	5
Soudan			N	Y	N	Y	18	3
Timor-Leste			N	N	Y	Y	0	1
Togo	27%		N	Y	Y	Y	1	0
Ouganda		70%	Y	Y	N	Y	18	20
Yémen	17%		N	N	Y	N	0	
Zambie			Y	Y	N	Y	15	15

	En 2017, 50% des pays soutenus par le MHTF ont une instance gouvernementale régulant la pratique de sage-femme		En 2017, 80% des pays soutenus par le MHTF ont une association de sages-femmes impliquée dans les formations et les politiques de santé maternelle	
	Une instance gouvernementale régule la pratique de sage-femme		L'association nationale de sages-femmes un Plan d'action stratégique chiffré	
	2013 (baseline)	2017	2013 (baseline)	2017
	N	Y	N	Y
	N	Y	N	Y
	Y	Y	N	Y
	Y	Y	Y	Y
	N	N	N	Y
	N	N	Y	N
	Y	Y	N	N
	N	N	N	Y
	Y	Y	N	Y
	Y	Y	Y	Y
	N	N	Y	Y
	N	Y	Y	Y
	Y	Y	Y	Y
		N	N	Y
	N	N	N	Y
	Y	Y	N	Y
	Y	Y	N	Y
	Y	Y	Y	Y
	Y	Y	Y	Y
	Y	Y	N	Y
	Y	Y	Y	N
	Y	Y	Y	Y
	Y	Y	N	Y
	N	Y	N	N
	Y	Y	Y	Y
	N	Y	N	Y
	Y	Y	N	Y
	Y	Y	N	Y
	Y	Y	N	Y
	N	Y	N	Y
	Y	Y	N	N
	Y	Y	N	Y
	N	N	N	Y
	N	Y	N	Y
	N	N	N	N
	N	N	N	Y
	Y	Y	N	Y
	N	N	N	N
	Y	Y	N	Y

ANNEXE 2: TABLEAU DES INDICATEURS DE RÉSULTATS POUR 2014-2017

Résultat B : Renforcement de la capacité nationale à procurer des SONU de qualité et intégrés									
Produits			En 2017, 80% des pays soutenus par le MHTF sont en mesure de surveiller la disponibilité des services de la disponibilité des fonctions SONU dans les établissements désignés par le MS				En 2017, 20% des pays soutenus par le MHTF auront au moins un SONUB et un SONUC connectés à chaque école de sage-femmes		
Indicateurs	Proportion de femmes présentant des complications obstétricales majeures traitées dans les établissements SONU		Le plan national de santé inclut un le développement des établissements SONU avec des cibles chiffrées annuelles		Les fonctions SONU sont monitorées dans les établissements SONU prioritaires		Chaque école nationale de sages femmes a au moins un SONUB et un SONUC accrédités comme centre de formation		
	2013 (baseline)	2017	2013 (baseline)	2017	2013 (baseline)	2017	2013 (baseline)	2017	
Afghanistan			N	N	N	N	N	Y	
Bangladesh			N	Y	N	N	N	Y	
Bénin	23%	75%	Y	Y	N	N	Y	Y	
Burkina Faso	18%	80%	Y	Y	N	Y	Y	Y	
Burundi	18%	20%	N	N	N	N	Y	N	
Cameroun			N	N	N	N	N	N	
République Centrafricaine	29%	40%	N	N	N	N	Y	N	
Tchad			N	N	N	N	N	N	
Congo			Y	N	N	N	N	Y	
Côte d'Ivoire	39%		N	Y	N	N	N	N	
République Démocratique du Congo			Y	Y	N	N	N	Y	
Ethiopie				Y	N	N	N	N	
Ghana			Y	Y	N	N	Y	Y	
Guinée Conakry			Y	Y	N	N	N	Y	
Guinée Bissau			Y	N	N	N	N	Y	
Haïti	20%	10%	N	N	Y	Y	Y	Y	
Kenya	3,70%		Y	Y	N	N	Y	Y	
République Démocratique Populaire Lao			N	Y	N	N	N	Y	
Libéria			N	N	N	N	Y	Y	
Madagascar			N	N	N	Y	Y	Y	
Malawi			Y	N	N	N		N	
Mali			N	N	N	N	Y	N	
Mauritanie			N	N	N	N	N	N	
Mozambique			N	Y	N	N	N	Y	
Népal			N	N	N	N		N	
Niger			Y	Y	N	Y	N	Y	
Nigéria			N	N	N	N	Y	Y	
Pakistan			N	N	N	N	N	Y	
Rwanda			N	N	N	N		Y	
Sénégal			N	Y	N	N	N	Y	
Sierra Léone			N	N	N	N	Y	Y	
Somalie			N	N	N	N	Y	Y	
Soudan du Sud			N	N	N	N	N	N	
Soudan			Y	N	N	N	N	Y	
Timor-Leste			N	Y	N	Y	N	N	
Togo		80%	N	N	Y	Y	N	N	
Ouganda			N	Y	N	N	Y	Y	
Yémen	40%		N	N	N	N	Y	N	
Zambie			N	Y	N	N	Y	Y	

En 2017, 60% des pays soutenus par MHTF auront mis au point des processus d'amélioration de la qualité des soins dans les formations SONU fonctionnelles, et initié des processus d'intégration des autres composantes de santé génésique

	Les complications obstétricales directes sont documentées dans chaque établissement SONU		Les taux de létalité pour les complications obstétricales directes sont systématiquement documentées au niveau SONUC		Un plan chiffré existe pour intégrer les services de SR dans les établissements SONU		Proportion de femmes quittant les établissements SONU avec une méthode contraceptive moderne	
	2013 (baseline)	2017	2013 (baseline)	2017	2013 (baseline)	2017	2013 (baseline)	2017
	Y	Y	N	Y		Y		
	Y	Y		Y	N	N	55%	65%
	Y	Y	N	Y	N	Y		
	Y	Y	Y	Y	Y	Y		
	Y	Y		Y	N	N		
	N	N	N	N		N		
	N	Y	N	Y	N	N		
	N	Y	N	Y	N	N		
	N	Y	N	Y	Y	N		80%
	N	N	N		Y	Y		
	Y	Y	Y	Y	N	N		
		Y	Y	Y	Y	N		
	Y	Y		Y	Y	Y	97%	
		Y	Y	Y	Y	Y	68%	
		Y	Y	N	Y	N		
	Y	Y	N	Y	N	Y		25%
	Y	Y	Y	Y	N	N		
	N	Y	N	Y	N	Y		
	Y	Y	Y	Y	N	Y		
	N	N	N	Y	Y	Y		
	Y	Y	Y	Y	N	N		
	Y	Y	Y	N	Y	N		
	N	Y	N	N	Y	Y		
	Y	Y	Y	Y	Y	N		
	Y	N	Y	Y	N	N		
	Y	Y	Y	Y	Y	Y		25%
	Y	Y	Y	Y	Y	N		
	Y	Y	Y	Y	N	N		
		Y		Y	N	Y		
	Y	Y	Y	Y	Y	Y		
	Y	Y	Y	Y	N	N		
	Y	Y	Y	Y	N	N		5%
	N	Y	N		N	N		
	N	Y	N	N	N	N		
	N	Y	N	N	N	Y		5%
	Y	Y	Y	Y	N	Y		10%
	Y	Y	Y		-	Y		5%
		N	N	N	N	N		
	N	Y	N		N	Y		

ANNEXE 2: TABLEAU DES INDICATEURS DE RÉSULTATS POUR 2014-2017

Résultat C : Renforcement de la capacité nationale pour la prévention, le traitement et la réintégration sociale des femmes et filles p							
Produits			En 2017, 50% des pays soutenus par le MHTF auront un nombre adéquat d'experts formés à la chirurgie des fistules pour répondre aux besoins estimés dans le pays				
Indicateurs	Proportion des femmes/filles porteuses d'une fistule ayant reçu un traitement chirurgical		Une stratégie chiffrée de ressources humaines pour la santé est en place incluant les chirurgiens de la fistule		Le nombre de chirurgiens experts de la fistule correspond aux besoins projetés de réparations chirurgicales dans le pays		
	2013 (baseline)	2017	2013 (baseline)	2017	2013 (baseline)	2017	
Afghanistan			N	Y		Y	
Bangladesh			N	N			
Bénin	125	75%	Y	Y		Y	
Burkina Faso	24%	80%	Y	Y			
Burundi	12%	20%	N	N			
Cameroun			N	N		Y	
République Centrafricaine		40%	Y	N			
Tchad			N	N	6/450		
Congo			N	N		Y	
Côte d'Ivoire	I: 400 P: 5000		Y	Y			
République Démocratique du Congo			N	Y			
Ethiopie	I: 3500 P:37500	I:1319 P:24080	Y	Y			
Ghana			N	N			
Guinée Conakry			Y	Y	15		
Guinée Bissau			N	N		Y	
Haïti		10%	N	N			
Kenya			N	Y		Y	
République Démocratique Populaire Lao			N	N			
Libéria			Y	Y			
Madagascar			N	N			
Malawi			Y	N			
Mali			Y	Y			
Mauritanie			N	N	2		
Mozambique			N	Y		Y	
Népal			N	N		N	
Niger			Y	Y		N	
Nigéria			N	N		N	
Pakistan			N	N		N	
Rwanda			N	N		N	
Sénégal			Y	Y	110/64		
Sierra Léone			N	Y		Y	
Somalie			N	N			
Soudan du Sud			N	Y		N	
Soudan			N	N		N	
Timor-Leste			N	N		N	
Togo	344	80%	N	Y		Y	
Ouganda	68%	90%	Y	Y		N	
Yémen			N	N	4		
Zambie			Y	N		N	

Porteuses de fistule obstétricale

En 2017, 80% des pays soutenus par le MHTF auront un Plan national et une stratégie chiffrée pour mettre fin à la fistule obstétricale		En 2017, 80% des pays soutenus par le MHTF auront mis en place un mécanisme pour identifier et repérer tous les cas de fistule afin d'assurer le suivi à long terme, la réhabilitation, ainsi que la future prévention								
Un plan national ou une stratégie chiffrée pour en finir avec la fistule est développé et mis en place dans le cadre d'une stratégie de santé globale		Une Task Force nationale effective pour la fistule est en place		Un registre national est en place pour enregistrer les cas et le suivi des cas de fistule aux niveaux communautaire et centre de santé		Proportion (ou nombre si le dénominateur est inconnu) de nouvelles femmes ou filles porteuses de FO qui sont déclarées (aux niveaux communautaire et centre de santé)		Proportion (ou nombre si le dénominateur est inconnu) de nouvelles femmes ou filles porteuses de FO qui ont été réparées		
2013 (baseline)	2017	2013 (baseline)	2017	2013 (baseline)	2017	2013 (baseline)	2017	2013 (baseline)	2017	
N	Y	N	Y	N	Y		N			
N	Y	N	Y	N	N					
Y	Y	N	N	N	Y	136	200	105	200	
Y	Y	Y	Y	Y	Y	180	338		228	
N	N	Y	Y	N	N	750			400	
Y	Y	Y	Y	N	N				500	
N	N	Y	Y	N	Y		500	175		
N	N	Y	N	N	N					
Y	Y	N	Y	Y	Y		60%			
Y	Y	Y	Y	N	N	799	700	251	400	
N	Y	N	Y	N	N					
Y	Y	Y	Y	N	Y					
N	Y	N	Y	N	Y					
Y	Y	Y	Y	N	Y		100		100	
Y	Y	Y	Y	Y	Y					
	N	N	N		N					
N	N	Y	Y	N	N		90%		800	
	N									
Y	N	Y	Y	Y	Y	50		1317		
N	Y	Y	Y	N				245	1500	
N	Y	Y	Y	N	N					
Y	Y	Y	Y		Y					
N	N	N	N	N	N		50		50	
Y	Y	Y	Y	N	N		NA		25%	
N	N	Y	Y	N				371	50%	
N	Y	Y	Y	N	Y		600			
Y	Y	Y	Y	N	N		N: 12K E:148K		500	
N	N	N	N	Y	N			567		
N	N	N	N	N	N					
Y	Y	Y	Y	Y	N	100	400			
Y	Y	N	Y	Y	Y				260	
N	N	N	Y	N	N			447	150	
N	Y	N	Y	N	Y		1500		600	
N	N	N	Y	N	N					
N	N	N	N	N						
Y	Y	Y	Y	N	N		100		50	
Y	Y	Y	Y	N	Y	1200	5000	1700	3000	
N	N	N	N	N			100%		90%	
N	N	N	Y	N	N				2072	

ANNEXE 2: TABLEAU DES INDICATEURS DE RÉSULTATS POUR 2014-2017

Résultat D: Renforcement de la capacité nationale pour la surveillance des décès maternels et la riposte									
Produits		En 2017, 50% des pays soutenus par le MHTF auront une approche inter-sectorielle pour la mise en oeuvre du programme SDMR		En 2017, 50% des pays soutenus par le MHTF seront en mesure de faire un rapport sur la mise en place des quatre principaux composants de la SDMR (notification obligatoire, revue des décès, analyse et suivi des réponses, rapport annuel national)		En 2017, 50% des pays soutenus par le MHTF auront mis en place un programme de SDMR à l'échelle nationale			
Indicateurs		Les décès maternels qui sont déclarés aux niveaux centres de santé et au niveau communautaire atteignent 80% des décès attendus aux deux niveaux		Un comité SDMR inter-ministériel est en place et opérationnel		Le système de développement du programme SDMR fait l'objet d'un suivi		Toutes les subdivisions au niveau périphérique produisent un rapport annuel SDMR	
	2013 (baseline)	2017	2013 (baseline)	2017	2013 (baseline)	2017	2013 (baseline)	2017	
Afghanistan			N	Y	N	N	N	N	
Bangladesh			N	Y	N	Y	N	N	
Bénin			N	Y	N	Y	N	Y	
Burkina Faso		Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	
Burundi			N	N	Y	N	N	N	
Cameroun				N		N	N	N	
République Centrafricaine			N	N	Y	Y	N	N	
Tchad			N	N	Y	N	N	N	
Congo			N	N	Y	Y	Y	N	
Côte d'Ivoire			N	Y	Y	Y	N	N	
République Démocratique du Congo			N	Y	Y	Y	N	N	
Ethiopie				Y		Y	N	N	
Ghana				Y	N	Y	N	N	
Guinée Conakry				Y	Y	N	Y	N	
Guinée Bissau			N	Y		N	N	N	
Haïti			N	N	N	N	N	N	
Kenya		Y	N	Y	Y	Y	N	N	
République Démocratique Populaire Lao			Y	Y	Y	Y	N	Y	
Libéria			N	Y	Y	Y	N	Y	
Madagascar			N	N	Y	N	N	N	
Malawi			Y	Y	Y	Y	Y	N	
Mali			N	Y	N	Y	Y	N	
Mauritanie			N	N	N	Y	N	N	
Mozambique			Y	Y	N	Y	N	Y	
Népal			N	N		Y	N	N	
Niger			Y	Y	Y	Y	N	Y	
Nigéria			N	Y	N	Y	N	N	
Pakistan			N	N	N	N	N	N	
Rwanda			N	Y	Y	Y	N	N	
Sénégal			N	Y	Y	Y	N	N	
Sierra Léone			N	Y	Y	Y	N	Y	
Somalie			N	N	N	Y	N	N	
Soudan du Sud			N	N	N	N	N	N	
Soudan			Y	Y	Y	Y	N	Y	
Timor-Leste			N	Y	N	Y	N	N	
Togo		Y	N	N	Y	N	N	Y	
Ouganda			N	N	Y	Y	N	N	
Yémen			N	N	N	N	N	N	
Zambie			N	N	N	Y	N	N	

Résultat E: Renforcement de la capacité nationale pour atteindre et fournir des services aux jeunes mères

Produits					En 2017, 50% des pays soutenus par le MHTF auront fait des Jeunes Mères un programme prioritaire dans les plans nationaux de santé, en vue d'améliorer l'accès à des services de santé de qualité.		En 2017, 40% des pays soutenus par le MHTF ont mis en oeuvre des approches novatrices, pouvant être passées à l'échelle, pour améliorer l'utilisation des services de santé par les jeunes mères	
Indicateurs	Utilisation de la CPN ventilée par âge: Pourcentage de femmes et filles âgées de 15 à 19 ans et de 20 à 24 ans ayant eu une naissance vivante et ayant eu une CPN faite par un médecin, une sage femme ou une infirmière au moins une fois pendant la grossesse et au moins 4 fois		Assistance compétente à l'accouchement ventilée par âge: Pourcentage de naissances par des femmes et filles âgées de 15 à 19 ans et de 20 à 24 ans assistées par des personnels compétents (Médecins, sages femmes ou infirmières)		Les Jeunes Mères deviennent une population prioritaire dans le plan national de Santé reproductive, maternelle, du nouveau-né et de l'enfant		Au moins une approche novatrice et pouvant passer à l'échelle pour améliorer l'utilisation des services de santé maternelle par les Jeunes Mères est mise en place	
	2013 (baseline)	2017	2013 (baseline)	2017	2013 (baseline)	2017	2013 (baseline)	2017
Afghanistan					N	Y	N	Y
Bangladesh					N	N	N	N
Bénin	86%	90%	84%		Y	N	Y	Y
Burkina Faso	< 20 y. o. : 96,3%		< 20 y. o. : 68,5%		Y	Y		Y
Burundi			73%		N	N	N	N
Cameroun					N		N	
République Centrafricaine	< 20 y. o. : 69%				N	Y	Y	Y
Tchad					N	Y	N	Y
Congo					N	Y	N	Y
Côte d'Ivoire			58%		N	N	N	Y
République Démocratique du Congo					N	Y	N	N
Ethiopie	20%		19%			N		
Ghana					Y	N	Y	Y
Guinée Conakry						N	N	N
Guinée Bissau						N		
Haïti					N	N	N	Y
Kenya	88.5% 93%		46.6% 42.7%		N	Y	N	
République Démocratique Populaire Lao					N		N	
Libéria	97%				N	Y	N	Y
Madagascar	< 20 y. o. : 80,9%		< 20 y. o. : 42.4%		Y	N	N	Y
Malawi					Y			
Mali					N	N	N	
Mauritanie					N	Y	N	N
Mozambique					N	N	N	
Népal						Y		
Niger					N	Y	N	
Nigéria	"61% for at least one visit		N		N	Y	N	Y
Pakistan	51% for at least four visits"		38%		N	N	N	N
Rwanda	75,9%		55%		N	N	N	Y
Sénégal					Y	Y	N	N
Sierra Léone					Y	Y		Y
Somalie					N	Y	N	
Soudan du Sud					N	Y	N	Y
Soudan								
Timor-Leste					N	N	N	N
Togo					Y		N	Y
Ouganda	72%		59%		N	Y	N	Y
Yémen					Y	N	Y	Y
Zambie					N	Y	N	Y

ANNEXE 3: MÉTHODE DE CALCUL DU NOMBRE DE DÉCÈS MATERNELS ÉVITÉS PAR LE MHTF

Pour chaque pays, les estimations des taux de mortalité maternelle pour les années 1990, 1995, 2000, 2005, 2013 et 2015 proviennent de "Tendances de la mortalité maternelle: 1990-2015" (estimations de l'OMS, de l'UNICEF, de UNFPA, du Groupe de la Banque mondiale et de la Division de la population des Nations Unies). Les estimations pour les années intermédiaires et pour 2017 ont été interpolées en supposant une tendance linéaire. Pour chaque pays, les estimations du nombre de naissances vivantes pour chaque année de 1990 à 2017 ont été tirées du site Web World Population Prospects de la Division de la population des Nations Unies en utilisant les estimations de variantes moyennes.

Pour chaque pays, le nombre de décès maternels chaque année de 1990 à 2017 a été calculé comme suit:

- $MMR(\text{année}) * B(\text{année}) / 100\ 000$
- Où MMR = taux de mortalité maternelle, et B = nombre de naissances.

Pour chaque pays, le nombre de décès maternels qui seraient survenus chaque année entre 1990 et 2017 si le taux de mortalité maternelle du pays était resté à son niveau de 2009 a été calculé pour chaque année de 2010 à 2017 comme suit:

- $MMR(2009) * B(2009) / 100\ 000$
- Où MM = taux de mortalité maternelle, et B = nombre de naissances.

Pour chaque pays, le nombre de vies sauvées chaque année a été calculé en soustrayant le nombre réel de décès maternels pour cette année du nombre calculé de décès maternels pour cette année. Les chiffres pour 2010 à 2017 inclus ont été additionnés pour donner une estimation du nombre total de décès évités depuis 2010. Afin de mieux estimer l'influence du MHTF sur ce résultat, le total des décès évités dans chaque pays a été pondéré par la proportion de la population ciblée par les activités soutenues par le MHTF en pratique de sage-femme, développement des SONU et SDMR. On a supposé que l'élasticité relative à la couverture de la population et à la fistule obstétricale était inférieure à 1.

Ce calcul montre que le MHTF a contribué à éviter 48 105 décès maternels entre 2013 et 2017. Le nombre estimé de décès maternels évités auxquels le MHTF a contribué depuis sa création en 2008 est de 119 127.

ANNEXE 4-A: RESSOURCES ET GESTION -Allocations approuvées, Dépenses, et taux d'exécution financière pour les Fonds Thématiques Fistule et Santé Maternelle combinés, 2016-2017 (incluant les coûts indirects), en US\$

Bureaux régionaux (BR) et Bureaux de pays (BP)/ Support technique global / partenaires	2016 (ZZT03&ZZT06)			2017 (ZZT03&ZZT06)			Changements des Dépenses 2017 vs 2016
	Allocations approuvées	Dépenses	Taux d'exécution (%)	Allocations approuvées	Dépenses	Taux d'exécution (%)	
East and Central Africa Regional Office/ Johannesburg							
BR Afrique de l'Est et Australe / Johannesburg	171,200	124,704	73%	168,000	149,937	89%	25,233
BR Afrique de l'Ouest et Centrale /Dakar	-	-		100,000	103,991	104%	103,991
Bénin	277,938	234,422	84%	296,810	284,814	96%	50,392
Burkina Faso	326,431	313,244	96%	270,880	273,186	101%	(40,058)
Burundi	398,856	373,150	94%	375,753	407,757	109%	34,607
Cameroun	123,050	103,014	84%	111,821	92,975	83%	(10,039)
République Centrafricaine	131,622	130,222	99%	100,000	28,517	29%	(101,705)
Tchad	788,870	794,258	101%	568,174	351,235	62%	(443,023)
Congo	212,100	202,815	96%	192,006	207,717	108%	4,902
Côte D'Ivoire	399,745	369,340	92%	325,211	336,908	104%	(32,432)
République Démocratique du Congo	775,750	812,166	105%	615,348	633,513	103%	(178,653)
Ethiopie	1,125,658	413,681	37%	485,996	716,277	147%	302,595
Ghana	311,868	292,688	94%	282,479	255,190	90%	(37,498)
Guinée-Conakry	171,400	170,168	99%	168,960	237,481	141%	67,313
Guinée-Bissau	81,793	35,827	44%	100,000	118,039	118%	82,212
Kenya	236,414	236,189	100%	215,041	208,422	97%	(27,766)
Libéria	121,017	124,418	103%	243,777	196,432	81%	72,014
Madagascar	456,890	450,221	99%	382,128	368,126	96%	(82,095)
Malawi	94,500	95,577	101%	171,189	151,038	88%	55,461
Mali	106,259	66,153	62%	100,000	101,167	101%	35,014
Mauritanie	144,243	143,656	100%	130,650	130,450	100%	(13,207)
Mozambique	112,950	105,609	94%	160,946	131,134	81%	25,524
Niger	323,399	301,428	93%	292,924	281,825	96%	(19,603)
Nigéria	323,973	394,128	122%	271,292	303,850	112%	(90,278)
Rwanda	249,982	227,826	91%	193,471	206,206	107%	(21,619)
Sénégal	199,144	195,392	98%	148,391	167,996	113%	(27,396)
Sierra Léone	265,902	463,155	174%	437,564	438,977	100%	(24,178)
Sud Soudan	107,000	109,249	102%	100,000	93,604	94%	(15,645)
Togo	136,900	134,835	98%	119,100	118,365	99%	(16,469)
Ouganda	241,758	356,746	148%	328,550	316,716	96%	(40,031)
Zambie	376,684	334,284	89%	237,349	203,915	86%	(130,368)
Total Afrique Sub-Saharienne	8,793,296	8,108,565	92%	7,693,809	7,615,759	99%	(492,805)
Etats Arabes							
BR Etats Arabes / Le Caire	-		0%		106,573		106,573
République du Yemen	274,925	258,875	94%	258,049	258,049	100%	(826)
Somalie	338,214	353,339	104%	335,396	414,900	124%	61,561
Soudan	104,076	96,966	93%	100,000	97,531	98%	565
total Etats Arabes	717,215	709,180	99%	693,445	877,053	126%	167,873

ANNEXE 4-A: RESSOURCES ET GESTION -Allocations approuvées, Dépenses, et taux d'exécution financière pour les Fonds Thématiques Fistule et Santé Maternelle combinés, 2016-2017 (incluant les coûts indirects), en US\$

Bureaux régionaux (BR) et Bureaux de pays (BP)/ Support technique global / partenaires	2016 (ZZT03&ZZT06)			2017 (ZZT03&ZZT06)			Changements des Dépenses 2017 vs 2016
	Allocations approuvées	Dépenses	Taux d'exécution (%)	Allocations approuvées	Dépenses	Taux d'exécution (%)	
Asie et Pacifique							
BR /Bangkok	-	-	0%	-	106,528	0%	106,528
Afghanistan	404,620	404,746	99%	343,338	339,001	99%	(65,745)
Bangladesh	138,416	137,905	100%	125,372	125,368	100%	(12,537)
Timor-Leste	339,361	337,561	99%	321,864	319,471	99%	(18,091)
Laos	150,068	135,745	87%	135,926	118,138	87%	(17,607)
Népal	286,874	269,507	98%	241,626	236,332	98%	(33,175)
Pakistan	115,494	113,505	97%	119,100	116,024	97%	2,520
total Asie et Pacifique	1,434,833	1,398,969	97%	1,287,226	1,360,862	106%	(38,107)
Amérique Latine et Caraïbes							
BR Amérique Latine et Caraïbes /Panama city	87,740	86,951	109%	80,000	87,396	109%	445
Haiti	499,977	493,705	88%	370,540	326,480	88%	(167,225)
Total Amérique Latine et Caraïbes	587,717	580,656	92%	450,540	413,875	92%	(166,780)
Support technique global							
Support technique global, y compris partenaires d'exécution	2,984,475	2,708,484	77%	3,236,468	2,507,729	77%	(200,755)
Division Information and Relations Externes	-	-	0%	-	-	0%	-
Branche Media et Communications	272,049	272,333	100%	268,724	269,008	100%	(3,325)
Unité de Gestion des fonds non-centraux		186,813	97%	220,420	213,316	97%	26,503
Total Support technique global	3,256,524	3,170,792	80%	3,725,612	2,990,053	80%	(180,738)
GRAND TOTAL	14,789,585	13,968,161	94%	13,850,631	13,257,603	96%	(710,558)

ANNEXE 4-B: AFFECTATION DU BUDGET DU PAYS MHTF EN 2016 ET 2017 MONTRANT LES CHANGEMENTS (EN US \$)

Pays M = santé maternelle F = fistule obstétricale	Budget 2016 MHTF alloué-sur la base du budget total pour les pays de 11 375 368 USD	allocation budgétaire pour 2017 sur la base de formule révisée et budget total pour les pays de 9 777 019 USD (réduction globale du budget de-14%)	Différence en% entre 2017 et 2016
Afghanistan (M,F)	404 659	343 338	-15%
Bangladesh (M,F)	138 416	125 372	-9%
Bénin (M,F)	341 876	296 810	-13%
Burkina Faso (M,F)	326 430	270 880	-17%
Burundi (M,F)	398 855	375 753	-6%
Cameroun (M,F)	123 455	111 821	-9%
Rép Centrafricaine (F)	177 644	100 000	-44%
Tchad (M,F)	766 684	568 174	-26%
Congo Brazza (F)	180 000	192 006	7%
Côte d'Ivoire (M,F)	399 744	325 211	-19%
RDC (M,F)	830 341	615 348	-26%
Ethiopie (M,F)	597 159	485 996	-19%
Ghana	311 868	282 479	-9%
Guinée Conakry (F)	170 547	168 960	-1%
Guinée Bissau (F)	104 462	100 000	-4%
Haïti (M,F)	500 000	370 540	-26%
Kenya (F)	237 414	215 041	-9%
Laos (M,F)	339 360	321 864	-5%
Liberia (M,F)	265 647	243 777	-8%
Madagascar (M,F)	457 003	382 128	-16%
Malawi (M,F)	189 000	171 189	-9%
Mali (M,F)	106 260	100 000	-6%
Mauritanie (F)	144 243	130 650	-9%
Mozambique (M,F)	161 700	160 946	0%
Népal (M,F)	150 068	135 926	-9%
Niger (M,F)	323 400	292 924	-9%
Nigéria (M,F)	323 973	271 292	-16%
Pakistan (M,F)	286 956	241 626	-16%
Rwanda (M,F)	213 600	193 471	-9%
Sénégal (F)	163 830	148 391	-9%
Sierra Léone (M,F)	531 806	437 564	-18%
Somalie (F)	284 896	258 049	-9%
Sud Soudan (M,F)	100 000	100 000	0%
Soudan (M,F)	338 308	335 396	-1%
Timor leste (M,F)	115 500	119 100	3%
Togo	115 500	119 100	3%
Ouganda (M,F)	404 250	328 550	-19%
Yémen	104 462	100 000	-4%
Zambie (M,F)	246 052	237 349	-4%
TOTAL	11 375 368	9 777 019	-14%

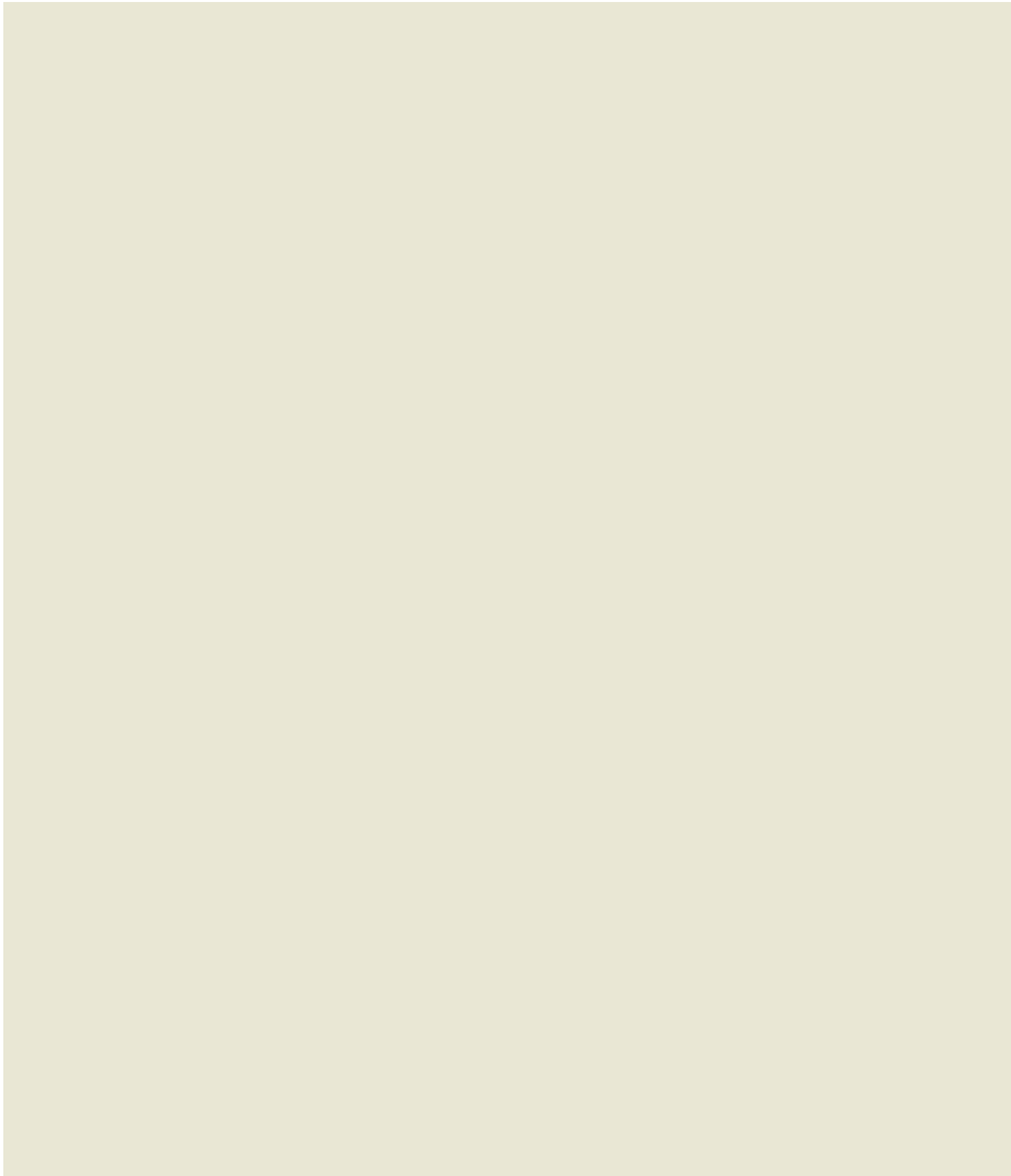
 Pays ayant le plus d'augmentation  Pays avec la plus grande diminution



© UN photo/Eskinder Debebe, 2017.

ANNEXE 5: PARTENAIRES DE LA CAMPAGNE POUR EN FINIR AVEC LA FISTULE OBSTÉTRICALE

Aden Hospital (Yemen), African Medical and Research Foundation, American College of Nurse-Midwives
Babbar Ruga Fistula Hospital (Nigeria), Bangladesh Medical Association, Bill & Melinda Gates Institute for Population and Reproductive Health, Bugando Medical Center (United Republic of Tanzania), CARE, Centers for Disease Control and Prevention (CDC), Centre Mère-Enfant (Chad), Centre National de Référence en Fistule Obstétricale (Niger), Centre National de Santé de la Reproduction & du Traitement des Fistules (Chad), Columbia University's Averting Maternal Death and Disability Program (AMDD), Comprehensive Community Based Rehabilitation in Tanzania (CCBRT), CURE International Hospital of Kabul (Afghanistan), Direct Relief International, Dr. Abbo's National Fistula and Urogynaecology Center (Sudan), East Central and Southern Africa Association of Obstetrical and Gynecological Societies, EngenderHealth, Equilibres & Populations, Eritrea Women's Project, Family Care International, Fistula e.V., Fistula Foundation, Fistula Foundation Nigeria, Focus Fistula (Mozambique), Freedom from Fistula Foundation, Friends of UNFPA, Geneva Foundation for Medical Education and Research, Girls' Globe, Governess Films, Gynocare Fistula Center (Kenya), Hamlin Fistula (Ethiopia), Healing Hands of Joy (Ethiopia), Health and Development International, Health Poverty Action (Sierra Leone), Hope Again Fistula Support Organization (Uganda), Hope Foundation for Women and Children of Bangladesh, Human Rights Watch, Institut de Formation et de Recherche en Urologie et Santé de la Famille (IFRU-SF) (Senegal), International Confederation of Midwives (ICM), International Continence Society, International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO), International Forum of Research Donors (IFORD), International Nepal Fellowship (INF), International Planned Parenthood Federation (IPPF), International Society of Obstetric Fistula Surgeons (ISOFS), International Urogynecological Association (IUGA), International Women's Health Coalition, Islamic Development Bank
Johnson & Johnson, Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, Kupona Foundation
Lake Tanganyika Floating Health Clinic, Ligue d'Initiative et de Recherche Active Pour la Santé et l'Éducation de la Femme (LIRASEF, Cameroon), London School of Hygiene and Tropical Medicine
Maputo Central Hospital (Mozambique), Médecins du Monde, Médecins Sans Frontières (MSF), Mercy Ships, Moi University (Kenya), Monze Hospital (Zambia), Mulago Hospital/Medical School (Uganda)
National Obstetric Fistula Centre, Abakiliki (Nigeria)
Obstetrical and Gynecological Society of Bangladesh, One by One, Operation Fistula
Pakistan National Forum on Women's Health, Pan African Urological Surgeons' Association (PAUSA), Population Media Center, Psychology Beyond Borders
Regional Prevention of Maternal Mortality Network (RPMM, Ghana), Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG)
Sana'a Hospital (Yemen), Selian Fistula Project (United Republic of Tanzania), Société Africaine des Gynécologues-Obstétriciens (SAGO), Société Internationale d'Urologiel, Solidarité Femmes Africaines (SOLFA)
The Association for the Rehabilitation and Re-orientation of Women for Development (TERREWODE, Uganda)
Uganda Childbirth Injury Fund, United Nations Population Fund (UNFPA), United States Agency for International Development (USAID), University of Aberdeen, University Teaching Hospital of Yaoundé (Cameroon)
Virgin Unite, White Ribbon Alliance, Women and Health Alliance International (WAHA), Women's Health Organization International (WHOI), Women's Hope International (WHI), Women's Missionary Society of the African Methodist Episcopal Church, World Health Organization (WHO), World Vision, Worldwide Fistula Fund, Zonta International





Le Fonds Thématique pour la Santé Maternelle

Vers l'Égalité dans l'Accès aux soins, la Qualité des soins et la Responsabilité Phase II (2014-2017) - Rapport Annuel

La Phase II du MHTF (2014-2017) a été sous-tendue par trois principes fondamentaux d'égalité dans l'accès aux soins, la qualité des soins et la responsabilité afin de planifier, programmer et réaliser les résultats dans 39 pays ayant les mortalité et la morbidité maternelle les plus élevées. Le Fonds œuvre pour assurer aux femmes et aux filles l'accès à des services de santé maternelle et du nouveau-né de qualité, qui comprennent aussi les services -clés de santé sexuelle et reproductive et les droits correspondants, en déployant cinq domaines de travail à fort impact et fondés sur l'évidence:

Pratique de sage-femme

- Formation et répartition de sages-femmes
- Régulation de la pratique de sage-femme
- Renforcement des associations de sages-femmes

Soins obstétricaux et néonataux d'urgence

- Mise en place de suffisamment d'établissements de SONU offrant les fonctions essentielles
- Mise en place d'un système de référence/transport entre les établissements pour créer un réseau efficace
- Surveillance et monitoring permanent pour assurer et améliorer la qualité des soins

Surveillance des décès maternels et riposte

- Mise en place d'un système à l'échelle nationale
- Collecte de données de qualité
- Riposte effective pour identifier les causes de mortalité maternelle

La campagne pour en finir avec la fistule

- Formation de chirurgiens experts de la fistule
- Intégration de la chirurgie de la fistule dans le système de santé
- Identification des cas de fistule pour traitement, réhabilitation et réintégration sociale

Programme jeunes mères

- Identification des jeunes filles enceintes pour leur offrir une assistance compétente pendant la grossesse et l'accouchement
- Suivi post partum et mise en place de groupes de soutien à long terme
- Identification d'approches novatrices pouvant passer à l'échelle pour atteindre les jeunes mères enceintes.



United Nations Population Fund
605 Third Avenue
New York, NY 10158

