



NOTE CONCEPTUELLE

Un Mécanisme de Financement Mondial pour Chaque Femme Chaque Enfant

■ 25 Septembre 2014

TABLE DES MATIÈRES

RÉSUMÉ EXÉCUTIF	1
INTRODUCTION	5
Contexte.....	5
Des investissements importants sont nécessaires à partir de financements nationaux et internationaux afin de combler le déficit de financement.....	7
Les modalités de financement affaiblissent la durabilité et l'équité des progrès à mesure que les pays transitent d'un statut de pays à faible revenu à celui de revenu moyen.....	10
L'efficacité des investissements dans la RMNCAH est sous-optimale.....	11
Etat médiocre des systèmes d'enregistrement des faits de l'état civil et de statistiques vitales (CRVS).....	12
Financement inadéquat des biens publics mondiaux	13
Un financement et une gouvernance fragmentés causent des coûts de transaction élevés, entravant les progrès au niveau des pays.....	13
OBJECTIFS ET PRINCIPES POUR UN MÉCANISME DE FINANCEMENT MONDIAL.....	14
Objectif 1: Financer des plans nationaux pour la mise à l'échelle de la RMNCAH et mesurer les résultats.....	17
Objectif 2: Appuyer les pays qui transitent vers un financement national durable de la RMNCAH.....	18
Objectif 3: Financer le renforcement des systèmes d'enregistrement des faits de l'état civil et de statistiques vitales.....	19
Objectif 4: Financer le développement et le déploiement des biens publics mondiaux essentiels pour la mise à l'échelle	20
Objectif 5: Contribuer à une meilleure coordination et à une rationalisation de la structure de financement de la RMNCAH.....	20
SÉLECTION DES PAYS	21
L'ACCÈS DES PAYS AU FINANCEMENT	22
SCÉNARIOS DE FINANCEMENTS DES PAYS DU GFF	24
GOVERNANCE ET MODALITÉS INSTITUTIONNELLES.....	26
Les principes de gouvernance	27
Les modalités institutionnelles.....	27
Les capacités fondamentales du GFF	28
PROCHAINES ÉTAPES ET ÉCHÉANCIER.....	29
ANNEXE 1: MEMBRES DU GROUPE DE TRAVAIL SUR LE GFF	31
ANNEXE 2: LES 75 PAYS DU COMPTE A REBOURS.....	33
ANNEXE 3: MÉTHODOLOGIE POUR ESTIMER LES EFFETS SANITAIRES ET LES DÉFICITS EN RESSOURCES	36
ANNEXE 4: CADRE CONCEPTUEL	40
ANNEXE 5: RÔLE DU SECTEUR PRIVÉ.....	41
ANNEXE 6: PARTENARIAT POUR DE MEILLEURS RÉSULTATS DE SANTÉ MATERNELLE ET INFANTILE EN RDC.....	42
ANNEXE 7: LES FEUILLES DE ROUTE DE FINANCEMENT POUR LA RMNCAH.....	44
ANNEXE 8: TIRER PROFIT DE L'IDA À TRAVERS LE FONDS FIDUCIAIRE POUR L'INNOVATION EN MATIÈRE DE RÉSULTATS DE SANTÉ	47

ACRONYMES ET ABRÉVIATIONS

BIRD	Banque Internationale pour la Reconstruction et le Développement
CRVS	Systèmes d'enregistrement des faits de l'état civil et de statistiques vitales
CFCE	Chaque Femme, Chaque Enfant
DFID	Département du Développement International
EPMCD	Mettre fin aux décès évitables de mères et d'enfants
FBR	Financement Basé sur les Résultats
FMSTP	Fonds Mondial de lutte contre le SIDA, la Tuberculose et le Paludisme
FNUAP	Le Fonds des Nations Unies pour la Population
GBM	Groupe de la Banque Mondiale
GFF	Mécanisme de Financement Mondial
HRITF	Fonds Fiduciaire pour l'Innovation en matière de Résultats de Santé
IDA	Association Internationale pour le Développement
iERG	Groupe de Revue d'Experts Indépendants
IHP+	Partenariat International pour la Santé
IMCI	Gestion intégrée des maladies infantiles
NU	Nations Unies
ODD	Objectifs pour le Développement Durable
OMD	Objectifs du Millénaire pour le Développement
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation Non-Gouvernementale(s)
OSC	Organisation de la Société Civile
PFR	Pays à Faible Revenu
P4H	Providing for Health - Social Health Protection Network
PRM	Pays à Revenu Moyen
PRMI	Pays à Revenu Moyen Inférieur
PRMS	Pays à Revenu Moyen Supérieur
PSMNE	Partenariat pour la Santé de la Mère, du Nouveau-né et de l'Enfant
RMNCAH	Médecine de la procréation et santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent
RDC	République Démocratique du Congo
SIDA	Syndrome d'ImmunoDéficiency Acquis
SDMR	Surveillance des Décès Maternels et Riposte
SMNI	Santé Maternelle, Néonatale et Infantile

RÉSUMÉ EXÉCUTIF

Alors que le monde se rapproche de la date butoir de 2015 pour les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD), les progrès réalisés pour améliorer la santé maternelle et infantile deviennent évidents. Cependant, malgré ces progrès, il est également clair que beaucoup reste encore à faire: bien trop de nouveau-nés, d'enfants, d'adolescents et de femmes meurent chaque année de maladies évitables et trop peu bénéficie d'un accès fiable à des services de santé de qualité.

Il existe aujourd'hui un élan mondial sans précédent pour accélérer davantage les avancées en matière de médecine de la procréation et de santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent (RMNCAH). Grâce à des partenariats internationaux importants, tels que le Partenariat pour la Santé de la Mère, du Nouveau-né et de l'Enfant (PSMNE), l'Initiative du G8 de Muskoka, S'Engager pour la Survie de l'Enfant : Une Promesse Renouvelée et le mouvement Chaque Femme, Chaque Enfant (CFCE) du Secrétaire Général des Nations Unies, l'importance de la santé des femmes et des enfants a été placée au centre des efforts mondiaux de développement. S'appuyant sur cet élan, il existe aujourd'hui un fort soutien pour le concept de « convergence »: accélérer les progrès réalisés afin d'améliorer la santé et la qualité de vie des femmes, des enfants et des adolescents de manière à ce que tous les pays parviennent aux niveaux atteints par les pays à revenu moyen les plus performants. L'intérêt mondial pour la RMNCAH représente l'occasion de faire un dernier effort sur les OMD et d'assurer une base solide pour le travail d'après 2015. Afin de saisir cette occasion et assurer une accélération plus rapide vers les objectifs de convergence de 2030, les défis suivants doivent être relevés :

- Des investissements supplémentaires importants à partir de ressources nationales et internationales sont nécessaires en 2015 afin de combler le déficit de financement de 5,24 US\$ par habitant dans 74 pays lourdement touchés ;¹
- Les modalités de financement affaiblissent la durabilité et l'équité des progrès réalisés lorsque les pays transitent d'un statut de pays à faible revenu à un statut de pays à revenu moyen ;
- L'état des systèmes d'enregistrement des faits de l'état civil et de statistiques vitales (CRVS) reste médiocre ;
- Les biens publics mondiaux sont inadéquatement financés ;

¹ Le Sud-Soudan n'a pas été inclus dans l'analyse à cause d'un manque de données.

- Un financement et une gouvernance fragmentés causent des coûts de transactions élevés, entravant les progrès au niveau des pays.

Cette Note Conceptuelle avance qu'un Mécanisme de Financement Mondial (GFF) en soutien au mouvement « Chaque Femme, Chaque Enfant » peut aider à déclencher le changement profond nécessaire pour ouvrir la voie de la convergence en matière de RMNCAH. L'objectif général du GFF sera de contribuer aux efforts mondiaux déployés pour mettre fin aux décès évitables de mères, de nouveau-nés, d'enfants et d'adolescents ainsi que pour améliorer la santé et la qualité de vie des femmes, des adolescents et des enfants. Selon les estimations, comparées aux tendances actuelles, le scénario d'une accélération des investissements permettrait d'éviter au total 4 millions de décès de mères, 107 millions de décès d'enfants et 22 millions de mortalités entre 2015 et 2030 dans 74 pays lourdement touchés.

Le GFF mobilisera et canalisera les ressources nationales et internationales supplémentaires requises afin d'accroître et maintenir une prestation de services de RMNCAH qui soit efficace, équitable et de qualité. En outre, le GFF soutiendra la transition vers un financement national durable pour la RMNCAH. Le GFF portera une attention particulière et fournira un soutien à la mise à l'échelle des systèmes d'enregistrement des faits l'état civil et de statistiques vitales (CRVS) afin de contribuer à l'enregistrement universel des faits de l'état civil d'ici à 2030.

Le GFF a cinq objectifs :

1. Financer les plans nationaux de mise à l'échelle de la RMNCAH et mesurer les résultats ;
2. Appuyer les pays dans leur transition vers un financement national durable de la RMNCAH ;
3. Financer le renforcement des systèmes d'enregistrement des faits de l'état civil et de statistiques vitales ;
4. Financer le développement et le déploiement de biens publics mondiaux essentiels pour passer à une plus grande échelle ;
5. Contribuer à une structure de financement de la RMNCAH qui soit mieux coordonnée et rationalisée.

Le GFF favorisera une stratégie claire pour un financement intelligent et pleinement développé pour des services de RMNCAH pour différents pays. Cette stratégie sera énoncée dans une feuille de route de financement basée sur un plan national de RMNCAH, ancrée sur les droits humains, basé sur des résultats et entièrement chiffré qui sera liée aux stratégies nationales de santé et à celles d'autres secteurs. La feuille de route dressera un tableau complet des besoins en ressources immédiats et à long-terme d'un pays en matière de RMNCAH et définira des stratégies pour mobiliser les financements nationaux (publics/privés) et internationaux (bilatéraux et multilatéraux) qui seront requis au fil du temps. L'objectif est d'harmoniser le

financement pour les plans de RMNCAH à travers un cadre de financement commun des pays qui sera lié à des résultats clairs et soutenu par des mécanismes communs de redevabilité et de rapportage. Les feuilles de route de financement seront reliées à une planification à long terme qui renforcera la mobilisation des ressources nationales et diversifiera les modalités de l'aide au développement, en accord avec le taux de croissance économique d'un pays.

Le GFF se positionnera également comme un investisseur majeur dans le financement de la feuille de route en mobilisant l'aide au développement. Plus précisément, il s'appuiera sur le Fonds Fiduciaire pour l'Innovation en matière de Résultats de Santé de la Banque Mondiale qui offre un excellent levier pour mobiliser les ressources de l'Association Internationale pour le Développement (IDA) et de la Banque Internationale pour la Reconstruction et le Développement (BIRD) et, qui fournit également un bon rapport qualité-prix pour atteindre des résultats de RMNCAH et de faibles coûts administratifs. En outre, à travers une filière de financement dédiée, le GFF soutiendra le renforcement et la mise à l'échelle des plans de CRVS contribuant à l'enregistrement universel d'ici à 2030 de chaque grossesse, de chaque naissance et de chaque décès. D'autres filières de financement sont également envisagées pour des investissements « multisectoriels », « multilatéraux » et « de façonnage du marché ».

Trois capacités distinctes de gouvernance doivent être mises en place afin de développer davantage le GFF. L'une se rapporte à la nécessité de se rassembler autour du développement et de la mise en œuvre de feuilles de routes de financement pour les pays. Une seconde porte sur les opérations et sur le développement plus poussé des filières du GFF. Et une troisième se rattache à la nécessité d'une gestion cadre qui rassemble les parties prenantes, forge un consensus parmi les financiers nationaux et internationaux, examine les progrès accomplis et recommande des mesures pour accélérer la réalisation de résultats. Avec un accord sur les objectifs et les fonctions du GFF, un processus collaboratif de planification des activités est escompté dans les prochains mois. La Banque Mondiale jouera un rôle de coordination pour le GFF, travaillant avec les partenaires afin de conceptualiser davantage et d'opérationnaliser le GFF en vue de son lancement officiel à la mi-2015.

INTRODUCTION

Cette Note Conceptuelle expose **la raison d'être ainsi que les objectifs du Mécanisme de Financement Mondial (GFF) pour la médecine de la procréation et pour la santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent (RMNCAH) en soutien à Chaque Femme, Chaque Enfant**. Elle décrit les priorités financières suggérées pour le mécanisme, les regroupements proposés de pays qui bénéficieront d'un soutien et, la façon dont le mécanisme collaborera avec les partenaires pour simplifier le financement de la RMNCAH au niveau des pays. Enfin, elle énonce les principes fondamentaux guidant la gouvernance du GFF, l'approche séquencée définissant cette gouvernance ainsi que les dispositions institutionnelles du GFF et la façon dont elles interagiront et aideront à rationaliser la structure existante de financement de la RMNCAH.

La Note Conceptuelle a été élaborée sous la direction du Groupe de Travail du GFF, comprenant un large éventail de partenaires et, présidé par le Gouvernement de la Norvège, l'Agence Américaine pour le Développement International (USAID) ainsi que par la Banque Mondiale (cf. Annexe 1 pour une liste de membres). Elle marque le début et constitue la base d'un processus consultatif qui visera, au cours des prochains mois, à développer davantage l'approche stratégique, la conception opérationnelle et la gouvernance du GFF. Ces éléments seront résumés dans un plan de travail pour le GFF en vue de rendre le GFF pleinement opérationnel d'ici à septembre 2015.

Contexte

Alors que le monde se rapproche de la date butoir de 2015 pour les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD), les énormes progrès réalisés pour améliorer la santé maternelle et infantile deviennent évidents. Les taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans et des mères – des indicateurs clés pour les OMD 4 et 5 – ont tous deux chuté, passant de 90 décès pour 1000 naissances vivantes en 1990 à 46 en 2013 et, de 380 décès pour 100000 naissances vivantes en 1990 à 210 en 2013². Ce succès permet d'envisager la possibilité de prévenir les décès évitables et d'améliorer la santé et la qualité de vie des femmes et des enfants et cela, en une génération.

Cependant, malgré ces progrès, il est également clair que beaucoup reste encore à faire. Bien trop peu de femmes, de nouveau-nés, d'enfants et d'adolescents disposent d'un accès fiable à des services de santé de qualité et bien trop meurent chaque année de causes évitables. Chaque année, 6,6 millions d'enfants meurent avant l'âge

² OMS, UNICEF, FNUAP, UNPOP et Banque Mondiale (publication conjointe). (2014). Trends in Maternal Mortality: 1990 to 2013.

de cinq ans, parmi eux 2,9 millions sont des nouveau-nés dans leurs premiers mois de vie. Beaucoup d'enfants meurent encore de maladies aisément évitables, comme la malnutrition (cause sous-jacente de 45 pour cent de tous les décès d'enfants de moins de cinq ans), la pneumonie et la diarrhée. Pour les enfants qui survivent, la malnutrition peut compromettre leur potentiel de croissance et de développement et cela, avec des conséquences importantes dans leurs vies futures. Le paludisme, le VIH et le SIDA causent également un nombre important de décès dans les pays lourdement touchés.

Les causes principales de mortalité maternelle – saignements lourds, hypertension artérielle, infections et avortement non-médicalisés – sont dans une large mesure évitables. Assurer la disponibilité de certains services – comme la planification familiale, les soins prénatals, les soins qualifiés à la naissance, les soins de santé reproductive après l'accouchement et une gamme de services pour les adolescents – est fondamental pour prévenir les décès de mères et améliorer la qualité de vie des femmes et des enfants. Environ 11 pour cent de toutes les naissances dans le monde sont de filles âgées de 15 à 19 ans et, la grande majorité de ces naissances surviennent dans des pays à faible et à moyen revenu. Les complications liées à la grossesse et l'accouchement sont la deuxième cause la plus fréquente de décès chez les filles de 15 à 19 ans dans le monde. L'accès aux services de contraception, à la prévention et à la gestion des maladies sexuellement transmissibles et, aux soins pendant la grossesse est essentiel à l'amélioration de la santé et de la qualité de vie des adolescentes. Toutefois, la couverture de la plupart de ces interventions reste faible dans de nombreux pays. En outre, la couverture pour de nombreux services essentiels de santé à fort impact est inégalement répartie à travers le monde avec l'Afrique Subsaharienne et l'Asie du Sud accusant particulièrement un retard.

Dans les pays, la répartition demeure également inégale, avec des progrès insuffisants en rapport aux composantes de l'équité comme la richesse, le genre, l'âge, l'éducation maternelle, l'origine ethnique et le lieu de résidence urbain/rural. Réaliser des progrès significatifs en matière de médecine de la procréation et de santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent nécessite une prestation de services essentiels de santé qui ciblent tous les groupes de population. En outre, étant donné que plus de mères choisissent d'accoucher dans des centres de santé, elles doivent être traitées avec respect et dignité et, recevoir des soins de haute qualité. Sans quoi, même les progrès réalisés en matière de couverture pourraient ne pas se convertir en bons résultats de santé.

L'intérêt mondial croissant pour la RMNCAH représente l'occasion de faire un dernier effort sur les OMD et d'assurer une base solide pour le travail d'après 2015. Afin de saisir cette occasion, un certain nombre de défis devront être relevés pour assurer une progression plus rapide vers les objectifs de convergence de 2030.

Des investissements importants sont nécessaires à partir de financements nationaux et internationaux afin de combler le déficit de financement

Les financements internationaux des bailleurs de fonds pour la RMNCAH ont augmenté de manière significative au cours de la dernière décennie. Les décaissements bilatéraux et multilatéraux pour les 75 pays lourdement touchés (Annexe 2) ont atteint près de 9-9.5 milliards d'US\$ en 2011, représentant une augmentation de plus de 70 pour cent comparés à 2006. Entre 2009 et 2012, un total estimé de 38 milliards d'US\$ a été versé à ces pays. Sur ce montant, 66 pour cent ont été acheminés à travers des programmes bilatéraux et 34 pour cent à travers des mécanismes multilatéraux. En outre, la Fondation Bill et Melinda Gates a fourni 3 milliards d'US\$ de subventions privées pour la RMNCAH pour les 75 pays lourdement touchés.

Les données liées aux financements nationaux pour la RMNCAH sont plus limitées que celles liées aux financements internationaux. Toutefois, il est estimé qu'en 2012 près de 60 milliards de US\$ de ressources publiques nationales ont été dépensées pour la RMNCAH dans les pays du « Compte à Rebours 2015 ». Malgré ces augmentations à la fois de financements nationaux et internationaux, un déficit important de financement subsiste pour le financement de la Stratégie Mondiale.

Le Cadre Mondial d'Investissement pour la Santé des Femmes et des Enfants³ et la **Commission du Lancet sur l'Investissement dans la Santé**⁴ ont tous deux montré que les financements devront augmenter de manière importante au cours des 15 prochaines années pour atteindre des niveaux de couverture et d'améliorations de l'état sanitaire des femmes et des enfants qui puissent refléter ceux atteints par les pays les plus performants. Les deux rapports avancent que les investissements dans le cadre de la dite « **grande convergence** » produiront un haut niveau de rendement économique ainsi que des gains sociaux importants, comme le renforcement du capital politique et du capital social.

En s'appuyant sur les éléments centraux de ces deux efforts et en les combinant, une modélisation plus approfondie a été entreprise pour cette Note Conceptuelle. L'objectif est d'évaluer les ressources nécessaires pour réaliser un scénario de couverture élevée, les contributions nationales potentielles ainsi que le déficit résiduel en matière de ressources pour les 75 pays lourdement touchés suivis dans le cadre de l'Initiative du Compte à Rebours 2015.⁵ Les estimations en matière de besoins en ressources du Cadre Mondial d'Investissement ont été ajustées pour une variété de raisons, incluant l'inflation ainsi que l'achat et la mise à l'échelle

3 Stenberg, K. et al. (2014). Advancing social and economic development by investing in women's and children's health: a new Global Investment Framework. *The Lancet*, 383: 1333-54.

4 Jamison, D.T. et al. (2013). Global health 2035: a world converging within a generation. *The Lancet*, 382: 1898-955.

5 <http://countdown2015mnch.org/>. Le Sud-Soudan est un pays du Compte à Rebours. Il n'a toutefois pas été inclus par manque de données.

de nouvelles technologies et cela, en se basant sur les méthodes utilisées par la Commission sur l'Investissement dans la Santé. Les flux nationaux de ressources ont été estimés en utilisant une approche similaire à celle appliquée par la Commission sur l'Investissement dans la Santé. Toutes les estimations ont été projetées jusqu'en 2030. La méthodologie utilisée est décrite en Annexe 3.

Les déficits projetés en ressources atteignent rapidement des sommets au cours de la période, lorsque le financement supplémentaire estimé à 28-30 milliards d'US\$ s'avèrent nécessaires, en grande partie à cause des investissements initiaux effectués pour le renforcement des systèmes de santé (particulièrement dans les pays à faible revenu) qui représentent les fondements nécessaires de la convergence. D'ici à 2030, il est projeté que le total des déficits supplémentaires de financement tombera pour atteindre 8 milliards d'US\$, ou 1.23 US\$ par personne (une réduction considérable par rapport à 5.24 US\$ par personne en 2015) et cela, à cause des effets combinés d'une augmentation des financements nationaux et d'une réduction des coûts découlant du renforcement des systèmes de santé, tel que cela est indiqué dans l'illustration 1.

Près de la totalité du déficit en ressources se produit dans les 63 pays du Compte à Rebours classifiés comme étant à revenu faible (PFR) ou à revenu moyen inférieur (PRMI). Pour 2015, le déficit projeté en ressources pour ces pays est de 27.2 milliards d'US\$, passant à 7.2 milliards d'US\$ d'ici à 2030. En terme de capitation, cela se traduit en un déficit en ressources de 7.68 US\$ par personne en 2015 et de 1.69 US\$ en 2030. Le déficit en ressources demeure particulièrement important pour les PFR pour lesquels seule la moitié des 11 milliards d'US\$ nécessaires en 2030 pour couvrir les dépenses publiques des gouvernements est escomptée, laissant un déficit de 5.4 milliards d'US\$, ou de 4.60 US\$ par personne.

Tous les Pays du Compte à Rebours

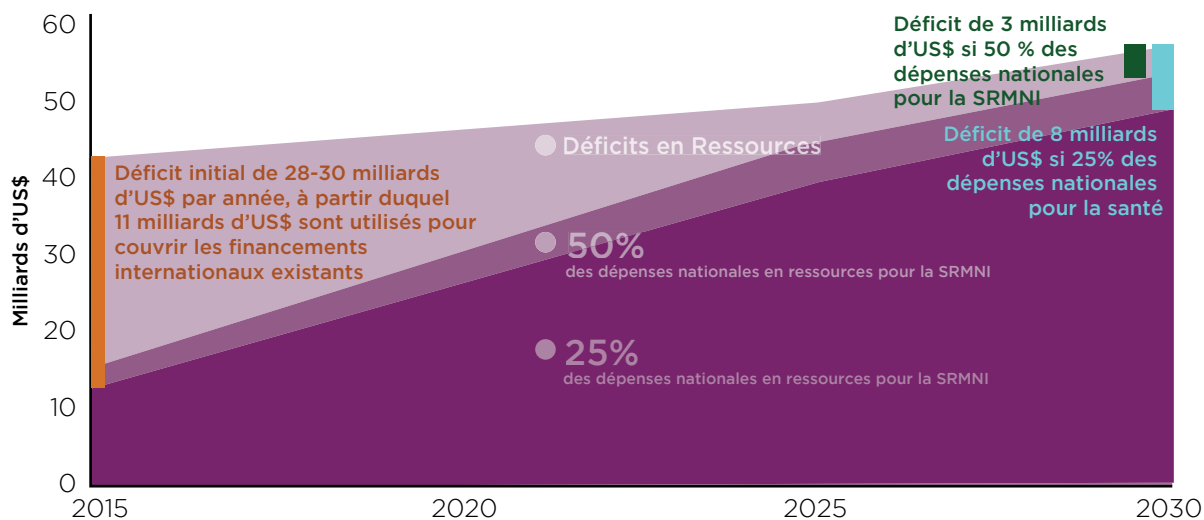


Illustration 1 : Besoins en ressources pour atteindre la convergence et le rôle des financements nationaux pour combler le déficit

L'illustration 1 souligne une importante considération pour l'interprétation de ces chiffres: les estimations de financements nationaux sont sensibles à la part de financement national de santé allouée à la RMNCAH. Dans le cas de la base du graphique, cette part est établie à 25 pour cent, ce qui représente une estimation développée à partir du processus du Compte à Rebours 2015 et utilisée par la Stratégie Mondiale. Si cette part augmente à 50 pour cent – une part qui pourrait être plus appropriée pour nombre de pays étant donné leur forte charge de morbidité – le déficit de financement tombe en dessous de 3.5 milliards d'US\$ en 2030.

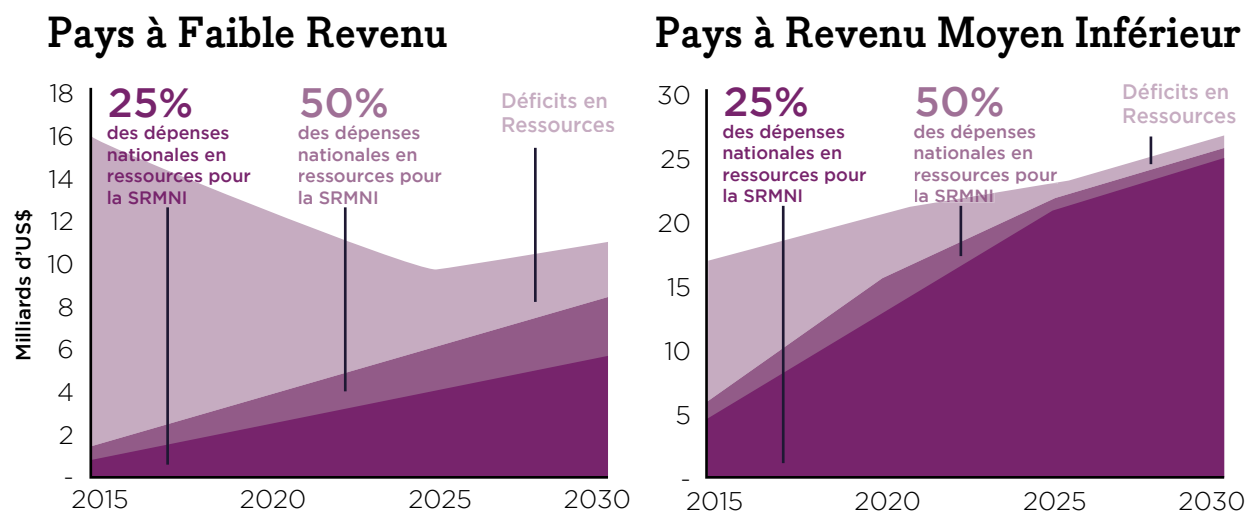


Illustration 2 : Besoins en ressources pour atteindre la convergence et le rôle des financements nationaux pour combler le déficit

L'illustration 2 montre que le déficit de financement varie considérablement selon les niveaux de revenu, avec un meilleur positionnement pour les pays à revenu moyen (PRM) qui peuvent progressivement assumer des parts plus importantes de financement pour la RMNCAH. Le déficit de financement global pour les 63 pays à faible revenu ou à revenu moyen inférieur est estimé à un peu plus de 7 milliards de US\$ pour 2030 (baisse par rapport à 27 milliards d'US\$ en 2015). Dans l'éventualité où une plus grande proportion (50 pour cent) de dépenses publiques de santé soit allouée à la RMNCAH, le déficit en ressources se résorbera davantage, passant à 2.6 milliards d'US\$ pour les PFR et à 0.8 milliards d'US\$ pour les PRMI.

Il est important de noter que ces estimations sont extrêmement sensibles à la croissance économique. Les estimations de financements nationaux sont établies en fonction de projections reposant sur une croissance forte et continue de la plupart des PFR et des PRM. Si la tendance récente de croissance économique rapide des pays à faible et à moyen revenu devait commencer à diminuer, les flux nationaux de financement pourraient considérablement chuter.

Ces projections soulignent qu'en l'absence d'une augmentation significative des financements à partir de sources nationales et internationales, l'objectif de convergence demeurera hors de portée. L'ampleur du défi suggère que de nouvelles

approches sont nécessaires puisque des augmentations marginales dans le cadre de mécanismes existants ne suffiront pas à combler le déficit.

Les modalités de financement affaiblissent la durabilité et l'équité des progrès à mesure que les pays transitent d'un statut de pays à faible revenu à celui de revenu moyen

La plupart des pays dans le monde connaissent une transition en matière de financement de la santé qui se caractérise par une augmentation des dépenses de santé et de la part des dépenses publiques, causée par les effets combinés de la croissance économique et de l'évolution des priorités politiques. La transition dans le financement de la santé est rarement un processus régulier. Il s'agit plutôt d'un processus inégal avec des défis, particulièrement pour les économies qui transitent d'un statut de pays à faible revenu à un statut de pays à revenu moyen. Puisque la RMNCAH constitue une part importante des dépenses de santé des pays à faible revenu et à revenu moyen inférieur, ces défis généraux de financement de la santé entravent les progrès et compromettent les gains déjà réalisés dans le cadre des objectifs 2030.

Au début de cette transition – lorsque les pays sont encore classés comme étant à faible revenu – les pays ont tendance à dépendre lourdement de l'aide internationale. Toutefois, cette aide réduit fréquemment le financement national alloué à la santé – en moyenne, chaque dollar d'assistance au développement pour la santé réduit les financements nationaux d'environ 50 cents.⁶ Cette tendance laisse les pays désarmés face aux défis auxquels ils seront confrontés lorsque leur croissance économique les propulsera vers un statut de pays à revenu moyen inférieur. Plus important encore, au cours de cette transition, le lien entre la croissance des revenus et l'augmentation des dépenses totales et publiques de santé est le plus faible lorsque les pays atteignent un statut de pays à revenu moyen inférieur. Par exemple, alors que chaque augmentation d'un point de pourcentage en matière de croissance économique se traduit par une augmentation des dépenses publiques de santé de 1,18 point de pourcentage dans les PFR et par 0,54 point de pourcentage dans les pays à revenu moyen-supérieur (PRMS), elle n'est que de 0,37 point de pourcentage dans les PRMI. Il est donc probable que les gouvernements des PRMI ne parviennent pas à compenser efficacement les réductions potentielles de l'aide au développement. En conséquence, les dépenses de santé à la charge des patients augmentent et les ménages se retrouvent à porter une grande partie du fardeau de financement. Dans les pays à revenu moyen inférieur comme dans les pays à revenu moyen supérieur, des niveaux

6 Lu, C., Schneider, M.T., Gubbins, P et al. (2010). Public financing of health in developing countries: a cross-sectional systematic analysis. *The Lancet*, 375 (9723): 1375-1387.
-Farag, M., Nandakumar, A. K., Wallack, S. S., Gaumer, G., Hodgkin, D. (2009). Does funding from donors displace government spending for health in developing countries? *Health Affairs*, 28: 1045-1055.

sans précédent de dépenses totales et publiques de santé masquent des différences drastiques dans les dépenses entre les groupes de population. Ces inégalités dans les dépenses impliquent des différences significatives en termes d'accès aux services et en termes de protection financière et cela, au détriment des pauvres.

L'efficacité des investissements dans la RMNCAH est sous-optimale

Ces dernières années, beaucoup d'attention a été accordée à la rentabilisation et à l'optimisation des ressources de RMNCAH.⁷ D'importants progrès ont été réalisés dans le développement d'un consensus sur le paquet essentiel d'interventions de RMNCAH qui doit être priorisé dans la planification des pays, et les partenaires techniques travaillent avec les pays afin que cela soit reflété dans les plans nationaux. Malgré ces progrès, beaucoup de plans de RMNCAH ont des objectifs sous-optimaux et une priorisation insuffisante des interventions à fort impact basées sur des preuves.⁸ En outre, certains aspects du continuum de soins et certaines populations ont reçu des investissements inadéquats. Plus particulièrement, la santé reproductive, la santé néonatale et celle des adolescents ont été insuffisamment priorisées par rapport à leurs charges de morbidité relatives et leurs impacts potentiels. Les goulots d'étranglement du système de santé – comme le manque de ressources humaines pour la santé⁹ – entravent fréquemment les interventions de RMNCAH. La mise en œuvre de ces interventions peut toutefois être optimisée en utilisant des mécanismes novateurs, comme le financement basé sur les résultats¹⁰, afin d'améliorer l'efficacité de la prestation de services. Enfin, l'iniquité entre riche et pauvre est plus prononcée dans les services de RMNCAH que dans d'autres domaines de la santé. Bien que les augmentations de couverture des services de santé aient généralement été favorables aux pauvres,¹¹ elles ne se sont pas toujours traduites en de meilleurs résultats de santé pour les pauvres, ce qui indique potentiellement une différence entre riche et pauvre en termes de qualité des services prestés. Les efforts effectués pour améliorer la RMNCAH devront résoudre cela et, des mesures de progrès par statut socioéconomique seront essentielles. Améliorer l'impact sanitaire des ressources

7 The World Bank. (2013). Using Results-Based Financing to Achieve Maternal and Child Health: Progress Report 2013. Disponible sur <http://rbfhealth.org/progressreport2013>

8 Bhutta, Z.A. et al. (2014). Can available interventions end preventable deaths in mothers, newborn babies, and stillbirths, and at what cost? *The Lancet*, 384(9940): 347-370.

9 Dickson, K.E., et al. (2014). Every newborn: health-systems bottlenecks and strategies to accelerate scale-up in countries. *The Lancet*, 384(9941): 438-454.

10 Basinga, P. et al. (2011). Effect on maternal and child health services in Rwanda of payment to primary health-care providers for performance: an impact evaluation. *The Lancet*, 377(9775): 1421-1428.

-Gertler, P., Giovagnoli, P., & Martinez, S. (2014). Rewarding provider performance to enable a healthy start to live: Evidence from Argentina's Plan Nacer. The World Bank, Policy Research Working Paper 6884.

11 Wagstaff, A., Bredenkamp, C., & Buisman, L.R. (August 2014). Progress on Global Health Goals: are the Poor Being Left Behind? *World Bank Research Observer*.

existantes est une mesure importante qui doit être considérée au même temps que de nouvelles augmentations de financement pour la RMNCAH.

État médiocre des systèmes d'enregistrement des faits de l'état civil et de statistiques vitales (CRVS)

Les systèmes d'enregistrement des faits de l'état civil et de statistiques vitales (CRVS) sont reconnus comme étant une plateforme essentielle pour la promotion de la santé des femmes et des enfants.¹² Il est important que des systèmes de CRVS solides sauvegardent les droits des personnes et celles des enfants. Ils sont fondamentaux au développement et à la redevabilité, particulièrement dans le domaine de la santé, ainsi qu'à la génération de données relatives aux faits de l'état civil (naissances, décès et cause de décès), aux tendances démographiques et au bien-être général de la population, particulièrement en termes de santé maternelle et infantile. Les systèmes de CRVS sont également importants pour développer des politiques publiques efficaces, élaborer une planification nationale à long-terme, allouer efficacement les ressources et fournir un suivi et une évaluation précis. Ces systèmes seront essentiels pour appuyer l'accélération des progrès ainsi que les investissements de RMNCAH.

Pourtant, plus de 100 pays en développement manquent de bons CRVS. Dans le monde, près de 230 millions d'enfants de moins de cinq ans ne sont pas enregistrés.¹³ Malgré le besoin pressant d'information sur la mortalité, les progrès dans l'enregistrement des décès ont été globalement lents, avec jusqu'à 80 pour cent des décès qui se produisent en dehors des établissements de santé et deux tiers de tous les décès dans le monde qui ne sont pas comptabilisés.¹⁴ Les défis du côté de la demande et du côté de l'offre expliquent le mauvais état actuel des systèmes de CRVS. Ces défis incluent le manque de coordination entre les différents ministères et les partenaires de développement responsables des systèmes de CRVS, le manque d'infrastructures et de capacités au niveau des pays, l'absence de cadres juridiques et la sensibilisation limitée à l'importance de l'enregistrement.

Pourtant, le potentiel de transformation de systèmes de CRVS efficaces a été reconnu par de nombreux partenaires et par de nombreuses instances, comme la Commission des Nations Unies sur l'Information et la Redevabilité pour la Santé de la Femme et de l'Enfant. Le plan de travail à multiples parties prenantes pour la mise en œuvre des recommandations de la Commission a identifié le renforcement des CRVS ainsi que la surveillance des décès maternels et la riposte (SDMR) comme des domaines prioritaires pour 75 pays. L'élan mondial récent a été obtenu à travers des partenariats régionaux et mondiaux, ainsi qu'à travers des partenariats importants

12 Commission on Information and Accountability for Women and Children's Health (2011) Keeping Promises, Measuring Results. http://www.everywomaneverychild.org/images/content/files/accountability_commission/final_report/Final_EN_Web.pdf

13 UNICEF. (2013). United Nations Children's Fund. A Passport to Protection: A guide to birth registration programming.

14 World Bank-WHO (2014) Global Civil Registration and Vital Statistics Scaling up Investment Plan 2015-2024. <http://www.worldbank.org/en/topic/health/publication/global-civil-registration-vital-statistics-scaling-up-investment>

avec les pays. Le secteur de la santé est reconnu comme un bon point d'entrée pour le développement et le renforcement des systèmes de CRVS, avec les systèmes de RMNCAH étant reconnus à la fois comme bénéficiaires et comme acteurs du renforcement.¹⁵ Le secteur de la santé représente un point d'entrée majeur pour étendre l'enregistrement des naissances et des décès à travers des approches novatrices (en liant, par exemple, l'enregistrement des naissances au suivi de SMNI et à l'immunisation et en documentant la mortalité à travers les agents de santé communautaire). Il peut devenir le secteur responsable des déclarations de naissances et des informations liées aux causes de décès ainsi qu'un des principaux investisseurs et utilisateurs des statistiques vitales.

Financement inadéquat des biens publics mondiaux

Les biens publics mondiaux, comme la recherche et le développement, le façonnage du marché, la surveillance des maladies, ainsi que l'établissement de normes et de règles internationales, représentent des éléments importants au bon fonctionnement des systèmes de santé. Toutefois, selon les termes de la Commission sur l'Investissement dans la Santé, « le sérieux sous-financement des biens publics mondiaux... a maintenant atteint un niveau critique ».¹⁶ Deux exemples sont la mesure et l'accès aux matières premières. La Commission des Nations Unies sur l'Information et la Redevabilité pour la Santé de la Femme et de l'Enfant et la Commission des Nations Unies sur les Produits Essentiels pour la Survie des Femmes et des Enfants ont développé un ensemble de recommandations dans ces domaines. La plupart de ces recommandations doit encore être mise en œuvre.

Un financement et une gouvernance fragmentés causent des coûts de transaction élevés, entravant les progrès au niveau des pays

Depuis les lancements en 2010 de la « Stratégie Mondiale pour la Santé des Femmes et des Enfants » du Secrétaire Général des Nations Unies et de l'Initiative de Muskoka sur la Santé Maternelle, Néonatale et Infantile, plus de 300 parties prenantes ont pris de nombreux engagements financiers et non financiers afin de soutenir la Stratégie Mondiale. Certains se concentrent sur les éléments spécifiques du Continuum de Soins de RMNCAH (comme l'Appel à l'Action pour la Survie de l'Enfant - Une Promesse Renouvelée ; Le Plan d'Action Mondial « Chaque Nouveau-Né » ; Le Plan d'Action Mondial pour la Pneumonie et la Diarrhée). D'autres se focalisent de manière transversale sur les principaux éléments inhérents à la structure de RMNCAH, comme la Commission des Nations Unies sur l'Information et la Redevabilité pour la Santé de la Femme et de l'Enfant et le Comité Directeur sur la SRMNI. Le Partenariat de la

¹⁵ WHO 2013 Strengthening CRVS through Innovative Practice in the Health Sector: Guiding Principles and Good Practices, http://www.who.int/healthinfo/civil_registration/CRVS_meeting_dec2013_report.pdf?ua=1

¹⁶ Jamison, D.T. et al. (2013). Global health 2035: a world converging within a generation. *The Lancet*, 382: 1910.

Santé Maternelle, Néonatale et Infantile (PSMNI), établi en 2005, rassemble plus de 600 membres afin de catalyser l'action collective pour la RMNCAH.

La revue récente du travail de redevabilité (août 2014) de « Chaque Femme, Chaque Enfant » (CFCE) a fourni la liste de la multitude de mécanismes de financement différents qui existe pour la RMNCAH, incluant Family Planning 2020, le Partenariat H4+, le Fonds Fiduciaire pour l'Innovation en matière de Résultats de Santé, le Fonds Thématique pour la Santé Maternelle, la Stratégie Mondiale pour la Sécurité d'Approvisionnement en Produits de Santé Procréative, le Fonds Américain pour l'UNICEF, le Bridge Fund, le Pledge Guarantee for Health et le Fonds Fiduciaire pour la SRMNI.

Au cours des dernières années, une attention accrue a été portée sur une meilleure coordination des multiples initiatives qui existent dans l'écosystème de la RMNCAH et à une plus grande transparence, particulièrement en ce qui concerne les flux de financement aux pays. En 2011 et 2012, le PSMNI a fourni diverses options visant à renforcer la structure mondiale du financement et a ensuite mené un processus de réflexion avec une variété de parties prenantes pour un mécanisme commun de financement de la RMNCAH. En 2013, le Comité Directeur sur la SRMNI, soutenu par la Stratégie de SRMNI et l'Equipe de Coordination, a été créé en tant que plateforme pour une meilleure harmonisation et une meilleure coordination du financement international et du rapportage ainsi que pour un meilleur alignement avec les plans des pays, tout en travaillant étroitement avec le H4+.

Néanmoins, malgré les efforts effectués pour renforcer la coordination, la multitude d'initiatives de financement cause encore une fragmentation dans les flux de financement au niveau des pays. Les gouvernements nationaux dédient régulièrement des ressources considérables pour gérer les multiples initiatives parallèles ainsi que pour répondre aux besoins affiliés de planification et de rapportage des divers partenaires qui soutiennent les services de RMNCAH. En outre, il est difficile de suivre le financement des bailleurs pour la RMNCAH et d'imputer une responsabilité pour les engagements pris. La fragmentation a aussi mené à une répartition sous-optimale des ressources au niveau mondial. Certains pays reçoivent des niveaux disproportionnellement élevés de soutien alors que d'autres sont « orphelins de donateurs ».

OBJECTIFS ET PRINCIPES POUR UN MÉCANISME DE FINANCEMENT MONDIAL

Le soutien sans précédent au niveau mondial pour la RMNCAH représente une occasion pour redoubler d'efforts et atteindre l'objectif ambitieux mais réalisable de la "convergence" d'ici à 2030. Pour atteindre cet objectif, une action décisive est

aujourd'hui nécessaire afin de relever les défis soulignés plus haut. Il est peu probable que le simple renforcement, la simple extension ou la simple coordination des initiatives actuelles puisse apporter la transformation requise pour atteindre l'objectif de convergence.

Cette Note Conceptuelle énonce une proposition pour un Mécanisme de Financement Mondial pour la RMNCAH qui aidera à apporter le changement profond nécessaire pour ouvrir la voie de la convergence. L'objectif global du GFF est de contribuer aux efforts déployés à l'échelle mondiale pour mettre fin aux décès évitables de mères, de nouveau-nés, d'enfants et d'adolescents. Il est estimé que, comparé aux tendances actuelles, un scénario d'investissements accélérés aiderait à prévenir un total de 4 millions de décès de mères, 107 millions de décès d'enfants et 22 millions de mortalités entre 2015 et 2030 dans les pays du Compte à Rebours (excepté le Sud Soudan). En termes d'avantages économiques, le Cadre Mondial d'Investissement estime qu'étendre la couverture de l'intervention fournirait des taux de rendement élevés, produisant jusqu'à neuf fois plus d'avantages économiques et sociaux d'ici à 2035.¹⁷ Il souligne également que les gains réalisés en matière de santé peuvent mener à davantage de gains sociaux comme l'éducation, l'environnement, l'égalité des genres et les droits humains et que ceux-ci peuvent, en retour, conduire à des avantages sanitaires.

Pour atteindre les objectifs établis, il est nécessaire d'investir dans des interventions et des catalyseurs d'importance comme les lois et les politiques publiques, les systèmes de santé à la performance améliorée, l'engagement communautaire et les innovations. En outre, des investissements sont requis pour traiter les problématiques transversales telles que le genre, l'équité et les droits humains. Le cadre conceptuel développé par le Cadre d'Investissement Mondial décrit les interventions et les catalyseurs d'importance qui peuvent mener à sauver des vies et à garantir des vies saines¹⁸. Celui-ci est placé en Annexe 4.

Conformément aux recommandations du Cadre d'Investissement Mondial et de la Commission sur l'Investissement dans la Santé, le GFF mobilisera et canalisera les ressources internationales et nationales supplémentaires requises pour étendre et maintenir une prestation efficace et équitable de services de RMNCAH. En outre, le GFF soutiendra la transition vers un financement national durable de la RMNCAH. Un des domaines spécifiques d'intérêt du GFF sera de soutenir, en tant que plateforme pour l'accélération des améliorations de RMNCAH, la mise à l'échelle des systèmes de CRVS pour contribuer d'ici à 2030 à l'enregistrement universel de toutes les naissances, de tous les décès et des causes de décès.

17 Stenberg, K. et al. (2014). Advancing social and economic development by investing in women's and children's health: a new Global Investment Framework. *The Lancet*, 383: 1333-54.

18 Stenberg, K. et al. (2014). Advancing social and economic development by investing in women's and children's health: a new Global Investment Framework. *The Lancet*, 383: 1333-54.

Les principes du GFF sont ancrés dans les accords existants énonçant les principes de coopération des parties prenantes centrales de la RMNCAH (tels que ceux adoptés par le Conseil d'Administration du PSMNI¹⁹) :

- *Leadership et appropriation des pays*, basés sur les principes du Partenariat International pour la Santé (IHP+) et alignés avec les stratégies nationales du secteur de la santé et les plans de RMNCAH et avec leurs procédures et cycles budgétaires ;
- *Concentration sur l'efficacité* à travers la mise à l'échelle de paquets d'interventions basés sur des preuves et à fort impact ;
- *Concentration sur l'équité*, priorisant les personnes défavorisées et les plus vulnérables ;
- *Concentration sur les résultats*, priorisation des pays, des populations et des approches à fort impact ;
- *Simplicité, alignement et complémentarité*, basés sur le succès des mécanismes existants.

LE GFF se concentre sur cinq objectifs:

1. Financer des plans nationaux pour la mise à l'échelle de la RMNCAH et mesurer les résultats ;
2. Appuyer les pays qui transitent vers un financement national durable de la RMNCAH ;
3. Financer le renforcement des systèmes d'enregistrement des faits de l'état civil et de statistiques vitales ;
4. Financer le développement et le déploiement des biens publics mondiaux essentiels pour la mise à l'échelle ;
5. Contribuer à une meilleure coordination et à une meilleure rationalisation de la structure de financement de la RMNCAH.

Il existe beaucoup d'autres besoins liés à l'extension des services de RMNCAH auxquels le GFF ne tentera pas de répondre. Toutefois, le GFF travaillera étroitement avec les parties prenantes existantes qui travaillent activement sur ces problématiques. Par exemple, le GFF ne prendra pas un rôle normatif en ce qui concerne les questions techniques. L'assistance technique requise afin de développer et mettre en œuvre des plans de RMNCAH de qualité sera en grande partie fournie

¹⁹ <http://www.who.int/pmnch/about/governance/board/members/en/>

par des partenaires qui posséderont à la fois d'une expertise dans le domaine et d'une présence dans les pays concernés.

Le mécanisme sera limité dans le temps et focalisé sur la réalisation d'ici à 2030 des objectifs de convergence ; cela renforce l'urgence de réaliser des résultats et la perspective d'une stratégie de sortie pour les partenaires de développement.

Objectif 1: Financer des plans nationaux pour la mise à l'échelle de la RMNCAH et mesurer les résultats

Le premier objectif du GFF est de faciliter une stratégie claire pour un financement intelligent et à grande échelle des services de RMNCAH pour chaque pays. Cette stratégie sera articulée dans une « feuille de route de financement », informée par un plan national pour la RMNCAH – axé sur les droits humains, basé sur les résultats, entièrement chiffré – relié aux stratégies du secteur de la santé et à celles d'autres secteurs²⁰ et aligné aux cycles de planification des pays. Le processus d'élaboration de ces feuilles de route sera entièrement inclusif – incluant le gouvernement, le secteur privé²¹, la société civile et les partenaires de développement – et se focalisera sur les besoins des populations vulnérables. Les feuilles de route seront guidées par un cadre de financement solide qui comportera les fonctions centrales de financement, comme la mobilisation et l'allocation des ressources, l'achat, le paiement et la redevabilité, et qui aura pour objectif d'atteindre l'accès universel et équitable à des services de santé de qualité et cela, sans obstacles financiers ou sans compromettre les usagers.

Le financement des feuilles de route priorisera la mobilisation des ressources nationales de sources à la fois publiques et privées et, examinera explicitement les approches nouvelles et innovantes. L'aide au développement qui contribue au financement complet des stratégies de RMNCAH²² sera également prise en compte dans ces feuilles de route, qu'elle provienne de contributions directes d'agences bilatérales (USAID, DFID etc.) ou de canaux multilatéraux (GFATM, Gavi, World Bank). Le total de ressources à mobiliser sera établi en fonction de paquets d'interventions chiffrés, basés sur des preuves, fournissant le meilleur rapport qualité-prix et couvrant l'intégralité du continuum des services de santé et, inclura le coût des intrants nécessaires au système de santé comme les infrastructures et les ressources humaines. Reconnaisant l'importance d'investir dans des secteurs autres que celui

20 Étant donnée la mobilisation déjà importante des partenaires de la RMNCAH et de la santé en général au niveau des pays, le GFF s'alignera avec ces efforts et fournira un soutien, lorsque cela sera adéquat, pour renforcer les efforts nationaux de planification en matière de RMNCAH.

21 Pour plus d'information sur le rôle du secteur privé, veuillez-vous référer à l'Annexe 5.

22 L'alignement des financements externes des partenaires d'importance, comme GAVI, le Fonds Mondial et d'autres partenaires multilatéraux (UNICEF, UNFPA) et bilatéraux, peut s'inspirer, par exemple, des expériences positives de l'Éthiopie, du Rwanda, du Bénin et du Burundi où les partenaires de développement ont conjointement financé des stratégies nationales avec des indicateurs et des mécanismes de redevabilité communs.

de la santé, comme l'éducation ou la protection sociale, pour atteindre les objectifs de la RMNCAH, le GFF préconisera et facilitera des opportunités de financement multisectorielles. Dans la mesure où il existe des répartitions sous-nationales, celles-ci refléteront les besoins différenciés en matière de RMNCAH. Les modalités d'achat de services se baseront sur les preuves attestant du meilleur rapport qualité-prix obtenus à travers le financement basé sur les résultats, le paiement de résultats, les bons d'échange, les transferts monétaires et d'autres mécanismes. Le renforcement des mécanismes institutionnels et des plateformes des pays, particulièrement liés à l'approvisionnement, à la gestion financière, au rapportage et à la redevabilité, figurera au centre des plans.

Objectif 2: **Appuyer les pays qui transitent vers un financement national durable de la RMNCAH**

Un second objectif du GFF vise à soutenir les pays pour qu'ils puissent anticiper et préparer une transition vers un financement durable de la RMNCAH. Dans le contexte de l'échéancier de 15 ans (2015-2030) des Objectifs pour le Développement Durable (ODD), beaucoup de pays passeront d'un statut de pays à faible revenu à un statut de pays à revenu moyen inférieur et peut-être même, à un statut de revenu moyen supérieur. S'appuyant sur les feuilles de routes de financement décrites dans l'Objectif 1, le travail sous cet objectif consistera à étendre ces feuilles de route aux besoins de financement, aux coûts (prenant en compte des facteurs tels que la croissance démographique) et aux sources de revenu des projets et cela, tout au long de l'échéancier sur 15 ans des ODD. Guidée par ces projections, une stratégie explicite sera développée pour renforcer la mobilisation des ressources nationales pour la RMNCAH. Cela impliquera des analyses de l'espace fiscal, des revues des dépenses publiques, des évaluations des capacités institutionnelles qui informent les opportunités et les contraintes des finances publiques, ainsi que l'identification et le développement de mécanismes innovants de financement privé. Le financement externe des partenaires de développement s'efforcera de contribuer au renforcement et à l'accélération de la transition, en liant le financement externe aux objectifs nationaux de mobilisation des ressources et, en faisant transiter l'aide au développement actuellement prédominée par des subventions vers des crédits de l'IDA ou des prêts de la BIRD.

Les subventions seront restructurées afin de créer des incitations à l'emprunt (par exemple, des réductions d'achats). Les stratégies de transition dans le financement incluront également d'autres opportunités de financement international comme les contrats d'impact social, les engagements anticipés de marché et les mécanismes communs d'approvisionnement (cf. Objectif 4). Cet agenda pour le financement de transition est explicitement relié à l'agenda plus large du « financement pour le développement » pour les ODD pour lequel le Groupe de la Banque Mondiale (GBM) prend un rôle de chef de file.

Objectif 3: Financer le renforcement des systèmes d'enregistrement des faits de l'état civil et de statistiques vitales

La disponibilité de données statistiques vitales et de causes de décès, qui soient exactes, opportunes, cohérentes et générées par des systèmes de CRVS aux niveaux national et sous-national, est cruciale pour permettre aux pays de gérer efficacement leurs systèmes de santé, d'allouer des ressources en fonction des besoins et, de garantir la redevabilité des engagements pris dans le cadre de la RMNCAH. Il est de plus en plus reconnu que les systèmes de CRVS requièrent des stratégies qui soient dédiées et délibérées ainsi qu'un renforcement des investissements. Les travaux du Groupe de Revue d'Experts Indépendants (iERG) et de la Commission des Nations Unies sur l'Information et la Redevabilité ont souligné le besoin crucial d'améliorer la couverture et la qualité des systèmes d'information. En parallèle à ce consensus, le potentiel que représentent les applications d'e-santé et de m-santé en termes de renforcement des systèmes de CRVS et d'information pour les prestataires et les usagers des services de la RMNCAH, a été reconnu.²³ Le GFF financera des investissements coordonnés pour renforcer la capacité de tous les niveaux du système de santé à enregistrer les naissances, les décès et les causes de décès, ainsi qu'à générer et à utiliser les statistiques vitales.

Les systèmes de CRVS sont une plateforme d'information particulièrement importante pour comptabiliser les naissances et décès des femmes et des enfants. L'état médiocre des systèmes de CRVS dans nombre de pays, couplé aux opportunités émergentes d'applications novatrices de technologies de l'information et de la communication (TCI) et à l'engagement politique avéré aux niveaux des pays et des régions, a conduit la communauté de la RMNCAH, à travers le iERG, à promouvoir des systèmes renforcés et à l'échelle de CRVS dans tous les pays. Un système robuste de CRVS qui couvre l'intégralité d'un pays offre une occasion unique de suivre en temps réel la progression vers les objectifs de 2030 pour mettre fin aux décès évitables de mères et d'enfants. Cette occasion est également reconnue dans une stratégie et un plan d'investissement récemment publiés par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et par la Banque Mondiale pour renforcer et étendre les systèmes de CRVS.

En s'appuyant sur le travail du Gouvernement du Canada, de la Banque Mondiale et de l'OMS et en utilisant une filière dédiée, le GFF soutiendra la mise à l'échelle des systèmes de CRVS afin d'obtenir, d'ici à 2030, un enregistrement universel des naissances et des décès (incluant les causes de décès)²⁴. Atteindre cet objectif requière de travailler avec

23 World Health Organization 2013 Strengthening CRVS through Innovative Practices in the Health Sector: Guiding Principles and Good Practices, http://www.who.int/healthinfo/civil_registration/CRVS_meeting_dec2013_report.pdf?ua=1

24 World Bank-WHO (2014) Global Civil Registration and Vital Statistics Scaling up Investment Plan 2015–2024. <http://www.worldbank.org/en/topic/health/publication/global-civil-registration-vital-statistics-scaling-up-investment>

un éventail plus large de parties prenantes et de secteurs – au-delà de la communauté de la RMNCAH – pour articuler des plans d'investissement multisectoriels pour les CRVS. Le GFF facilitera le développement de ces plans avec la contribution de tous les partenaires et se concentrera sur la mobilisation de la combinaison de ressources nationales et internationales requise pour accélérer les améliorations et maintenir les systèmes de CRVS (tel qu'énoncé dans l'Objectif 2 ci-dessus) d'ici à 2030. Il soutiendra également un Centre d'Excellence pour les CRVS qui énoncera les meilleures pratiques et partagera les leçons tirées de la mise en œuvre.

Objectif 4: Financer le développement et le déploiement des biens publics mondiaux essentiels pour la mise à l'échelle

Les biens publics mondiaux peuvent aider à accélérer l'abordabilité et l'accessibilité des services de RMNCAH en dépassant les niveaux de connaissances et de savoir-faire ainsi que les obstacles et les goulots d'étranglements liés aux prix et à la technologie. Le GFF travaillera avec ses partenaires pour identifier les secteurs les plus prometteurs pour le développement et le déploiement de biens publics mondiaux. Les secteurs d'investissements incluent le façonnage des marchés pour assurer un accès durable aux matières premières importantes ; le développement technologique pour simplifier l'acheminement ; les innovations pour la prestation de services comme le transfert de certaines tâches ; et, les évaluations d'impact pour informer des stratégies capables de dépasser les goulots d'étranglements de la mise en œuvre. La conversion des efforts mondiaux inter-agences visant à aligner la gestion de la chaîne d'approvisionnement en interventions efficaces et appropriées pour les pays pour l'acheminement de matières premières aux établissements « au dernier kilomètre » représente un bon exemple d'investissement prometteur. Le financement du GFF peut au besoin compléter le financement fourni par d'autres sources lorsque cela est nécessaire. Cela se fera principalement à travers des partenaires de mise en œuvre qui seront sélectionnés en fonction de la nature spécifique de l'activité.

Objectif 5: Contribuer à une meilleure coordination et à une rationalisation de la structure de financement de la RMNCAH

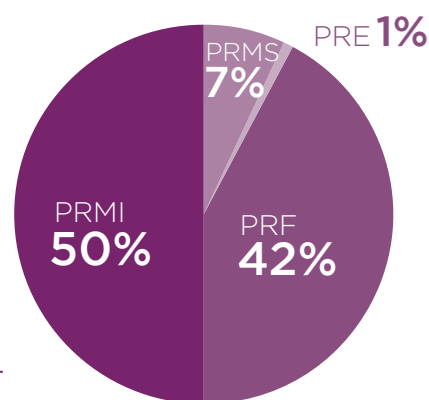
Au-delà des objectifs spécifiques de financement, le GFF vise à contribuer à une structure de financement de la RMNCAH qui soit mieux coordonnée et plus organisée à la fois au niveau des pays et au niveau mondial, en fournissant une plateforme de coordination pour le financement de la RMNCAH et, en facilitant une convergence et une consolidation des flux de financement actuellement fragmentés de la RMNCAH.

Alors que l'objectif principal de ces efforts est de réduire les coûts de transaction excessifs pour les pays et pour d'autres partenaires, un plus grand alignement autour des feuilles de route améliorera les perspectives de rendement des investisseurs individuels ainsi que l'efficacité et l'efficacité de ces investissements. Les données qui attestent de ces taux de rendement et du rapport qualité-prix des investissements sont des critères de plus en plus importants pour le maintien des engagements en ressources des partenaires de développement.

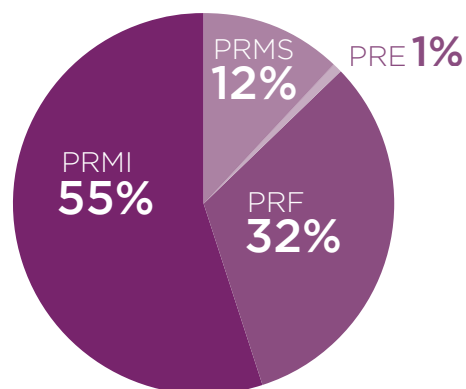
Dans le cadre du processus de planification à long-terme des feuilles de route de financement, le GFF facilitera un financement plus efficace et plus complet des plans de RMNCAH au niveau des pays en développant des stratégies à long-terme et, en travaillant également avec les partenaires pour mieux aligner, et lorsque cela sera possible mettre en commun, les financements pour une mise en œuvre plus efficace des plans. Plus de détails sur l'objectif de coordination et de consolidation du GFF sont disponibles dans la section « Gouvernance » de cette Note Conceptuelle.

SÉLECTION DES PAYS

Afin de maximiser son impact et atteindre les objectifs de convergence pour mettre fin aux décès évitables de mères et d'enfants (EPMCD), le GFF se concentrera sur les pays à forte charge de morbidité et aux besoins les plus importants en matière de RMNCAH. Les 75 pays lourdement touchés actuellement suivis dans le cadre de l'initiative « Compte à Rebours 2015 »²⁵ représentent plus de 95 pour cent de tous les décès de mères et d'enfants. Ciblant particulièrement les pays avec les plus grands déficits de financement (tel qu'indiqué dans l'illustration 2) - c.-à-d. les PFR et les PRMI du « Compte à Rebours » - le GFF se focalisera sur 63 pays qui dénombrent la vaste majorité des décès de mères et d'enfants (92 pour cent et 87 pour cent²⁶ respectivement).



▲ Illustration 3 : % des décès de mères en 2013 par groupe de revenu (N = 183)



▲ Illustration 4 : % des décès des moins de cinq ans en 2012 par groupe de revenu (N = 195)

25 <http://countdown2015mnch.org/>

26 WHO, UNICEF, UNFPA, UNPOP and the World Bank (joint publication). (2014). Trends in Maternal Mortality: 1990 to 2013 [Report]. -United Nations Inter-Agency Group for Child Mortality Estimation. (2013). Levels and Trends in Child Mortality [Report].

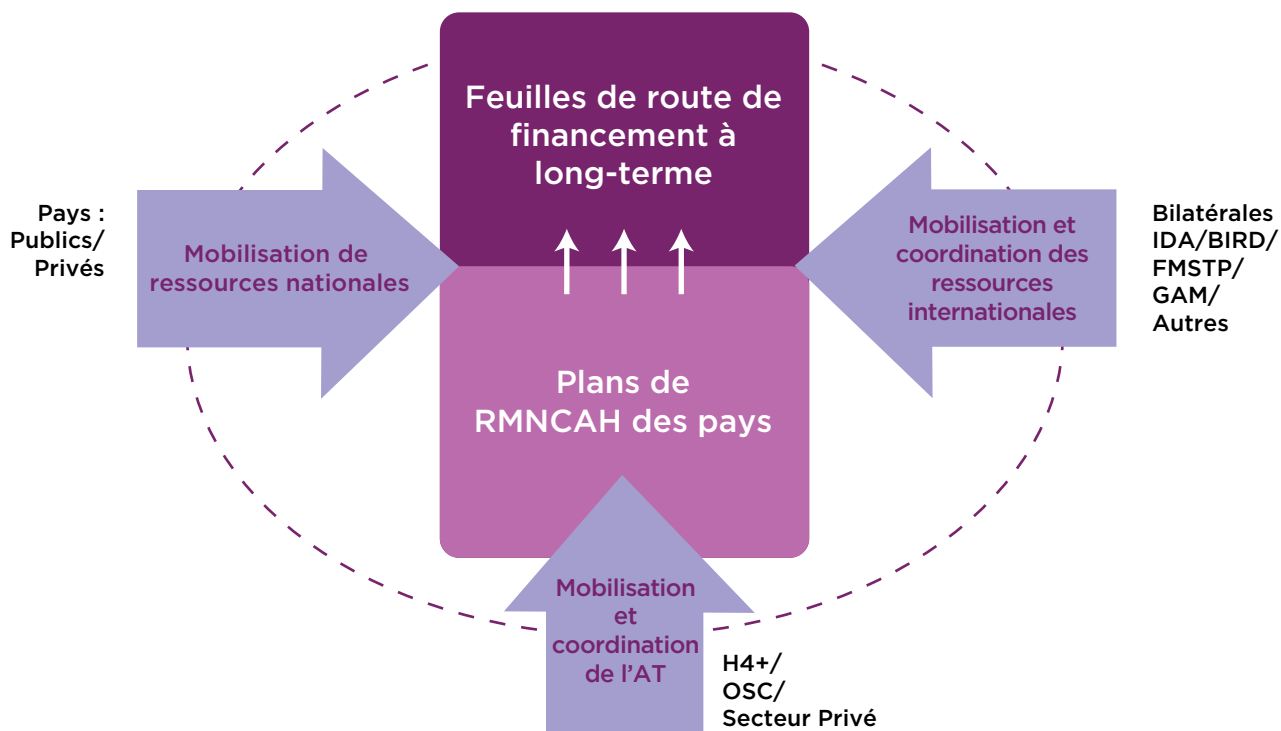
Un objectif important du GFF est d'aider à soutenir les pays à mesure qu'ils transitent vers des niveaux plus élevés d'autonomie financière dans leurs programmes de RMNCAH, particulièrement ceux qui évoluent vers des niveaux de revenus plus élevés et qui disposent potentiellement de niveaux réduits d'éligibilité à l'aide au développement. Dans ce contexte, interrompre abruptement le soutien du GFF aux pays – lorsqu'ils passent d'une classification de PFR à une classification de PRMS – peut représenter une occasion stratégique manquée d'aider ces pays jusqu'à la pérennité de leurs programmes de RMNCAH. C'est la raison pour laquelle le soutien du GFF sera également mis à la disposition des PRMI à mesure qu'ils évoluent vers une classification de PRMS. Ce soutien sera à la fois limité dans le temps et différencié. Un examen détaillé des options potentielles d'aide pour cette catégorie de pays est effectué dans la section « Scénarios de Financements des Pays du GFF ».

L'Annexe 2 fournit les données pertinentes aux 75 pays du Compte à Rebours afin d'aider le lecteur à contextualiser les facteurs qui ont été considérés pour déterminer les pays qui seront soutenus à travers le GFF ainsi que les scénarios de financement.

L'ACCÈS DES PAYS AU FINANCEMENT

Une des conditions indispensables pour atteindre les objectifs d'après-2015 pour mettre fin aux décès évitables de mères et d'enfants sera de mettre en œuvre des plans spécifiques dotés de cibles claires, priorisant les interventions clés et articulant des stratégies de mise en œuvre. En outre, les plans pour les pays doivent être reliés aux plans nationaux de santé, à d'autres plans sectoriels qui influent sur la santé des femmes et des enfants et aux plans nationaux de développement. De plus, ils doivent à la fois répondre aux contextes spécifiques des pays et être basés sur les meilleures données factuelles disponibles. L'appropriation par les pays sera également un principe opérationnel fondamental dans tous les aspects du travail effectué avec les gouvernements, les ministères de la santé et d'autres secteurs pertinents, jouant un rôle de chef de file pour la planification, la coordination et la supervision et assurant la cohérence de la mise en œuvre, du suivi et du rapportage de plans nationaux de RMNCAH solides. Le processus d'élaboration de ces plans mettra à profit les mécanismes de coordination existants comme l'IHP+. Reconnaisant le rôle critique du H4+ dans le développement et la mise en œuvre de ces plans, le GFF préconisera un financement intégral du H4+ et d'autres partenaires techniques pour qu'ils puissent remplir ces fonctions essentielles.

Les plans renforcés et chiffrés de RMNCAH constituent les fondements nécessaires au développement des feuilles de route de financement qui fourniront un tableau complet des besoins immédiats et à long-terme en ressources de la RMNCAH et, qui énonceront les stratégies nécessaires pour mobiliser, à travers le temps, les financements requis, à



▲ **Illustration 5** : Harmonisation des financements autour de la qualité des plans et des feuilles de route de financement de la RMNCAH

la fois nationaux (publics/privés) et internationaux (bilatéraux/multilatéraux/privés). La feuille de route reflétera le tableau plus large de la croissance économique, des priorités nationales de santé ainsi que de l'espace budgétaire et fiscal global du secteur de la santé. Le processus de développement des feuilles de route de financement impliquera un travail analytique rigoureux dans les pays qui sera rattaché à la planification et aux mécanismes de budgétisation ainsi qu'aux cycles et aux processus nationaux.

Ensemble, les plans de RMNCAH et les feuilles de routes de financement serviront de base à l'harmonisation des divers flux de financement – à la fois nationaux (publics/privés) et internationaux (bilatéraux/multilatéraux/privés) – autour d'un plan global, maximisant ainsi l'impact et la cohérence des programmes de soutien à la RMNCAH des partenaires. L'objectif est d'harmoniser les financements pour des plans de RMNCAH en regroupant les ressources dans un cadre commun de financement pour les pays, lié à des résultats clairs et appuyé par des mécanismes de redevabilité et de rapportage communs. Le GFF aura la flexibilité de s'adapter en fonction des conditions spécifiques des pays et des bailleurs de fonds. Un exemple de partenariat novateur pour l'amélioration des résultats de RMNCAH établi en République Démocratique du Congo (RDC) est disponible en Annexe 6.

SCÉNARIOS DE FINANCEMENT DES PAYS DU GFF

Les feuilles de routes de financement du GFF seront conceptualisées de façon à catalyser et maintenir les progrès effectués dans le cadre des objectifs nationaux de RMNCAH. Plus spécifiquement, ils visent à : (i) mobiliser les ressources à travers les secteurs publics et privés ; (ii) étendre les financements internationaux pour compléter les ressources nationales et fournir une forte motivation pour les investisseurs individuels ; (iii) améliorer l'efficacité des investissements en ce qui concerne la réalisation de résultats ; et (iv) faire de la durabilité à long-terme des financements de RMNCAH une stratégie explicite et faisable. Afin de réaliser ces objectifs, le GFF et ses partenaires s'appuieront sur l'éventail disponible d'options de financement, allant d'instruments traditionnels comme les taxes, les subventions, les crédits, les prêts et les garanties, aux approches novatrices telles que les contrats d'impact, les réductions d'achat et les fonds de transformation de la santé. Utiliser les outils et les ressources de financement des partenaires fournira l'occasion d'harmoniser davantage les financements de RMNCAH parmi les partenaires nationaux et internationaux. Adaptée au contexte spécifique de chaque pays, les feuilles de route du GFF produiront, par exemple, une variété de résultats financiers tangibles comme : assurer que tous les financements internationaux pour la RMNCAH respectent leurs budgets et se complètent ; affecter les objectifs spécifiques d'allocation budgétaire pour la RMNCAH dans le cadre de l'allègement des obligations de service de la dette ; lier les financements aux résultats de RMNCAH à travers tout le système en utilisant des approches de Paiement des Résultats ; et accélérer les réformes politiques et institutionnelles afin d'étendre et pérenniser le financement national pour la RMNCAH (par exemple, à travers des Prêts/Crédits pour les Politiques de Développement).

Les feuilles de route de financement et les instruments financiers du GFF seront adaptés aux besoins spécifiques des pays. Alors que les critères finaux d'éligibilité n'ont pas encore été convenus, quatre groupes de pays peuvent être envisagés, tous lourdement touchés²⁷ en termes de RMNCAH, mais faisant face à des défis différents à cause de leur éligibilité aux financements externes et de leurs niveaux de revenu. Ceux-ci incluent : (1) les PFR qui n'atteindront probablement pas le statut de PRMI dans un avenir prévisible ; (2) les PFR qui transitent vers un statut de PRMI ; (3) les PRMI ; et (4) les PRMI qui transitent vers un statut de PRE.²⁸

Le GFF soutiendra le financement de la transition d'un pays à travers une multitude d'instruments et d'approches. Plus de détails sur les feuilles de routes de financement pour la RMNCAH peuvent être trouvés en Annexe 7.

27 « Lourdement touchés » se réfère à des pays désignés comme prioritaire du fait de leur forte charge en termes de RMNCAH dans le cadre de l'Initiative du Compte à Rebours, tel que cela est décrit plus haut.

28 Les instruments et les outils décrits dans les paragraphes suivants sont indicatifs et ne sont pas nécessairement disponibles à tous dans chaque groupe et, ne sont pas non plus indisponibles pour d'autres groupes. L'éligibilité de chaque instrument ou outil est basée sur un certains nombres de facteurs et, non seulement sur la classification du niveau de revenu.

Pays à faible revenu : Ce groupe inclura les pays les plus pauvres et les plus lourdement touchés et, dont la transition vers un statut de pays à revenu moyen inférieur n'est pas escomptée dans un avenir prévisible. Des exemples de pays incluent le Burundi et la République Démocratique du Congo. Les subventions du GFF s'attacheront à compléter les ressources existantes afin de réduire les dépenses qui sont à la charge des usagers et, atteindre une couverture de haut niveau des interventions importantes de RMNCAH. Avec des décaissements liés aux résultats de RMNCAH, de telles subventions encourageront les pays à rechercher des subventions supplémentaires et/ou des prêts concessionnels (par exemple, des subventions et des crédits de l'IDA) ainsi qu'à engager des ressources locales afin d'accélérer les progrès. L'assistance technique, financée par les subventions du GFF, établira les bases d'une bonne gestion publique des financements afin d'assurer que les fonds profitent effectivement aux femmes et aux enfants. Comme les financements publics et les systèmes de prestation peuvent se révéler être inadéquats dans les PFR qui subissent une instabilité politique ou un conflit, comme la République Centrafricaine, les subventions du GFF emprunteront des voies alternatives de financement afin d'assurer un accès aux services essentiels de RMNCAH, incluant des financements directs aux organisations non-gouvernementales (par exemple, la société civile et les organisations internationales) ou même aux interventions humanitaires.

Pays à faible revenu qui transitent vers un statut de pays à revenu moyen inférieur :

Ce groupe inclura les PFR lourdement touchés qui transitent vers un statut de PRMI comme l'Ouganda et le Kenya. Les subventions du GFF viseront à accroître la couverture des interventions de RMNCAH, mais adopteront une structure capable de mobiliser des ressources nationales et d'entretenir la croissance des financements pour la RMNCAH lorsque l'aide externe globale déclinera. Les subventions du GFF financeront des réductions d'achat, des crédits ou des prêts de principe, ou une combinaison de ces éléments (par exemple, les crédits de l'IDA et de la WB combiné à des prêts de la BIRD), qui encourageront non seulement les pays à emprunter pour la RMNCAH, mais aussi à s'engager sur des objectifs d'allocation budgétaire spécifiques pour la RMNCAH. De tels crédits, subventions et prêts seront décaissés en fonction des résultats de RMNCAH obtenus (par exemple, à travers des approches de Paiement pour des Résultats) et en fonction de la mise en œuvre d'actions politiques et institutionnelles participant à l'extension et à la durabilité des financements nationaux (par exemple, les Crédits/Prêts pour les Politiques de Développement). Les subventions de GFF financeront également l'assistance technique afin d'appuyer de telles actions politiques et institutionnelles. Cela inclut, par exemple, les démarches qui s'appuient sur des réformes passées de la gestion financière publique effectuées pour améliorer l'approvisionnement, la gestion des ressources financières et humaines ainsi que pour introduire des mécanismes plus avancés de paiement des prestataires (particulièrement les modalités de paiement de la performance) qui peuvent potentiellement améliorer la qualité et l'efficacité des services de RMNCAH. En outre, l'assistance technique soutiendra les innovations afin d'élargir la base de recettes nationales pour la RMNCAH, en reproduisant, par exemple, les réformes à succès des pays à revenu moyen supérieur et des pays à revenu supérieur, comme les « sin taxes » (impôts sur les produits dangereux pour la santé afin de promouvoir la santé). Dans les pays à croissance économique rapide, le soutien se focalisera sur les innovations afin de renforcer le lien souvent faible qui existe entre la croissance

économique et les dépenses publiques pour la RMNCAH et cela, en captant par exemple les revenus des industries extractives et en les investissant pour la RMNCAH.

Pays à revenu moyen inférieur : Ce groupe inclura certains pays de grandes tailles avec des taux élevés de décès de mères et d'enfants, comme l'Inde, le Nigeria et le Pakistan. Dans ces pays, des améliorations marquées dans la couverture et la qualité des interventions de RMNCAH auraient un impact important sur le fardeau mondial en matière de RMNCAH. Avec des modalités de financement similaires à celles des pays qui transitent vers un statut de PRMI, les subventions du GFF mobiliseront des prêts avec des décaissements liés aux résultats de RMNCAH et à des réformes politiques et institutionnelles des modalités de financement pour la RMNCAH. De telles subventions et de tels prêts dépendront cependant d'une augmentation significative des financements de RMNCAH issus recettes fiscales générales. Les subventions du GFF financeront également une assistance technique pour approfondir les réformes des systèmes de gestion financière publique, fiscaux et de paiement. En outre, elles aideront les pays à aborder les inégalités croissantes de financement de la RMNCAH et de prestation de services, caractéristiques à ce stade de la transition économique, en affectant spécifiquement des ressources publiques pour les pauvres et en égalisant les déséquilibres géographiques et fiscaux. Souvent, cela est effectué dans le contexte d'une décentralisation du pouvoir et des fonctions vers des niveaux plus bas du gouvernement.

Pays à revenu moyen inférieur qui transitent vers un statut de pays à revenu moyen supérieur : Ce groupe comprendra des pays qui ont reçu un soutien du GFF comme les PRMI qui - lorsqu'ils parviennent à un statut de PRMS - bénéficient d'un soutien continu afin d'étendre les avancées en matière de RMNCAH tout en atteignant une pérennité financière. Le soutien sera limité en portée (par exemple, des subventions pour une assistance technique pour approfondir, compléter et évaluer des réformes et développer les phases consécutives des feuilles de route de financement) et en temps (par exemple, 3 ans après l'obtention du statut de PRMS). En parallèle, ce groupe de pays restera éligible pour les prêts de la BIRD et le Groupe de la Banque Mondiale les encouragera à tirer profit de ces prêts pour approfondir la couverture et améliorer la qualité des services de RMNCAH.

GOVERNANCE ET MODALITÉS INSTITUTIONNELLES

Cette section de la Note Conceptuelle décrit les modalités institutionnelles et de gouvernance du GFF. Elle expose les principes directeurs de gouvernance, le raisonnement qui justifie que la Banque Mondiale accueille le GFF et trois capacités de gouvernance que le GFF doit posséder.

Les principes de gouvernance

Le rôle de la gouvernance du GFF est de fournir la supervision, la direction stratégique et la prise de décision coordonnée requises pour remplir les fonctions de base du GFF. Pour ce faire, les modalités de gouvernance du GFF seront guidées par les principes fondamentaux suivant :

- **Conduite par les pays** : Forger des feuilles de route de financement viables, travailler et s'aligner efficacement avec les politiques et les cycles de planification ainsi que les mécanismes de coordination de la RMNCAH des partenaires de développement, de la santé et d'autres secteurs spécifiques à chaque pays.
- **Inclusive et rationalisée** : Engager tous les partenaires principaux de financement – nationaux/internationaux, publics/privés – qui soutiennent la RMNCAH, afin de rationaliser la structure de financement de la RMNCAH.
- **Réceptive et Redevable** : Fournir des services financiers qui sont adaptés aux besoins des pays de manière opportune et rentable.
- **Etendre et mobiliser** : Mobiliser des flux importants d'assistance internationale au développement pour la RMNCAH et, par extension, inciter les investisseurs de la RMNCAH.
- **Alignée et synergique** : Promouvoir et travailler avec des stratégies consensuelles, des biens publics et des services d'assistance technique offerts par divers partenaires – multilatéraux, bilatéraux, du secteur privé et de la société civile – dans le cadre de CFCE.

Les modalités institutionnelles

Alors qu'il existe, en principe, un nombre d'options institutionnelles et de structures d'hôtes pour le GFF, il est proposé que le GFF soit placé à la Banque Mondiale pour les raisons suivantes :

- **Crédibilité et mandat** : Le Groupe de la Banque Mondiale joue un rôle de chef de file pour déterminer les besoins de financement et la structure pour les objectifs de développement d'après-2015 et, jouera un rôle important dans le financement de ces objectifs.
- **Capacité de mobilisation prouvée** : Comme cela a été constaté au cours des cinq dernières années du HRITF, canaliser les subventions de financement à travers la Banque Mondiale a créé l'occasion de débloquer des investissements plus larges sous la forme de crédits

et de prêts de l'IDA et de la BIRD, qui sont ancrés dans les comptes publics des pays.

- **Multisectorialité** : Plusieurs interventions importantes nécessaires à la réalisation accélérée de résultats de RMNCAH se situent à l'extérieur du secteur de la santé. La Banque Mondiale, en vertu de son objectif global de développement, peut mobiliser des co-investissements dans les secteurs de l'éducation, de la protection sociale, de l'eau et de l'assainissement et des politiques macro-fiscales, entre autres. En outre, la filière privée de la Banque Mondiale - International Finance Corporation (IMF) - peut être exploitée afin d'engager les partenaires du secteur privé de manière plus systématique.
- **Capacité à être rapidement opérationnel** : Etant donné que le HRITF et son secrétariat situés à la Banque Mondiale sont déjà opérationnels, le GFF sera en mesure d'avancer rapidement et efficacement sur le terrain.
- **Expertise sur le financement** : La Banque Mondiale possède une expertise vaste et approfondie en ce qui concerne l'éventail complet de défis de financement qui figureront de façon prédominante dans les feuilles de route de financement du GFF. Ces défis incluront l'achat et l'approvisionnement ainsi que la gestion financière et la redevabilité. En outre, les relations de travail étroites de la Banque avec les ministères des finances aideront à forger les liens nécessaires avec les politiques plus larges et à long-terme de financement de la santé.

Les capacités fondamentales du GFF

LE GFF requière au moins trois capacités de gouvernance distinctes afin d'atteindre ses objectifs. La **première capacité** est liée au soutien des mécanismes basés dans les pays qui permettront d'élaborer et de mettre en œuvre les feuilles de route de financement à travers la constitution et la conclusion efficaces d'alliances avec les parties prenantes principales, ce que la gouvernance du GFF devrait faciliter. Développer des feuilles de route de financement de haute qualité implique à la fois des considérations de contenu et de processus. Le contenu concerne le coût des plans de RMNCAH, l'identification des sources de financement nationales et internationales, la spécification des modalités d'approvisionnement et l'achat ainsi que la gestion financière et les projections liées à la durabilité. Le processus concerne l'alignement des cycles de planification, l'engagement des parties prenantes principales dans le cadre de la communauté de la RMNCAH - à la fois nationales (publiques/privées) et internationales (bilatérales/multilatérales/privées) - et l'établissement d'un consensus sur les plans. Réaliser cela demandera de constituer et de conclure efficacement des alliances avec toutes les parties prenantes principales, ce que la gouvernance du GFF devrait faciliter.

Une seconde capacité de gouvernance du GFF se rapporte à son habilité à être reconnu comme une source importante de financement international pour l'agenda de la RMNCAH à travers des filières de financement dédiées. A cet égard, la structure de gouvernance du GFF s'appuiera sur l'HRITF existant à la Banque Mondiale afin de permettre une accélération rapide des investissements dans la RMNCAH qui offrent de bons avantages, un bon rapport qualité-prix et de faibles coûts administratifs. Plus d'information sur le HRITF est disponible en Annexe 8. La portée du HRITF sera élargie ajoutant le financement de plans complets de RMNCAH – et possiblement le financement d'autres secteurs – à ses activités axées sur la prestation de services. En tant que tel, la plateforme pour les pays développée à travers le HRITF facilitera l'organisation et le développement des feuilles de route de financement. La plateforme du GFF facilitera également le développement d'une filière multisectorielle de financement dédiée aux systèmes de CRVS et d'une autre filière qui financera les biens publics mondiaux ainsi que les fonctions normatives et d'assistance technique fondamentale à la mise à l'échelle de la RMNCAH. Cela peut inclure le financement pour des agences techniques des NU, pour les ONG et pour le secteur privé. Les détails opérationnels de ces filières de financement ainsi que ceux des critères d'éligibilité pour les pays, pour le financement et pour la prise de décision seront spécifiés dans le développement du Plan de travail.

Une troisième capacité pour le GFF concerne le rassemblement, la coordination et la communication des parties prenantes principales. Le GFF a besoin de rassembler un éventail complet de partenaires, incluant les pays clients, les secteurs public, privés et non-gouvernemental, ainsi que les agences bilatérales et multilatérales. Ensemble, les partenaires du GFF doivent promouvoir une convergence efficace et efficiente sur les stratégies et les opportunités afin d'atteindre les objectifs d'un financement pleinement développé, intelligent et durable pour l'agenda de la RMNCAH.

En outre, il doit exister une capacité à suivre et à examiner les progrès effectués par rapport à un ensemble d'objectifs prédéfinis qui reflètent les objectifs globaux du GFF. Enfin, le GFF doit être en mesure de faire des recommandations, de les promouvoir et d'agir afin d'améliorer la performance. Il est reconnu que cette capacité de gouvernance du GFF doit s'aligner, ou faire partie d'une consolidation, avec les mécanismes de direction et de coordination qui remplissent actuellement le paysage de la RMNCAH.

PROCHAINES ÉTAPES ET ÉCHÉANCIER

Après le développement de la Note Conceptuelle et des commentaires initiaux de l'Assemblée Générale des NU de 2014, la priorité sera de maintenir l'élan obtenu pour mettre en œuvre et mettre à l'échelle les programmes réussis du portefeuille actuel. L'accent sera fortement placé sur l'extension des paquets de services existants pour incorporer les domaines priorités qui ont été convenus, incluant les soins néonataux et la santé des adolescents, pour augmenter leur portée géographique et se concentrer

sur l'équité afin d'atteindre un impact maximal, particulièrement pour les pauvres et les groupes vulnérables.

La seconde phase de ce processus de planification se concentrera sur le développement d'un Plan de travail pour le GFF. Au cours de la planification des activités, un modèle opérationnel complet incluant une filière pour les systèmes de CRVS sera développée. Le Plan de travail sera également informé par la mobilisation actuelle des partenaires autour de régions (dans le cas des CRVS) et pour des pays spécifiques, comme la RDC. En tirant profit de l'élan existant dans les pays, il est possible d'accélérer l'obtention de résultats dans le cadre du GFF.

Une analyse plus approfondie aura lieu sur la structure et le contenu des feuilles de route de financement, incluant le développement d'exemples de pays. Le travail sur le plan de travail sera informé par des consultations approfondies avec les pays, les bailleurs de fonds et les partenaires.

Lorsque le Plan de travail sera complet, d'ici à mai 2015, l'opérationnalisation complète du GFF commencera. Le but est de rendre le GFF opérationnel à temps pour l'Assemblée Générale des NU de 2015.

ANNEXE 1: MEMBRES DU GROUPE DE TRAVAIL SUR LE GFF

NOM	TITRE
Minister Kesetebirhan Admasu	Ministère de la Santé Ethiopie
Michael Anderson	Directeur Exécutif, Fondation du Fonds d'Investissement pour l'Enfant
Suprotik Basu	Directeur Exécutif, Envoyé Spécial du Secrétaire Général des Nations Unies pour le Financement des OMD de la Santé et pour le Paludisme
Pascal Bijleveld	Directeur Exécutif, Stratégie de SRMNI et Equipe de Coordination, UNICEF
Dr. Flavia Bustreo	Directeur Général Adjoint, Santé de la Famille, des Femmes et des Enfants, Organisation Mondiale de la Santé
Kathy Calvin	Président & Directeur Exécutif Chief, Fondation des Nations Unies
Dr. Joanne Carter	Directeur Exécutif, Résultats
Dr. Mickey Chopra	Chef de la Santé et Directeur Associé des Programmes, UNICEF
Dr. Mariam Claeson	Directeur, Santé Maternelle, Néonatale et Infantile, La Fondation Gates
Kate Dodson	Directeur et Vice-Président de la Santé Mondiale, Fondation des Nations Unies
Dr. Jane Edmondson	Chef de Groupe, Développement Humain, DFID
Dr. Tim Evans	Directeur Sénior de la Santé, de la Nutrition et de la Population, Le Groupe de la Banque Mondiale
Dr. Tore Godal	Conseiller Spécial sur la Santé Mondiale, Bureau du Premier Ministre de la Norvège
Diane Jacovella	Assistant Ministre Adjoint, Ministère des Affaires Etrangères, Commerce et Développement, Canada.
Josiane Kamikazi	Conseiller Technique, Ministère des Finances, Burundi
Hind Khatib-Othman	Directeur Exécutif, GAVI
Michael Klosson	Vice-Président, Politique et Réponse Humanitaire, Save the Children
Alexia Latortue	Assistant Secrétaire Adjoint pour le Développement International & la Dette, Département de Trésorerie Etats-Unis
Dr. Christopher MacLennan	Directeur Général, Département des Affaires Etrangères, Commerce et Développement, Canada

Jacqueline Mahon	Conseiller Politique Sénior, Santé Mondiale et Systèmes de Santé, FNUAP
Joanne Manrique	Président, Center for Global Health and Diplomacy
Dr. Anders Nordstrom	Ambassadeur pour la Santé Mondiale, Ministère des Affaires Etrangères, Suède
Dr. Ariel Pablos-Méndez	Administrateur Assistant pour la Santé Mondiale, USAID
Dr. Carole Presern	Directeur Exécutif, Partenariat pour la Santé Maternelle, Néonatale et Infantile
Ann Starrs	Président & Directeur Exécutif, Guttmacher Institute
Nana Taona Kuo	Senior Manager, Chaque Femme, Chaque Enfant, Nations Unies
Dr. Albert Welo Kalema	Délégué, République Démocratique du Congo
Dr. Marijke Wijnroks	Chef du Personnel, FMSTP

ANNEXE 2: LES 75 PAYS DU COMPTE A REBOURS

Les données pertinentes sur les instruments de la Banque Mondiale ainsi que sur les classifications de revenu et les charge de morbidité en matière de RMNCAH :

PAYS	CLASSIFI- CATION DES REVENUS DE LA WB	CATÉ- GORIES DE PRÊTS	SUBVEN- TIONS HRTIF	LISTE DES SITUATIONS FRAGILES DE LA WB	DÉCÈS MATER- NELS (TMM)	DÉCÈS DES MOINS DE 5 ANS
Afghanistan	PFR	IDA	Oui	Oui	4,200 (400)	103,171 (98.5)
Bangladesh	PFR	IDA	Oui	Non	5,200 (170)	126,835 (40.9)
Bénin	PFR	IDA	Oui	Non	1,300 (340)	31,690 (89.5)
Burkina Faso	PFR	IDA	Oui	Non	2,800 (400)	66,279 (102.4)
Burundi	PFR	IDA	Oui	Oui	3,400 (740)	43,227 (104.3)
Cambodge	PFR	IDA	Non	Non	670 (170)	14,230 (39.7)
République Centrafricaine	PFR	IDA	Non	Oui	1,400 (880)	19,192 (128.6)
Comores	PFR	IDA	Non	Oui	90 (350)	1,921 (77.6)
Retirée	PFR	IDA	Non	Oui	880 (380)	11,365 (51.8)
Ethiopie	PFR	IDA	Oui	Non	13,000 (420)	204,926 (68.3)
Gambie	PFR	IDA	Oui	Non	340 (430)	5,278 (72.9)
Guinée	PFR	IDA	Non	Non	2,800 (650)	41,288 (101.2)
Guinée-Bissau	PFR	IDA	Non	Oui	360 (560)	7,669 (129.1)
Haïti	PFR	IDA	Oui	Oui	1,000 (380)	20,083 (75.6)
Kenya	PFR	IDA	Oui	Non	6,300 (400)	108,097 (72.9)
Libéria	PFR	IDA	Oui	Oui	980 (640)	10,918 (74.8)
Madagascar	PFR	IDA	Oui	Oui	3,500 (440)	44,058 (58.2)
Malawi	PFR	IDA	Non	Non	3,400 (510)	43,375 (71)
Mali	PFR	IDA	Oui	Oui	4,000 (550)	83,449 (128)
Mozambique	PFR	IDA	Oui	Non	4,800 (480)	83,787 (89.7)
Myanmar	PFR	IDA	Non	Oui	1,900 (200)	48,485 (52.3)
Népal	PFR	IDA	Oui	Non	1,100 (190)	24,265 (41.6)
Niger	PFR	IDA	Non	Non	5,600 (630)	90,558 (113.5)
Ouganda	PFR	IDA	Non	Non	5,900 (360)	103,428 (68.9)
Rwanda	PFR	IDA	Oui	Non	1,300 (320)	23,603 (55)
Sierra Leone	PFR	IDA	Oui	Oui	2,400 (1100)	38,809 (181.6)
Tadjikistan	PFR	IDA	Oui	Non	120 (44)	15,388 (58.3)
Tchad	PFR	IDA	Oui	Oui	5,800 (990)	82,114 (149.8)
Togo	PFR	IDA	Oui	Oui	1,100 (450)	22,415 (95.5)
République Dém. du Congo	PFR	IDA	Oui	Oui	21,000 (730)	391,229 (145.7)

République Dém. de Corée	PFR		Non	Non	310 (87)	1,913 (28.8)
République Unie de Tanzanie	PFR	IDA	Oui	Non	7,900 (410)	97,989 (54)
Zimbabwe	PFR	Mélange	Oui	Oui	2,100 (470)	38,874 (89.8)
Somalie	PFR	IDA	Non	Oui	3,900 (850)	64,584 (147.4)
Bolivie	LMIC	Mélange	Non	Non	550 (200)	10,874 (41.4)
Cameroun	LMIC	Mélange	Oui	Non	4,900 (590)	73,961 (94.9)
Congo	LMIC	Mélange	Non	Non	690 (410)	15,286 (96)
Côte d'Ivoire	LMIC	IDA	Oui	Oui	5,300 (720)	75,148 (107.6)
Djibouti	PRMI	IDA	Oui	Non	55 (230)	1,896 (80.9)
Egypte	PRMI	BIRD	Non	Non	860 (45)	40,360 (21)
Ghana	PRMI	IDA	Oui	Non	3,100 (380)	55,907 (72)
Guatemala	PRMI	BIRD	Non	Non	660 (140)	14,878 (32)
Inde	PRMI	BIRD	Oui	Non	50,000 (190)	1,414,227 (56.3)
Indonésie	PRMI	BIRD	Non	Non	8,800 (190)	151,605 (31)
Kirghizistan	PRMI	IDA	Oui	Non	110 (75)	3,952 (26.6)
Laos	PRMI	IDA	Oui	Non	400 (220)	13,771 (71.8)
Lesotho	PRMI	IDA	Oui	Non	280 (490)	5,693 (99.6)
Mauritanie	PRMI	IDA	Non	Non	430 (320)	10,563 (84)
Maroc	PRMI	BIRD	Non	Non	880 (120)	22,717 (31.1)
Nigeria	PRMI	Mélange	Oui	Non	40,000 (560)	826,604 (123.7)
Ouzbékistan	PRMI	Mélange	Oui	Non	220 (36)	25,091 (39.6)
Pakistan	PRMI	Mélange	Oui	Non	79,000 (170)	408,805 (85.9)
Papua Nouvelle Guinée	PRMI	Mélange	Oui	Non	460 (220)	13,105 (63)
Philippines	PRMI	BIRD	Non	Non	3,000 (120)	68,712 (29.8)
Sao Tomé et Príncipe	PRMI	IDA	Non	Non	14 (210)	340 (53.2)
Sénégal	PRMI	IDA	Oui	Non	1,700 (320)	29,975 (59.6)
Iles Salomon	PRMI	IDA	Oui	Oui	23 (130)	529 (31.1)
Sud Soudan	PRMI	IDA	Non	Oui	3,000 (730)	39,515 (104)
Swaziland	PRMI	BIRD	Non	Non	120 (310)	2,907 (79.7)
Vietnam	PRMI	Mélange	Oui	Non	690 (49)	32,765 (23)
Yémen	PRMI	IDA	Oui	Oui	2,100 (270)	43,276 (60)
Zambie	PRMI	IDA	Oui	Non	1,800 (280)	50,167 (88.5)
Soudan	PRMI	IDA	Non	Oui	4,600 (360)	88,524 (73.1)
Afrique du Sud	PRMS	BIRD	Non	Non	1,500 (140)	49,815 (44.6)

Angola	PRMS	BIRD	Non	Non	4,400 (460)	148,006 (163.5)
Azerbaïdjan	PRMS	BIRD	Non	Non	43 (26)	5,943 (35.2)
Botswana	PRMS	BIRD	Non	Non	83 (170)	2,577 (53.3)
Brésil	PRMS	BIRD	Non	Non	2,100 (69)	41,839 (14.4)
Chine	PRMS	BIRD	Non	Non	5,900 (32)	258,250 (14)
Gabon	PRMS	BIRD	Non	Non	130 (240)	3,171 (62)
Iraq	PRMS	BIRD	Non	Non	710 (67)	34,757 (34.4)
Mexique	PRMS	BIRD	Non	Non	1,100 (49)	37,056 (16.2)
Pérou	PRMS	BIRD	Non	Non	530 (89)	10,831 (18.2)
Turkménistan	PRMS	BIRD	Non	Non	68 (61)	5,538 (52.8)
Guinée Equatoriale	PRE	BIRD	Non	Non	79 (290)	2,521 (100.3)

ANNEXE 3: MÉTHODOLOGIE POUR ESTIMER LES EFFETS SANITAIRES ET LES DÉFICITS EN RESSOURCES

L'approche utilisée dans cette Note Conceptuelle pour modéliser les impacts de santé, les estimations liées aux besoins en ressources, les flux de financement à partir de sources nationales et les déficits financiers résultants est ancrée dans les estimations et les méthodologies existantes. Deux efforts récents de modélisation ont évalué les éléments clés liés aux besoins en ressources, aux flux de financement et aux projections des résultats de santé qui découlent de la mise à l'échelle de la couverture de la SMRNIA (se basant sur des efforts précédents, incluant ceux de la Stratégie Globale, de la Commission Macroéconomique et de la Santé et de la Commission sur les Matières Premières).

Le Cadre Mondial d'Investissement pour la Santé des Femmes et des Enfants, menée par l'OMS, a présenté un « cas d'investissement » en 2014 qui comparait les impacts de santé et les coûts marginaux de trois scénarios pour la période s'étendant jusqu'à 2035 : (i) maintenir la couverture actuelle mais augmenter les coûts en rapport à la croissance démographique anticipée (scénario faible) ; (ii) augmenter graduellement la couverture en fonction des tendances historiques (scénario moyen) ; et (iii) accélérer le rythme de la mise à l'échelle pour égaler celui des pays à faible revenu et à revenu moyen les plus performant (scénario élevé). Ce travail a été entrepris pour 74 des 75 pays identifiés dans l'initiative du Compte à Rebours 2015 ; le Sud Soudan a été omis de l'analyse à cause de l'absence de preuve.

La Commission du Lancet sur l'Investissement de la Santé (CIH) s'est basé sur ce cas d'investissement pour ajouter de nouvelles approches (par exemple, en incluant l'adoption de nouveaux outils et de nouvelles technologies à travers la période), de nouvelles maladies et de nouvelles populations (par exemple, le VIH et le paludisme chez les adultes, la tuberculose, les maladies tropicales négligées) dans la modélisation des impacts de santé et des coûts marginaux de deux scénarios (couverture actuelle et « convergence » ou mise à l'échelle accélérée). Le CIH a également examiné l'expansion possible des financements nationaux pour la RMNCAH à la lumière de la croissance économique et des augmentations des parts de budgets des gouvernements qui sont allouées à la santé (ce qui est typiquement le cas lorsque les pays connaissent une croissance économique).

Ces deux efforts ont été révisés par des pairs et leurs résultats et leurs méthodologies ont été publiés dans *The Lancet*.

Estimation des besoins en ressources

Dans le cadre de cette Note Conceptuelle, le point de départ des estimations en matière de besoins en ressources est le Cadre Mondial pour l'Investissement. En particulier, les besoins ont été calculés en fonction des coûts supplémentaires

résultant d'une mise à l'échelle des scénarios de couverture élevé et moyen. Les données du Cadre Mondial d'Investissement pour les pays ont été ajustées des taux constants en dollars américains de 2011 à ceux de 2013 en utilisant les déflateurs de PIB de l'IMF. Un facteur d'inflation réel de 2 pour cent a été appliqué aux coûts projetés pour tenir compte des augmentations attendues dans les coûts des services et de la mise en œuvre de la mise à l'échelle.

Pour refléter l'impact de la mise en œuvre des futurs efforts de recherche et de développement, la méthodologie employée par la Commission sur l'Investissement dans la Santé a été utilisée pour considérer les coûts d'achat et de mise à l'échelle des nouvelles technologies. Une réduction progressive de 2 pour cent a été appliquée au nombre de mortalités, alors que les baisses dans les taux de mortalité maternelle et de mortalité des moins de 5 ans ont été accélérées par 2 pour cent. Le coût par décès évité entre les scénarios de couverture élevée et de couverture faible a ensuite été multiplié par le nombre supplémentaire de vies sauvées grâce aux nouvelles technologies afin d'estimer le coût d'achat des nouvelles technologies et le coût de leur mise à l'échelle. Les coûts de mise à l'échelle des nouvelles technologies ont été calculés au niveau des groupes de revenu (faible revenu, revenu moyen inférieur, revenu moyen supérieur et revenu élevé) avec les coûts alloués par pays en fonction de la part relative des besoins en ressources des pays dans leur groupe de revenu. Les coûts relatifs à des investissements de base dans la recherche et le développement n'ont pas été inclus.

Estimation des flux nationaux de financement

Afin d'estimer le financement national, l'approche employée par la Commission sur l'Investissement dans la Santé est utilisée. La première composante de cette approche est de saisir l'augmentation potentielle du financement national qui est liée à la croissance économique. Les projections de l'IMF des taux réels de croissance du PIB pour chaque pays ont été utilisées jusqu'à 2019. Ensuite, des moyennes simples de projections de taux de croissance pour 2014-2019 sont utilisées pour 2020-2024.

Entre 2025 et 2027, toutes les projections de taux de croissance supérieures à 5 pour cent ont été réduites à 5 pour cent, alors que pour 2028-2030, tous les taux de croissance supérieurs à 3 pour cent ont été réduits à 3 pour cent. Si la tendance récente de croissance économique rapide dans les pays à revenu faible et à revenu moyen commençait à ralentir, le potentiel des flux nationaux de financement pourrait considérablement chuter.

La part de PIB consacrée aux dépenses publiques générales de santé (DPGS) a ensuite été évaluée dans le cadre de trois scénarios :

- Les pays maintiennent les proportions existantes (2012) de DPGS, ce qui est généralement de l'ordre de 2-3 pour cent du PIB;
- Les DPGS augmentent régulièrement d'ici à 2030 à raison de 3 pour cent du PIB pour les pays à faible revenu et à revenu moyen

inférieur, alors qu'ils restent stables au niveau de la moyenne historique de 3.24 pour cent pour les pays à revenu moyen supérieur et les pays à revenu élevé ;

- Les DPGS augmentent régulièrement à raison de 4 pour cent du PIB pour tous les groupes de revenu d'ici à 2030.

Les pays allouent moins de 100 pour cent de leurs DPGS totales pour la RMNCAH, ainsi une gamme de proportions de parts allouées pour la RMNCAH a ensuite été évaluée.

Les estimations de financements nationaux supplémentaires ont été calculées par rapport au niveau de référence de 2013. Le financement maximal disponible pour la RMNCAH a été plafonné aux besoins totaux en ressources d'un pays pour l'année, en supposant que les pays ne dépenseraient pas plus que leurs besoins totaux en matière de RMNCAH et que le financement national serait non transférable entre les pays. Plusieurs pays du Compte à Rebours n'ont pas pu être inclus à cause d'une indisponibilité de données : les Comores, la République Populaire Démocratique de Corée, le Myanmar, la Somalie et le Zimbabwe.

Estimation des déficits généraux en ressources

Afin d'estimer les déficits généraux entre les flux nationaux de financement et les besoins en ressources, les paramètres suivant ont été utilisés pour le cas de base:

- Les besoins en ressources ont été comparés aux montants marginaux des scénarios de faible couverture et de couverture élevée ;
- Le scénario moyen selon lequel les pays allouent 3 pour cent de leurs PIB à la santé a été utilisé (sur la base de l'expérience historique qui indiquent que les DPGS augmentent à mesure que les pays connaissent une croissance économique) ;
- La part du financement national total allouée pour la RMNCAH était de 25 pour cent, une estimation qui a été développée au cours du processus du Compte à Rebours 2015 et employée par la Stratégie Mondiale pour la Santé des Femmes et des Enfants.

Un scénario additionnel selon lequel la part du financement national pour la RMNCAH augmente de 50 pour cent a également été inclus dans la Note Conceptuelle.

Estimation des impacts sanitaires

De même qu'avec l'estimation des besoins en ressources, les projections du Cadre Mondial d'Investissement pour la Santé des Femmes et des Enfants ont été adaptées afin de calculer l'impact sanitaire projeté d'un accroissement tendant vers un scénario

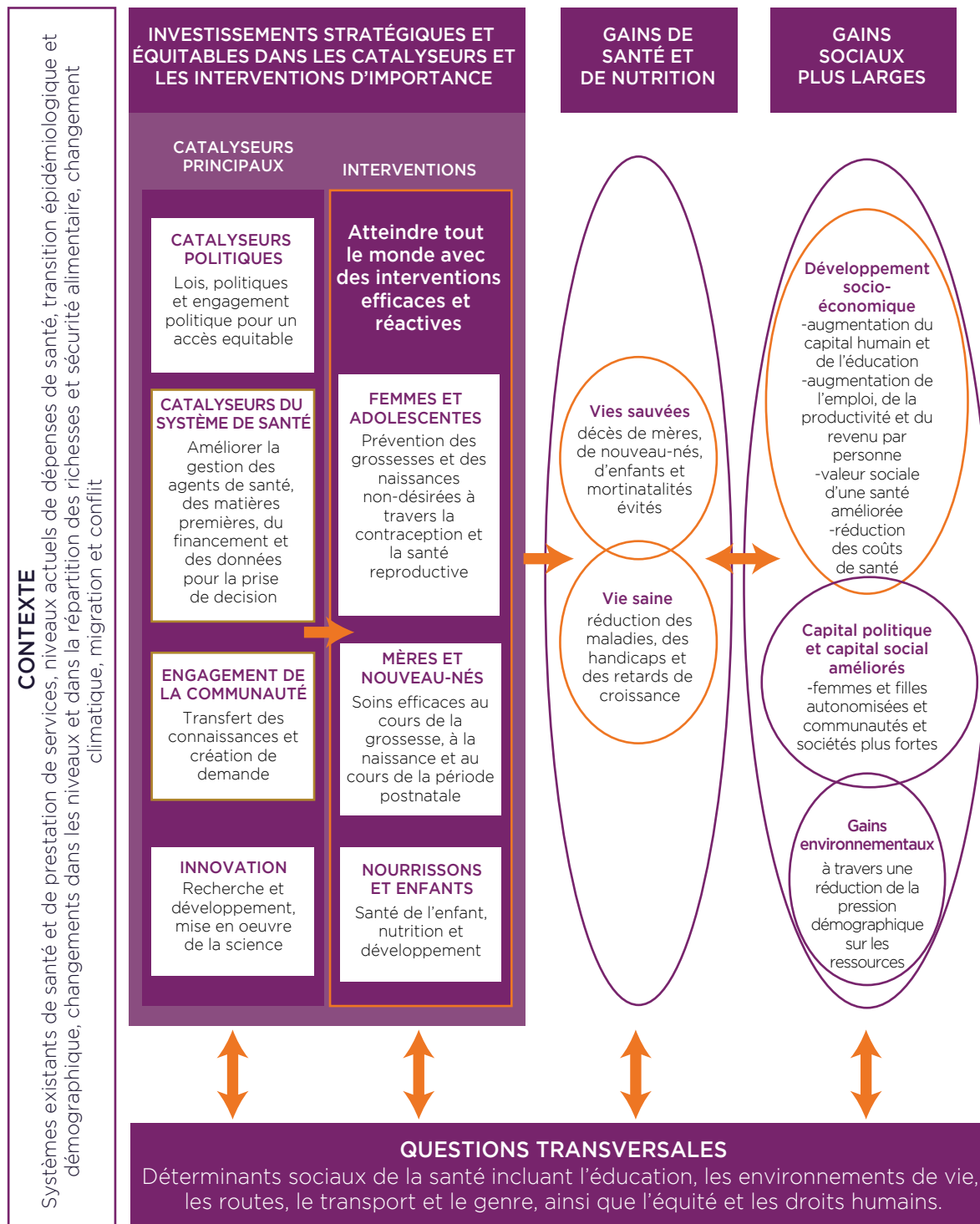
de couverture élevée. Le Cadre Mondial d'Investissement a estimé le nombre total de décès évités en utilisant deux approches : vies sauvées par la mise à l'échelle d'interventions de santé et, décès évités grâce au développement de la planification familiale.

Les décès évités saisissent la réduction dans le nombre de décès imputables à la réduction des grossesses non-désirées et, par extension, à la réduction du nombre de naissances, alors que les vies sauvées saisissent la baisse du nombre de décès et les baisses associées dans les taux de mortalité qui résultent d'une mise à l'échelle des nouvelles technologies. Les décès évités ont ensuite été estimés en additionnant les vies sauvées avec les décès évités.

Pour refléter les gains de santé escomptés grâce à l'adoption et à la mise à l'échelle future des innovations technologiques, les estimations du Cadre Mondial d'Investissement portant sur les vies sauvées ont été modifiées, en utilisant une méthode similaire à celle utilisée pour l'estimation des ressources. Les réductions annuelles des taux de mortalité des moins de 5 ans et des mères ont été accélérées à raison de 2 pour cent supplémentaires par année. Les mortalités ont été marginalement réduites de 2 pour cent par année. Aucune autre modification n'a été effectuée en ce qui concerne les mortalités évitées ou les vies sauvées des moins de 5 ans et des mères.

Les estimations ajustées des vies sauvées ont ensuite été additionnées aux estimations du Cadre Mondial d'Investissement sur les décès évités grâce à la mise à l'échelle de la planification familiale afin de calculer le nombre total de décès évités par la mise à l'échelle des interventions de RMNCAH.

ANNEXE 4: CADRE CONCEPTUEL



▲ **Illustration 6** : Stenberg, K et al. (2014). Advanced social and economic development by investing in women's and children's health: a Global Investment Framework. The Lancet, 383: 1333-54

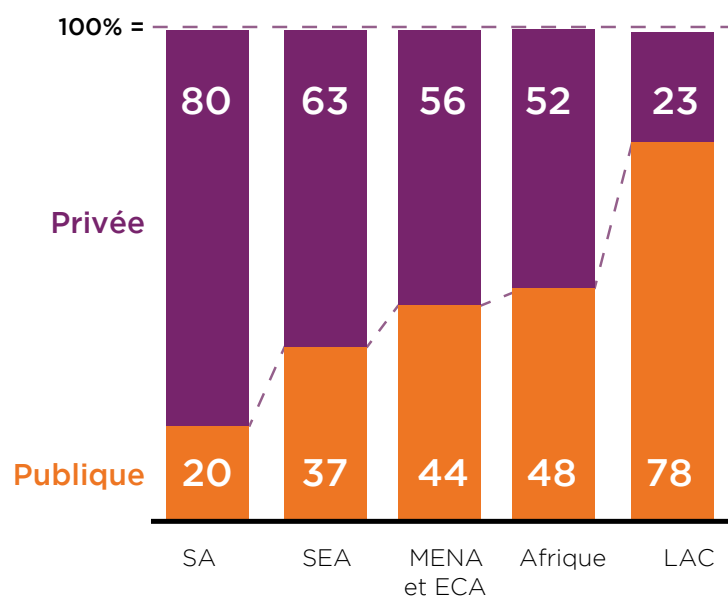
ANNEXE 5: RÔLE DU SECTEUR PRIVÉ

Pour les résultats de RMNCAH, nous avons besoin d'une approche intégrée de système de santé recherchant les meilleures solutions, qu'elles soient fournies par le secteur privé, le secteur public ou par les deux secteurs dans le cadre d'une collaboration sérieuse. Selon les données des EDS, en Afrique, en Asie du Sud et en Asie de l'Est et Pacifique, où résident 92 pour cent des pauvres, 50 à 80 pour cent des visites médicales pour des soins ambulatoires de pédiatrie effectuées par le quintile le plus pauvre ont été réalisées auprès de prestataires privés (cf. illustration) ; les accouchements en clinique privée ont augmenté, passant de 8 pour cent en 1990 à 22 pour cent en 2008. Ainsi, il existe une occasion claire pour les gouvernements de tirer profit des capacités du secteur privé afin d'étendre efficacement la couverture des services de RMNCAH aux pauvres.

Les systèmes de santé doivent être mieux régulés, moins fragmentés et plus efficaces afin de fournir des soins de santé primaire abordables aux femmes et aux enfants. Cela peut, par exemple, être accompli en renforçant le rôle du gouvernement en tant d'acheteur stratégique de RMNCAH auprès des meilleurs prestataires, qu'ils soient publics ou privés. Pour y parvenir, les pays et les bailleurs de fonds doivent soutenir l'identification et le développement de mécanismes durables de financement qui soient appropriés pour les contextes locaux.

Le GFF peut soutenir les efforts de mise à l'échelle en favorisant l'intégration d'approches combinées de systèmes de santé pour la RMNCAH aux niveaux national, régional et mondial par :

- L'analyse et la réflexion stratégique pour associer le bon mécanisme (les contrats basés sur la performance, les bons d'échange, l'assurance, etc.) à l'objectif spécifique ;
- L'expérimentation de diverses approches d'estimation des coûts et de tarification des services qui fournissent des incitations pour des services de haute qualité ;
- Associations et création de plateformes pour un dialogue public-privé ;



▲ **Illustration 7** : Sources des soins ambulatoires de pédiatrie, quintile le plus pauvre, moyennes de l'EDS la plus récente. Montagu Dominic. 2010. Analyse des Etudes Démographiques et de Santé (EDS). Disponible sur www.ps4h.org/globalhealthdata.htm

- Conseils pour résoudre les inefficacités d'approvisionnement en médicaments et en matières premières essentielles et pour améliorer la régulation des prix et les pratiques d'approvisionnement ;
- Appui à une régulation harmonisée entre les pays pour réduire les obstacles inutiles à l'entrée dans le marché de médicaments et de technologies.

ANNEXE 6: PARTENARIAT POUR DE MEILLEURS RÉSULTATS DE SANTÉ MATERNELLE ET INFANTILE EN RDC

En RDC, un partenariat novateur financera et soutiendra la mise à l'échelle d'un programme de financement basé sur les résultats (FBR). Le Fonds Mondial, l'UNICEF, la Banque Mondiale et le Fonds Fiduciaire pour la RMNCAH se sont réunis pour travailler avec le gouvernement afin de conceptualiser un programme permettant de rapidement augmenter l'accès aux services essentiels de santé maternelle et infantile. Il est prévu que, d'ici la fin 2015, toutes les zones de santé situées dans deux provinces – Equateur et Bandundu – seront couvertes par un paquet complet de services mis en œuvre à travers le FBR. Le FMSTP et l'UNICEF, qui se sont engagés à fournir des ressources financières, techniques et humaines, travailleront avec la Banque Mondiale afin d'étendre le FBR en RDC.

Le soutien fourni par ces trois agences se complétera et utilisera les avantages comparatifs de chacun afin de maximiser l'efficacité, éviter la duplication d'efforts et améliorer efficacement l'utilisation des ressources. Il est prévu que le FMSTP fournisse des kits de diagnostics rapides du paludisme et des médicaments antipaludiques ainsi que des produits pour le VIH et la tuberculose aux divers centres de santé. En outre, le FMSTP financera les services principaux liés au Paludisme, à la Tuberculose et au VIH dans 96 des 110 zones de santé ciblées dans les provinces de Bandundu et de l'Equateur. Il financera également l'intégralité du paquet de services et le cadre de performance du FBR dans les 14 zones de santé restantes dans la province de Bandundu.

L'UNICEF soutiendra les centres de santé en fournissant des Kits Familiaux à la fois au niveau des centres de santé et au niveau des communautés, financera la mobilisation communautaire, décentralisera le suivi et la gestion des résultats et, fournira une assistance technique. L'UNICEF contribuera également au financement du paquet de services du FBR en concentrant son financement sur des indicateurs liés à une gestion intégrée des maladies infantiles (IGMI). Le bureau de l'UNICEF en RDC a réaffecté ses propres ressources humaines et financières et a mobilisé des ressources supplémentaires afin d'appuyer cette initiative conjointe au-delà de 2015. L'objectif de ce partenariat est de soutenir le Cadre d'Accélération du Gouvernement pour Atteindre les OMD 4 et 5. Il est prévu que plus de 200 zones de santé seront couvertes d'ici à 2017/2018.

La Banque Mondiale, en plus de fournir un financement important dans le cadre de son Projet de Renforcement de la Performance du Système de Santé, soutiendra la mise en place, la gestion et la vérification des résultats du programme de FBR. La mise à l'échelle du FBR coûte environ 3.5 US\$ par personne par année, ce qui inclut le budget d'activités et les coûts fixes du FBR mais qui exclut les médicaments, les kits donnés et les coûts de gestion des diverses agences.

Cette approche collaborative contribue à un paquet intégré de services permettant de desservir une plus large portion de la population. Il est prévu qu'un tel alignement des partenaires de développement contribuera non seulement à renforcer le système de santé mais aussi à atteindre les résultats escomptés en termes d'amélioration de l'utilisation et de la qualité des services ainsi qu'en termes de résultats de santé maternelle et infantile. Enfin, cet alignement est en accord avec les objectifs du Ministère de la Santé Publique pour réduire la fragmentation des partenaires et assurer l'harmonisation. Des discussions pour encore plus d'alignement sont en cours avec GAVI, l'USAID, le FNUAP et la Fondation Gates.

ANNEXE 7: LES FEUILLES DE ROUTE DE FINANCEMENT POUR LA RMNCAH

Le GFF vise à soutenir la transition des pays en matière de financement de la santé, particulièrement lorsque ceux-ci passent d'un statut de pays à faible revenu à un statut de pays à revenu moyen inférieur. Cette transition en matière de financement de la santé est caractérisée par une augmentation des dépenses sanitaires ainsi que par une progression de la part de dépenses publiques, causées par les effets combinés de diverses tendances économiques et politiques. Cependant, cette transition n'est pas stable. Elle est plutôt cahoteuse et particulièrement dotée de défis pour les économies qui avancent vers un statut de pays à revenu moyen. Au départ de cette transition, les pays tendent à lourdement dépendre de l'aide au développement. Cette aide, généralement fournie à travers des mécanismes développés en dehors de faibles systèmes publics de gestion financière réduit souvent la part de financement national. A mesure que les pays évoluent vers un statut de pays à revenu moyen inférieur, le lien entre la croissance économique et l'augmentation des dépenses publiques en matière de santé s'affaiblit fréquemment. Les gouvernements éprouvent ensuite des difficultés à compenser les déficits en aide au développement, ce qui poussent les populations à répondre à leurs propres besoins de santé et qui, par extension, les rend vulnérables aux dépenses catastrophiques et à l'appauvrissement. Au cours de la transition d'un statut de pays à faible revenu à un statut de pays à revenu moyen, les pays doivent de plus en plus faire face à des défis en matière de répartition équitable des dépenses publiques, avec des différences croissantes quant aux dépenses de santé entre les différents groupes de population.

Le GFF appuiera les pays dans le développement de feuilles de route de financement qui les aideront à effectuer une transition plus équitable et plus durable en matière de financement de la santé et, à atteindre l'accès universel à des services RMNCAH de qualité d'ici à 2030. Les feuilles de route de financement de la RMNCAH sont des stratégies de financement intégrées qui peuvent aider les pays à atteindre leurs objectifs de RMNCAH. Elles fournissent des estimations liées aux besoins en ressources à long et moyen termes qui s'alignent avec les objectifs nationaux de RMNCAH. Elles convertissent ces estimations et ces objectifs en cadre budgétaire et en cadre de performance à moyen terme, prenant en compte les priorités de santé, les cadres de politiques budgétaires et les tendances économiques au niveau national. Les feuilles de route de financement de la RMNCAH énoncent également des cadres d'activités à moyen terme entièrement financés afin de renforcer la RMNCAH au niveau local ainsi que les systèmes de financement de la santé.

Les cadres budgétaires et les cadres de performance à moyen terme énoncent les engagements financiers d'un gouvernement et de ses partenaires de développement pour la RMNCAH sur une période de 3 à 5 ans. Ils harmonisent les différents flux de financement autour de plans nationaux de RMNCAH, réduisant ainsi la charge administrative pour les pays et maximisant l'impact de l'appui de tous les partenaires de RMNCAH. En outre, ils combinent les instruments de financement de diverses

sources afin de faciliter la transition vers un financement national et encourager les progrès vers la réalisation des objectifs de RMNCAH.

Par exemple, les subventions peuvent être combinées à des crédits et à des prêts pour financer des réductions d'achat et des réductions de principe pour non seulement encourager des emprunts pour la RMNCAH, mais aussi favoriser des engagements de la part des pays pour des objectifs spécifiques d'affectation budgétaire dans le cadre de l'allègement des obligations de service de la dette. En outre, des subventions, des crédits et des prêts peuvent être décaissés pour la mise en œuvre de politiques et d'actions institutionnelles qui étendent et soutiennent le financement national de la RMNCAH (par exemple au moyen des Crédits/Prêts pour les Politiques de Développement) et cela, par rapport à des résultats de RMNCAH (par exemple, à travers des approches de Paiement pour les Résultats). Ces cadres guident les processus annuels de budgétisation du secteur de la santé pour la RMNCAH.

Les cadres d'actions à moyen terme pour la RMNCAH et du financement de la santé établissent les activités – incluant les responsabilités de financement et de mise en œuvre – qui sont fondamentales afin de soutenir la transition d'un pays à une plus grande autonomie de financement en matière de RMNCAH et plus généralement en matière de santé. Les cadres d'actions assurent la cohérence des programmes et l'impact de l'assistance technique. Ils visent à renforcer la gestion des finances publiques, incluant l'introduction de systèmes plus avancés de paiement de prestataires, pour accroître le niveau d'utilisation des systèmes des pays et améliorer le rendement des investissements de RMNCAH. Ils visent également à améliorer la mobilisation et l'allocation des ressources nationales pour favoriser la durabilité et l'équité des gains de RMNCAH. Les cadres soutiennent les besoins urgents en matière d'innovation pour renforcer le lien souvent trop faible entre la croissance économique et les dépenses de RMNCAH dans les pays connaissant une croissance rapide dirigée par des ressources naturelles.

Le développement de feuilles de route de financement s'appuie sur l'IHP+, le P4H et d'autres mécanismes de coordination bien établis au niveau des pays. Le processus fournit une plateforme permettant de mobiliser les ministères des finances pour planifier des niveaux plus élevés de dépenses sur la RMNCAH. Ce processus commence avec des évaluations de la RMNCAH, des systèmes nationaux de financement de la santé, de la structure de financement public, de l'espace fiscal et du contexte plus large. L'évaluation approfondie de la RMNCAH et des systèmes nationaux de financement de la santé combine divers instruments comme les revues de dépenses publiques et, les analyses de l'espace fiscal ainsi que les évaluations institutionnelles et de capacités. Les feuilles de route sont revues annuellement et, le cas échéant, ajustées. Les leçons sont saisies et partagées parmi les pays. Les revues peuvent déclencher des actions de mise à jour dans l'évaluation approfondie de la RMNCAH et des systèmes nationaux de financement de la santé.

ANNEXE 8: TIRER PROFIT DE L'IDA À TRAVERS LE FONDS FIDUCIAIRE POUR L'INNOVATION EN MATIÈRE DE RÉSULTATS DE SANTÉ

Depuis 2007, le Fonds Fiduciaire pour l'Innovation en Matière de Résultats de Santé (HRITF) soutient des approches de financement basé sur les résultats (FBR) pour aider les pays aux ressources limitées à accélérer leur progression vers les Objectifs de Développement (OMD) liés à la santé, en se concentrant particulièrement sur les OMD 1c (nutrition), 4 (mortalité infantile) et 5 (santé maternelle).

Le HRITF est soutenu par les gouvernements de la Norvège et du Royaume Uni, avec un engagement total de 537 millions de US\$ géré par la Banque Mondiale en tant que fonds fiduciaire à multiples bailleurs. Les subventions pour la mise en œuvre au niveau des pays sont liées à un financement de projets de l'IDA.²⁹

Les financements combinés de l'IDA et du HRITF financent conjointement les programmes dans les pays, augmentant significativement l'enveloppe globale de ressources disponibles pour la RMNCAH. Chaque dollar du Fonds Fiduciaire génère en moyenne cinq dollars de l'IDA. Le portefeuille global actuel est composé de 32 programmes avec un financement sous forme de subventions s'élevant à 420 millions d'US\$ qui mobilise un financement de 2.4 millions d'US\$ de l'IDA. En liant le financement sous forme de subventions aux opérations de la Banque Mondiale, le Fonds Fiduciaire a des coûts fixes très bas, inférieurs à 2 pour cent.

Les programmes financent la mise en œuvre de services complets de santé maternelle et infantile ayant pour améliorer le volume et la qualité des services de RMNCAH. Beaucoup de ces programmes soutiennent des interventions supplémentaires au niveau communautaire et du côté de la demande pour augmenter l'utilisation des services essentiels. Dans l'ensemble du portefeuille, il existe de nombreuses façons dont les programmes RBF améliorer l'équité. Un système d'information, qui est vérifié de manière indépendante pour le suivi en temps réel de la performance de la prestation de services, fournit une redevabilité et permet de surveiller la progression de la mise en œuvre.

Par conséquent, les projets financés fournissent un retour sur investissement quintuplé, avec un investissement de 4 pour cent dans les services de RMNCAH produisant 20 pour cent de gains de performance. Les évaluations d'impact mesurent les effets des programmes sur la couverture des services et sur les résultats en matière de qualité et de santé. En Argentine, le programme a engendré une réduction

²⁹ IDA- Association Internationale pour le Développement, le fonds de la Banque Mondiale pour les pays les plus pauvres.

de 74 pour cent de la mortalité néonatale³⁰ ; au Nigeria, le taux de prévalence des méthodes de contraception modernes a doublé comparé aux zones sans FBR, passant de 10 à 21.5 pour cent ; et au Zimbabwe, les accouchements institutionnels ont augmenté, passant de 58 pour cent à 88 pour cent dans les districts d'interventions.

Il existe un nombre croissant de pays où les partenaires de développement soutiennent le financement et la mise en œuvre de programmes de FBR. Par exemple, en RDC, GAVI, le Fonds Mondial, l'UNICEF et l'USAID travaillent ensemble afin d'étendre les services et harmoniser le financement autour d'un paquet complet de services. Au Bénin, le Fonds Mondial, GAVI et la Banque Mondiale couvrent les coûts d'un paquet complet de services de santé maternelle et infantile dans diverses zones géographiques en contractant la même agence de mise en œuvre.³¹

30 Gertler, P., Giovagnoli, P., & Martinez, S. (2014). Rewarding provider performance to enable a healthy start to live: Evidence from Argentina's Plan Nacer. The World Bank, Policy Research Working Paper 6884.

31 Vergeer, P., & McCune S. (2013). How Governments and Development Partners Work Together to Scale Up Successful Results-Based Financing Programs. Available from: <http://www.rbfhealth.org/resource/how-governments-and-development-partners-work-together-scale-successful-results-based#sthash.f2zmYs53.dpuf>.

