

Outils de budgétisation et de cartographie des ressources pour les dossiers d'investissement du GFF

Table des matières

Outils de budgétisation et de cartographie des ressources pour les dossiers d'investissement du GFF.....	1
1. Contexte	1
2. Objectif du chiffrage et de la cartographie des ressources dans les cas d'investissement du GFF...	2
3. Méthodologies de chiffrage dans les cas d'investissement du GFF	2
3.1. Approches de chiffrage	2
3.2. Leçons apprises	4
3.3. Principales recommandations	6
4. Méthodologies de la cartographie des ressources dans les dossiers d'investissement du GFF	6
4.1. Approches de la cartographie des ressources.....	6
4.2. Leçons apprises	7
4.3. Principales recommandations	12
5. Bibliographie	13
6. Annexes	13

1. Contexte

Depuis le début des années 2000, plusieurs dizaines d'outils de chiffrage et de budgétisation ont été développés dans le domaine des services de santé, en partie pour soutenir les objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) et la mise en œuvre de la couverture de santé universelle (CSU). Un outil de chiffrage particulier pourrait être plus convenable qu'un autre, selon l'objectif final de l'utilisateur ou le type d'extrait nécessaire.

Un nombre croissant de pays du Mécanisme de financement mondial (GFF) sont engagés dans la préparation de dossiers d'investissement dans le domaine de la santé reproductive, de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent (SRMNEA). En général, le chiffrage constitue une étape clé dans la préparation de dossiers d'investissement. Dans les premières phases du dossier d'investissement, la plateforme nationale du GFF identifie un ensemble de priorités/interventions de SRMNEA qui aborderont les goulots d'étranglement de SRMNEA dans certaines régions géographiques ou dans certaines populations. Les interventions sont chiffrées une fois qu'elles ont été identifiées. Une dernière étape consiste à mener des exercices de cartographie des ressources, afin d'évaluer les déficits de financement au niveau des interventions de SRMNEA concernées et d'identifier les sources de financement complémentaires (par exemple, l'alignement du financement externe aux priorités) et/ou les options de mobilisation de ressources nationales (par exemple, l'obtention de réformes d'efficacité) pour combler tout déficit financier potentiel.

Bien que les exercices de chiffrage et de cartographie des ressources emploient des méthodologies très simples, leur mise en œuvre nécessite des orientations pour faciliter le processus au niveau national. Deux revues détaillées des outils de chiffrage sont disponibles en ligne (PMNCH, 2016 ; Université de Washington, 2013). Les revues expliquent le contexte, l'utilisation prévue, les types de données requises et les détails informatiques pour chaque outil. Pour les besoins du dossier d'investissement, trois types d'approches du chiffrage ont été utilisées, à savoir : OneHealth, la budgétisation des coûts marginaux face aux goulots d'étranglement (Marginal Budgeting for Bottlenecks, MBB) et la budgétisation et le chiffrage basés sur des activités (Activity Based Costing and Budgeting). L'objectif de ce document est de passer en revue les outils de chiffrage et de cartographie des ressources utilisés dans les dossiers d'investissement du GFF, d'en tirer les leçons apprises et de présenter des recommandations clés afin de mieux équiper les plateformes du GFF qui mèneront de tels exercices à l'avenir.

2. Objectifs du chiffrage et de la cartographie des ressources dans les dossiers d'investissement du GFF

Les objectifs de la budgétisation d'un dossier d'investissement sont triples : 1) Identifier les ressources nécessaires pour la mise en œuvre des priorités de SRMNEA et leurs objectifs correspondants ; 2) Évaluer les principaux facteurs de coût du dossier d'investissement ; 3) Mener une analyse économique et vérifier si les interventions prioritaires de SRMNEA donnent le meilleur rendement en termes du nombre de vies sauvées. En retour, la cartographie des ressources sert à déterminer les ressources disponibles - parmi les donateurs, les autorités gouvernementales et d'autres acteurs (ménages, secteur privé) – créer des liens aux priorités budgétisées et identifier tout déficit potentiel par rapport à ce qui a été budgétisé dans le dossier d'investissement (voir le tableau 1 pour des objectifs plus détaillés de l'exercice de cartographie des ressources).

Tableau 1. Objectifs des exercices de chiffrage et de cartographie des ressources

Etudes sur le chiffrage	Objectifs de la cartographie des ressources
<p>1. Évaluer les besoins du dossier d'investissement en termes de ressources (mesurer les coûts unitaires réels et le budget total), à différents niveaux: priorités, provinces, activités et contributions.</p> <p>2. Évaluer les principaux facteurs de coûts du dossier d'investissement afin d'évaluer la pertinence des exercices de chiffrage et de pouvoir anticiper les déficits financiers.</p> <p>3. Mener une analyse coût-efficacité et une analyse des avantages et réévaluer les interventions de haute priorité sélectionnées, pour déterminer si elles sont justifiées.</p>	<p>1. Évaluer la partie du dossier d'investissement qui est sous-financée et déterminer si les cas d'investissement sont réalisables.</p> <p>2. Identifier les sources du déficit de financement et leur niveau (aux niveaux des priorités, provinces, intrants) afin d'identifier des stratégies pour y remédier.</p> <p>3. Constituer un point de départ pour le processus de mise en œuvre et identifier des stratégies de financement complémentaires et des stratégies de mobilisation de ressources nationales pour combler le déficit à court, moyen et long terme.</p>

Source: Auteur

3. Méthodologies de chiffrage des coûts dans les dossiers d'investissement du GFF

3.1. Approches de chiffrage

Deux tiers des pays du GFF qui ont finalisé des dossiers d'investissement ont utilisé OneHealth pour chiffrer leurs priorités de SRMNEA. Certains pays ont combiné cette approche avec la budgétisation par activités (Kenya, Tanzanie, Ouganda, Cameroun), un pays du GFF (Libéria) a utilisé l'approche de la budgétisation des coûts marginaux face aux goulots d'étranglement (MBB), en combinaison avec la budgétisation basée sur

les activités (Libéria) et un pays a utilisé CORE Cost Revenue Analysis Plus (CORE Plus) avec un exercice de budgétisation basé sur les activités. Ces méthodes de chiffrage peuvent être conçues de la manière suivante, sur la base d'une revue des outils de chiffrage réalisée par l'Université de Washington (2013) et le secrétariat du GFF :

- OneHealth :
 - **De quoi s'agit-il ?** One Health est un outil de chiffrage à base de programmes pour la planification stratégique des activités de santé à moyen terme (3-10 ans) au niveau national ; il peut être adapté au niveau infranational. Il chiffre à la fois des programmes de prestation de services à travers le système (c'est-à-dire la gouvernance, le financement de la santé, la logistique, les ressources humaines, l'information sanitaire et les infrastructures) et des programmes de prestation de services de santé.
 - **Extrant :** OneHealth génère des coûts et une ventilation budgétaire par année, par programme, des dépenses supplémentaires, ainsi que des changements au niveau des intrants nécessaires pour réaliser certains objectifs en termes de résultats.
 - **Méthodologie :** Les coûts sont calculés en combinant une "approche d'intervention" et une "approche de systèmes de santé". La composante de l'intervention comprend les coûts variables liés à la prestation de services, comme par exemple les médicaments et les produits de base. La composante des systèmes de santé est modélisée en fonction des besoins du système de santé (en utilisant les normes démographiques et géographiques).

- MBB :
 - **De quoi s'agit-il ?** La MBB est un outil basé sur Excel, qui se focalise sur les services de santé de la mère et de l'enfant (SME) et vise à comprendre les coûts de mise à l'échelle des services de SME existants ; elle donne une estimation de l'impact d'une mise à l'échelle en ce qui concerne les résultats de santé. L'outil vise à identifier les goulots d'étranglement et à modéliser l'impact de leur réduction, afin d'accroître la couverture des interventions. Il aide les utilisateurs à concevoir, organiser et budgétiser les programmes de santé.
 - **Extrant :** Coût marginal/supplémentaire par intrant, par goulot d'étranglement et par mode de prestation de services. Donne une estimation de l'accroissement prévu de la couverture et des résultats obtenus en matière de santé (diminution de la mortalité, etc.). Calcule les dépenses supplémentaires (marginaux) estimés nécessaires pour la mise à l'échelle des services existants de SME.
 - **Méthodologie :** L'utilisateur doit d'abord saisir les intrants budgétaires existants (en utilisant les catégories intégrées dans l'outil) et les résultats en matière de santé dans le "module de goulot d'étranglement". Ensuite, les utilisateurs définissent les résultats prioritaires et le niveau de couverture pour ces résultats sanitaires. La MBB définit les activités à entreprendre pour réaliser les objectifs de santé et de couverture, en utilisant des informations intégrées liées aux interventions correspondantes, ainsi que leurs besoins en termes de ressources et leur efficacité. Elle identifie également les changements stratégiques dans la prestation des services et modélise les conséquences de ces changements en termes de coûts. Cette étape génère de nouvelles données sur les coûts (y compris les coûts différentiels), les nouveaux besoins en termes de ressources et crée un nouveau budget.

- Le chiffrage basé sur les activités (ABC) et la budgétisation des activités :
 - **De quoi s'agit-il ?** La budgétisation des activités est la méthodologie de budgétisation la plus simple utilisée pour prédire les coûts liés à une activité particulière. Ces coûts comprennent la main-d'œuvre, les matériaux et d'autres dépenses connexes. Les activités sont généralement ventilées par coût des intrants. D'autres méthodologies de budgétisation plus complexes comprennent le chiffrage basé sur les activités (Activity Based Costing - ABC), qui est une méthodologie d'attribution des coûts aux produits ou services, en fonction des ressources qu'ils consomment. L'ABC est une alternative à la comptabilité traditionnelle, dans laquelle les frais généraux d'une société (coûts indirects tels que

l'éclairage, le chauffage et le marketing) sont répartis proportionnellement aux coûts directs d'une activité (The Economist, 29 juin, 2009)

- **Extrant** : Coût par activité, sous-activité, intervention et facteur de coûts.
- **Méthodologie** : Les deux méthodologies nécessitent l'identification des activités. Ensuite, chaque activité est classée selon la hiérarchie des coûts (c'est-à-dire au niveau de l'unité, du produit et de la formation sanitaire). Dans la méthodologie de chiffrage ABC, un facteur de coût est identifié pour chaque activité et le calcul du nombre total d'unités du facteur de coût correspondant à chaque activité et finalement le taux d'activité est calculé, c'est-à-dire le coût de chaque activité pour chaque unité de son facteur de coût correspondant (Accounting Explained, 2013)¹. En pratique, les dossiers d'investissement de la RDC et du Libéria ont développé un cadre logique et un plan de travail détaillé qui ont guidé le processus de budgétisation. Le Libéria a utilisé une méthodologie d'évaluation ABC et dans le cas de la RDC, une méthodologie simple de budgétisation des activités. Ce que le Libéria a qualifié comme facteurs de coûts (par exemple, RH, politique, subventions) correspond à des intrants dans le budget du DI de la RDC.

- **CORE Plus** :

- **De quoi s'agit-il ?** Un outil basé sur Excel qui se focalise sur le coût d'un ensemble complet de services de santé ;
- **Extrant** : coût par service, coût par habitant, coût total de l'ensemble ventilé par intrant, domaines et niveaux des programmes (hôpital, SSP et communauté).
- **Méthodologie** : Utilise une approche ascendante ("bottom-up") / approche de chiffrage des éléments. Un coût normatif pour chaque intervention de l'ensemble est estimé en déterminant les besoins normatifs en termes de ressources (en termes de personnel technique pour la prestation de services, de médicaments, de fournitures médicales, de tests en laboratoire) et en utilisant ensuite les coûts unitaires de chaque ressource pour obtenir un coût unitaire par intervention. De plus, les coûts récurrents sont répartis à travers tous les services, proportionnellement au temps que les employés y ont consacré. Pour estimer l'utilisation future des interventions, l'outil utilise la population cible avec les taux d'incidence et de prévalence pour chaque maladie.

3.2. Leçons apprises

Voir les tableaux 2 et 3 dans l'annexe comparant les différentes approches de chiffrage, leurs avantages et inconvénients, ainsi que les extraits de chiffrage dans les dossiers d'investissement du GFF.

- **One Health** :

- **OneHealth est très efficace quand il s'agit de lier le coût des interventions de SRMNEA aux résultats de santé.** Dans tous les pays du GFF dans lesquels OneHealth a été utilisée, elle a révélé la diminution des résultats de santé avec les interventions budgétisées correspondantes, ainsi que le nombre de vies sauvées dans le cas des mères, des nouveau-nés et des enfants (voir le tableau 4 de l'annexe).
- **OneHealth peut permettre d'estimer le rendement économique des interventions en matière de santé de la mère et de l'enfant (SME).** La mise à l'échelle de la couverture à travers le cadre d'investissement de SRMNEA apporterait des avantages en termes de vies d'enfants et de mères sauvées. Au Kenya, les estimations des décès supplémentaires évités (vies sauvées) fournies par OneHealth ont été utilisées pour effectuer une analyse coûts-avantages du cadre d'investissement. Il a été estimé que les interventions de santé

¹ <http://accountingexplained.com/managerial/cost-systems/activity-based-costing>

maternelle et infantile provenant du dossier d'investissement ont donné un rapport coût-bénéfice de 3,65². Cela signifie que pour chaque shilling investi dans la santé maternelle et infantile, on obtient un rendement de trois shillings et 65 centimes.

- **Les interventions peuvent être chiffrées par province (Cameroun), par priorité, activité et catégorie de coût (Cameroun, Kenya et Tanzanie).** Par exemple, en Tanzanie, OneHealth fournit un budget clair en fonction des domaines de résultats clés, des activités et des sous-activités, tant pour la prestation de services que pour le renforcement des systèmes de santé (voir la figure 1). Le Kenya et le Cameroun fournissent tous deux une ventilation globale des coûts par intrant, bien que celle-ci soit beaucoup moins détaillée que celle de la Tanzanie.

Figure 1. Exemple d'extrait de chiffrage avec OneHealth en Tanzanie

6.3 ADOLESCENT REPRODUCTIVE HEALTH								
SN	KEY RESULT AREA	ACTIVITIES	TIME FRAME					TOTAL RESOURCES NEEDED IN US DOLLARS
			2016	2017	2018	2019	2020	
RESOURCES NEEDED IN US DOLLARS								
6.3.1	KRA 1: Adolescent and Youth Friendly Sexual and Reproductive Health (AYFSRH) including HIV service coverage and FP increased by 2020	Activity 1: Conduct rapid assessment of health programmes with integrated adolescent and youth friendly services based on the national standards.	1,274,171	0	0	0	0	1,274,171
		Activity 2: Survey on barriers to accessing and using adolescent and youth friendly health services	1,277,943	0	0	0	0	1,277,943
		Activity 3: Develop, adapt, and print tools for integrated supportive supervision of adolescent and youth friendly service provision at service delivery points.	56,738	0	0	0	0	56,738
		Activity 4: Develop, adapt, and operationalize a system for outreach, effective referral and networking for adolescent and youth SRH and HIV services.	44,782	4149	12069	12251	7314	80,565

6.9 HEALTH FINANCING FOR RMNCAH								
SN	KEY RESULT AREA	ACTIVITIES	TIME FRAME					TOTAL RESOURCES NEEDED IN US DOLLARS
			2016	2017	2018	2019	2020	
RESOURCES NEEDED IN US DOLLARS								
6.9.1	KRA 2: Resource tracking on RMNCAH plans and implementation on annual basis implemented from 2016-2020	Activity 2.1: Conduct resource tracking annually national level	20,766	20,766	20,766	20,766	20,766	103,829
		Activity 2.1.2: Conduct resource tracking annually western zone	1,131	1,131	1,131	1,131	1,131	5,657
		Activity 2.1.3: Conduct resource tracking annually Northern zone	1,131	1,131	1,131	1,131	1,131	5,657
		Activity 2.1.4: Conduct resource tracking annually Central zone	1,131	1,131	1,131	1,131	1,131	5,657
		Activity 2.1.5: Conduct resource tracking annually Southern highlands zone	1,131	1,131	1,131	1,131	1,131	5,657

Source : Dossier d'Investissement de la Tanzanie, 2016

- **Dans quelques pays utilisant OneHealth, des exercices de budgétisation supplémentaires ont été réalisés pour le renforcement des systèmes de santé (RSS) et de CRVS (Cameroun, Ouganda). Il n'est pas évident de savoir si tout type d'intervention de RSS peut être intégré dans OneHealth** et satisfaire les objectifs de la modélisation : OneHealth peut-elle apporter une gestion des finances publiques ou une réforme spécifique du SGIS ou de CRVS ? Si c'est le cas, OneHealth peut-elle prévoir dans quelle mesure ces réformes contribuent à améliorer les résultats de santé ?
- **OneHealth nécessite des données importantes et ne peut pas être gérée par les ministères de la Santé uniquement.** La faible capacité de budgétisation et de financement de la santé au niveau du ministère de la Santé constitue un défi pour l'exercice budgétaire en général. Certains des outils disponibles pour le chiffrage sont très difficiles à utiliser : ils nécessitent un certain niveau d'expertise en épidémiologie, en gestion financière et une bonne maîtrise d'Excel ou de logiciels spécifiques. Des guides de l'utilisateur détaillés sont disponibles gratuitement. Cependant, tous les outils nécessitent certains niveaux de formation, allant de 5 jours (MBB) à 10 jours (OneHealth) jours. En RDC, le ministère de la Santé a reçu une formation de deux semaines sur OneHealth, mais n'a pas pu finaliser le calcul des coûts et il a dû finalement opter pour un budget d'activité. Au Cameroun, le consultant a eu trois semaines pour aider le ministère de la Santé à effectuer le chiffrage de leur DI avec OneHealth, mais cela a été jugé insuffisant. Il ne faut pas sous-estimer le temps nécessaire à la réalisation des exercices de chiffrage.
- **De même, tous les pays du GFF n'ont pas été capables de fournir une ventilation des coûts par province de façon systématique (le Kenya et l'Ouganda) en utilisant OneHealth, ce qui**

²Dans l'analyse coûts-avantages, plusieurs hypothèses ont été utilisées. Celles-ci concernaient l'espérance de vie de 60 ans, l'âge productif à partir de 20 ans, la durée totale de productivité de 40 ans, le taux d'actualisation de 3% pour les vies sauvées, le taux d'actualisation de 5% pour le coût d'investissement, et le PIB par habitant du Kenya en 2014 à 1 338 USD, p.67 du DI.

soulève à nouveau la question concernant les besoins substantiels en termes de données, requises par cet outil pour produire de tels résultats.

- **Chiffrage ABC / budgétisation basée sur les activités :**
 - **Ventilation claire des coûts pour chaque priorité / domaine d'investissement** et fourniture d'un budget détaillé en fonction des activités, des intrants/facteurs de coûts **et au niveau des provinces / comtés** au Libéria et en RDC.
 - **Peut facilement être réalisé et actualisé par les ministères de la Santé.**
 - **Cependant, de telles méthodologies ne peuvent pas modéliser l'impact des interventions de SRMNEA chiffrées au niveau des résultats de santé.**
 - **Néanmoins, les domaines des programmes budgétisés peuvent être saisis dans LiST (Lives Saved Tools) pour mesurer leur impact sur les résultats de santé** mais cela nécessiterait le soutien d'un consultant pour le faire, à moins que les ministères de la Santé aient maîtrisé LiST. Dans le cas de la RDC, une étude précédente consacrée au chiffrage a présenté le coût d'un ensemble d'interventions de SRMNEA qui a été saisi dans LiST, afin de prévoir son impact sur les résultats de santé de 2017 à 2021. Il avait été supposé que l'ensemble de SRMNEA serait mis à l'échelle pour atteindre une couverture de 39% d'ici 2021 (la couverture actuelle étant de 27%). Le Libéria a également utilisé LiST pour évaluer le nombre croissant de vies sauvées en ce qui concerne les mères, les nouveau-nés et les enfants, après avoir réalisé un chiffrage ABC du DI.
- **MBB :**
 - **Cette approche a essentiellement servi à définir des objectifs et à réaliser un chiffrage national** au Libéria. L'outil a été utilisé à plusieurs reprises au Libéria, d'où sa préférence quant au chiffrage du DI au niveau national.

3.3. Principales recommandations

Option principale : Utiliser OneHealth avec le soutien d'un STC ou d'une université locale et prévoir 30 jours ouvrables.

1. Vérifier que tous les tableaux de saisie nécessaires pour permettre la saisie de données dans OneHealth soient clairs et partagés avec le MSP ainsi qu'avec le secrétariat du GFF. Cela permettra au MSP et à la plateforme du GFF de comprendre les différentes hypothèses de chiffrage et d'impact.
2. Veiller à ce que les interventions des systèmes de santé soient saisies dans OneHealth et, si ce n'est pas le cas, indiquer cela dans le DI et disposer d'une feuille Excel séparée pour les chiffrer (méthodologie de chiffrage ABC ou autre méthodologie de budgétisation).
3. Veiller à ce que les extraits en matière de chiffrage soient disponibles par province pour les DI ayant une orientation géographique.
4. Saisir l'opportunité d'utiliser les extraits existants des stratégies de SRMNEA en matière de chiffrage dans OneHealth.
5. Si, dans le passé, le ministère de la santé a utilisé une approche différente de chiffrage (par exemple MBB, CORE Plus), tirer parti de l'expertise existante pour qu'elle soit utilisée dans le DI.

Autre option : la budgétisation représente une autre option si les ressources et le temps constituent une contrainte et s'il existe des exercices précédents de chiffrage des ensembles de SRMNEA. Ensuite, les interventions de prestation de services de santé devraient être saisies dans LiST pour mesurer leur impact sur les résultats de santé et suivre l'effet du DI de SRMNEA au fil du temps.

Aller au-delà du chiffrage et de l'estimation de l'impact d'investissement : par nature, un dossier d'investissement suppose la notion du rendement économique. On veut savoir le rendement économique que l'on obtient en investissant dans une forme d'intervention particulière. Étant donné que OneHealth fournit à la fois un chiffrage des interventions sanitaires et de leur impact sur les résultats de santé, des

efforts très marginaux sont nécessaires pour mener une analyse coûts-avantages et cela donnerait quelques idées sur le rétablissement de l'intervention prioritaire ou des scénarios choisis.

→ Mesures à prendre :

1. Clarifier auprès de l'OMS et de l'UNICEF si toutes les formes d'interventions de RSS peuvent être chiffrées avec OneHealth (telles que les CRVS, les réformes de la gestion des finances publiques, etc.) et modélisées dans OneHealth de telle sorte que l'on puisse établir un lien entre le RSS et la diminution des résultats de santé.
2. Organiser une discussion au niveau global avec l'OMS et l'UNICEF pour partager une équipe de STC expérimentés dans le cadre de OneHealth.

4. Méthodologies de la cartographie des ressources dans les dossiers d'investissement du GFF.

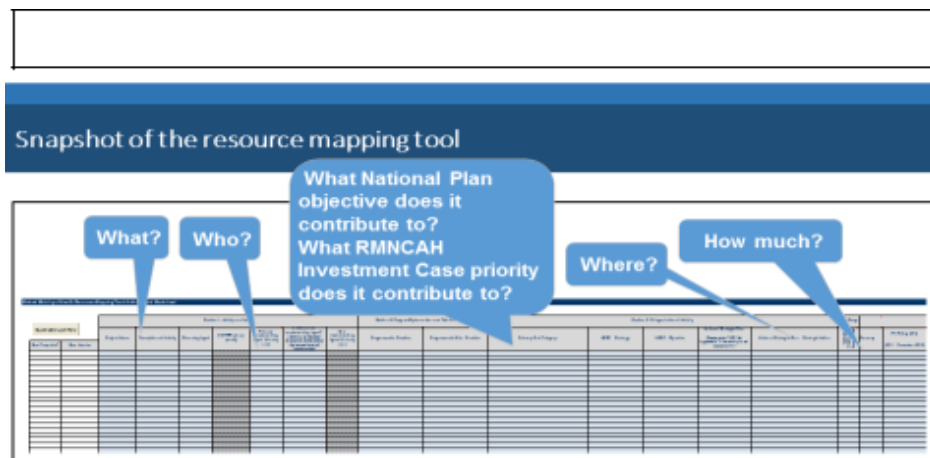
4.1. Approches de la cartographie des ressources.

Il existe plusieurs façons de suivre les ressources, telles que les comptes nationaux de la santé (CNS), les revues des dépenses publiques (PER) et les mécanismes de suivi des ressources.

1. **Les CNS** constituent un cadre permettant de saisir les dépenses totales de santé dans un pays donné pour une année donnée, en analysant le flux des fonds. Bien que les CNS saisissent les flux de financement par source, selon les pays, les résultats ne sont pas nécessairement ventilés par région et ils ne fournissent pas une ventilation détaillée du financement des donateurs. Par ailleurs, les CNS se focalisent sur le secteur de la santé dans son ensemble et pas forcément sur la SRMNEA ; et les sous-comptes de la SRMNEA ne sont pas systématiquement développés. Pourtant, les CNS constituent des exercices utiles car ils peuvent fournir des données permettant de mener d'autres activités d'équité et d'efficacité dans le cadre du DI, par exemple, pour déterminer si le ministère de la Santé et les donateurs se focalisent sur des programmes de santé qui correspondent à la charge nationale en termes de maladies. Généralement, les données des CNS sont utilisées pour comprendre la principale source de financement et pour déterminer la taxe sur la politique de financement de la santé qui peut permettre de relever les défis suivants en matière de santé publique : une forte proportion des dépenses totales de santé (DTS) financées par les ménages, une forte dépendance au financement externe et une faible contribution de la part du gouvernement.
2. **La revue des dépenses publiques** se focalisera davantage sur l'évaluation du bon rapport qualité-prix et sur la manière dont un budget de santé est créé, dépensé en fonction des priorités, par catégorie de coûts, et si les ressources publiques (dans le cadre du budget) sont réparties équitablement entre les régions ; et si la population en profite. Certains PER peuvent s'appuyer sur les données des CNS pour mener une analyse plus approfondie en termes d'efficacité et d'équité, mais aussi pour examiner spécifiquement la gestion des finances publiques dans le secteur de la santé.
3. **Cartographie des ressources** : au cours de la dernière décennie, la cartographie des ressources est devenue plus importante, s'imposant comme un outil de planification pour réduire les cas de duplication entre les donateurs et compatible avec plusieurs approches d'alignement des donateurs (IHP+, Compact, Déclaration de Paris). L'objectif principal est de comparer les ressources disponibles dans le secteur de la santé en fonction du programme, de la géographie et de la catégorie de coûts avec le budget de ces programmes, afin d'obtenir une analyse détaillée des déficits en général, en fonction des sources, programmes clés, provinces et catégories de coûts. Normalement, les ministères de la Santé et les donateurs commencent à effectuer le chiffrage d'une stratégie de SRMNEA et à réaliser leur cartographie des ressources pour évaluer

les déficits de cette dernière à différents niveaux. Au cours des dernières années, la CHAI et l'OMS (nom de l'organisation de Pascal ?) ont essayé de mener des exercices détaillés de cartographie des ressources dans le cadre des stratégies de SRMNEA et elles ont soutenu quelques pays du GFF à cet égard (l'Ouganda et le Cameroun). Les exercices de ce genre sont très détaillés (voir la figure 2). Une feuille Excel est soumise à tous les donateurs. Chaque donateur est prié de relier toute activité qu'il finance aux priorités clés de la stratégie de SRMNEA et de fournir ces informations en fonction du coût des intrants et de la géographie. Ces types d'exercices nécessitent en moyenne 3-4 mois avec un consultant à temps plein sur place, mais on a constaté qu'ils peuvent durer un an ou plus.

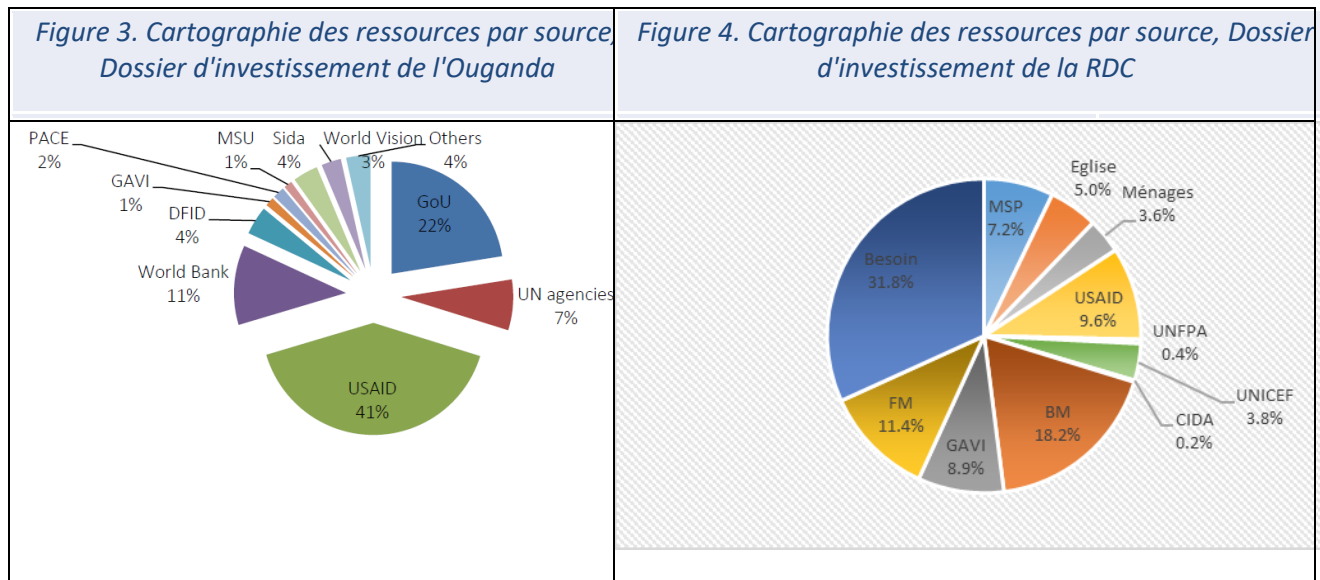
Figure 2. Exemple d'un outil de cartographie des ressources



4.2. Leçons apprises

Tous les dossiers d'investissement comprennent un exercice de cartographie des ressources, à l'exception de la Tanzanie. Certains pays ont profité d'une cartographie des ressources plus large du secteur de la santé, qui est en actuellement en cours, et l'ont utilisée dans le DI (Cameroun). Voici les leçons apprises, tirées des exercices de cartographie des ressources menés dans les pays du GFF :

- **La plupart des pays du GFF ont réussi à fournir une bonne cartographie des ressources en fonction des sources, mais ces informations risquent d'être insuffisantes pour entamer des discussions sur le financement complémentaire et la mise en œuvre du DI.** La cartographie des ressources a permis de cartographier les ressources en fonction de leur source (par exemple, le gouvernement et les donateurs principalement) et d'évaluer le déficit général au niveau de la SRMNEA (figure 3, Ouganda). D'autres dossiers d'investissement ont essayé de capturer les contributions des ménages et du secteur privé (Figure 4. La RDC, mais aussi le Kenya). Bien que ces exercices de cartographie des ressources donnent une représentation globale du déficit, ils ne précisent pas où se trouve le déficit - que ce soit au niveau d'une priorité particulière, d'une province ou d'un intrant. Sans ces informations détaillées, il est difficile de mener une discussion sur le financement complémentaire avec les donateurs et de discuter des options de MRN avec le gouvernement, afin de combler le déficit (si tel est le cas). En effet, le financement supplémentaire ou le réaligement du financement devrait être lié à un objectif spécifique, c'est-à-dire couvrir le coût des médicaments de l'ensemble de SRMNEA dans la région x, etc....



Source : Dossier d'investissement de l'Ouganda, 2016 ; Dossier d'investissement de la RDC 2017

- **Des efforts devraient être faits pour inclure la contribution des ménages (au Kenya et en RDC), ainsi que celle du secteur privé, bien que cette analyse puisse être basée sur une estimation et être approximative.** Le secteur privé peut jouer un rôle clé dans le financement complémentaire du DI. Dans plusieurs pays, le secteur privé prend en charge les salaires du personnel médical des ONG ou des formations sanitaires à but lucratif. Dans certains cas, l'Eglise pourrait subventionner les services de SRMNEA (médicaments et tests en laboratoire) et si ceux-ci ne sont pas pris en compte dans les exercices de cartographie des ressources, le déficit (comparaison par rapport au budget) sera biaisé ou sous-estimé. Le rôle des ménages pourrait paraître insignifiant car l'objectif de tout dossier d'investissement et de toute stratégie de financement de la santé (HFS) est d'améliorer l'accès financier aux services de santé, et donc de réduire les paiements des ménages au point de service. Cependant, voici la réalité : de nombreux pays du GFF font payer des frais d'utilisation dans les formations sanitaires et les paiements directs sont élevés. Malgré les réformes préconisées dans le DI en ce qui concerne la protection financière, le niveau élevé des paiements directs ne sera pas inversé du jour au lendemain, mais plutôt progressivement. Par conséquent, une approche pragmatique consisterait à prendre en compte le paiement des ménages dans la cartographie des ressources du DI et à reconnaître que leur contribution (dans le cadre du financement du DI) diminuera au fil du temps en raison des réformes en matière de protection financière proposées à la fois dans le dossier d'investissement et dans la HFS (par exemple, l'assurance maladie pour l'économie informelle, la subvention de certains services de SRMNEA pour les pauvres, les fonds d'actions, etc....)
- **Deux dossiers d'investissement fournissent une cartographie des ressources en fonction du coût des intrants ou des priorités, ce qui constitue un bon point de départ pour le processus de mise en œuvre et pour entamer la discussion sur le financement complémentaire avec le gouvernement et d'autres donateurs.** Le Cameroun fournit une cartographie des ressources détaillée en fonction des centres de coûts par rapport au budget, indiquant le centre de coûts qui devrait être pris en considération davantage. Par exemple, le tableau 2 indique que le déficit le plus important du DI sera au niveau des médicaments et du financement basé sur les résultats. La RDC représente un autre exemple qui montre les déficits en fonction des priorités. Parmi les 12 priorités du dossier d'investissement, 3 sont sous-financées, à savoir : l'ensemble des services de SRMNEA, les interventions en matière de nutrition (pour lutter contre la malnutrition aiguë sévère et les interventions de fortification) et le financement basé sur les résultats (Dossier d'investissement de la RDC, 2017).

Tableau 2. Cartographie des ressources par catégorie de coût au Cameroun

Catégories des Coûts	ANNEE				TOTAL RES_DISPO	BUDGET TOTAL SCÉNARIO 1	DÉFICT
	2017	2018	2019	2020			
Plaidoyer et Communication	\$1 370 437,2	\$1 019 521,5	\$1 371 418,0	\$1 371 923,1	\$5 133 299,8	\$68 847 949,1	\$63 714 649,3
Systèmes d'information Sanitaire	\$1 467 980,2	\$950 229,5	\$1 467 980,2	\$1 467 980,2	\$5 354 170,2	\$12 137 781,8	\$6 783 611,6
Produits et technologies de la santé	\$53 077 217,4	\$41 014 697,5	\$53 077 217,4	\$53 077 217,4	\$200 246 349,9	\$5 309 262,4	-\$194 937 087,5
Ressources humaines	\$15 878 656,0	\$13 191 562,9	\$15 878 656,0	\$15 878 656,0	\$60 827 530,9	\$25 636 599,6	-\$35 190 931,3
Infrastructure et équipement	\$9 525 382,0	\$7 649 824,2	\$9 525 382,0	\$9 525 382,0	\$36 225 970,2	\$14 586 545,5	-\$21 639 424,7
Politique, Leadership et gouvernance	\$2 341 512,5	\$2 081 851,3	\$2 341 512,5	\$2 341 512,5	\$9 106 388,6	\$181 818,2	-\$8 924 570,5
Médicaments et gestion logistique	\$6 461 388,5	\$0,0	\$6 461 388,5	\$6 461 388,5	\$19 384 165,6	\$113 883 241,9	\$94 499 076,3
Gestion et coordination du programme	\$10 937 006,2	\$8 744 857,3	\$11 805 161,3	\$12 622 896,5	\$44 109 921,3	\$8 503 740,0	-\$35 606 181,3
Recherche, suivi et évaluation	\$4 465 264,0	\$451 774,0	\$4 268 619,9	\$4 268 619,9	\$13 454 277,8	\$12 909 563,8	-\$544 714,1
Financement Basé sur les résultats (Achat prestation des services)	\$4 789 627,8	\$19 872 252,5	\$20 450 353,0	\$25 619 288,2	\$70 731 521,5	\$150 307 424,0	\$79 575 902,5
Prestations de services	\$3 532 449,4	\$2 998 933,3	\$4 623 383,5	\$5 290 583,0	\$16 445 349,3	\$461 818,2	-\$15 983 531,1
À déterminer	\$474 434,4	\$0,0	\$474 434,4	\$474 434,4	\$1 423 303,3	\$0,0	-\$1 423 303,3
Systèmes d'information régions sanitaires non prioritaires	\$295 220,2	\$7 418,2	\$295 220,2	\$295 220,2	\$893 078,7	\$25 461 927,3	\$24 568 848,5
Médicaments et gestion logistique régions non prioritaires	\$29 762,3	\$0,0	\$29 762,3	\$29 762,3	\$89 287,0	\$69 063 335,2	\$68 974 048,3
Financement Basé sur les résultats (Achat prestation des services) _Régions non prioritaires	\$4 789 627,8	\$12 044 713,1	\$14 230 549,6	\$19 399 484,8	\$50 464 375,3	\$134 571 233,7	\$84 106 858,4
Total général	\$119 435 966,0	\$110 027 635,4	\$146 301 038,9	\$158 124 349,1	\$533 888 989,3	\$641 862 240,5	\$107 973 251,2

Source : Dossier d'investissement du Cameroun, 2016

Trois cas d'investissement fournissent une cartographie des ressources par région/province (Cameroun, RDC, Libéria) et un seul montre des déficits évidents par région. Les DI de la RDC, du Libéria et du Cameroun fournissent une cartographie des ressources par province / région / comté, de sorte qu'il soit possible de connaître le montant disponible dans chacune des entités géographiques, selon le donateur. Cependant, seul le DI de la RDC compare les ressources disponibles par rapport au budget par province, afin d'évaluer le déficit par province. La RDC fournit également une ventilation de la cartographie des ressources et du budget en fonction des provinces et des priorités, ce qui permet de comprendre le déficit par province et par priorité. Plus la cartographie des ressources sera détaillée, plus il sera facile de traiter les questions liées à la réduction des déficits ou à la révision des priorités. Par exemple, si le facteur principal du dossier d'investissement concerne une certaine priorité dans une certaine province, alors la plateforme du GFF devrait discuter des possibilités de réaligner certaines sources de financements - provenant du gouvernement et des donateurs - à cette province particulière et à cette priorité particulière ou à une autre alternative, c'est-à-dire la mobilisation de ressources nationales spécifiques.

Tableau 3. Cartographie des ressources par province en RDC

	Budget 2017-2021	Financé, \$	Financé, \$	Non financé, %
National	59,628,159	15,670,000	-43,958,159	0%
Tanganyika	81,526,503	87,833,562	6,307,059	7%
Haut-Lomami	164,732,762	207,455,750	42,722,988	21%
Sankuru	48,650,017	67,836,612	19,186,596	28%
Maniema	121,293,252	161,674,865	40,381,613	25%
Lomami	123,424,641	228,177,695	104,753,055	46%
Tshuapa	77,277,834	95,189,457	17,911,622	19%
Kongo Central	141,184,192	346,492,504	205,308,312	59%
Sud-Kivu	315,047,383	401,159,279	86,111,896	21%
Kasaï	49,668,307	172,579,973	122,911,666	71%
Kasaï-Central	118,830,615	205,884,880	87,054,265	42%
Lualaba	148,543,037	157,666,370	9,123,334	6%
Mongala	79,781,502	93,393,429	13,611,927	15%
Sud-Ubangi	129,840,222	191,576,265	61,736,043	32%
Kwango	141,799,996	202,190,121	60,390,125	30%
Total (Sans)	1,801,228,420	2,634,780,761	833,552,341	32%

Source : Dossier d'investissement de la RDC, 2017

- **Certains exercices de cartographie des ressources indiquent que certaines priorités ou provinces pourraient être surfinancées (RDC, Cameroun).** Cela pourrait être dû au fait que le budget avait été sous-estimé ou que les informations budgétaires fournies par les donateurs n'étaient pas assez précises, ce qui a fait qu'il n'y ait pas eu de correspondance avec la priorité donnée du DI. Pour éviter ce dernier cas, il est essentiel d'entamer des discussions avec les donateurs, mais il arrive parfois que les donateurs eux-mêmes ne maîtrisent pas bien leur budget. Dans le cas de la RDC, le Fonds mondial a indiqué qu'il effectuait des travaux au niveau du suivi et de l'évaluation et du SGIS, et qu'une partie de leur budget devrait correspondre à cette priorité spécifique du DI de la RDC. Pourtant, il n'y avait pas de ligne budgétaire claire concernant le SGIS dans le budget du Fonds mondial. Le Fonds mondial a recommandé d'allouer une partie de sa ligne budgétaire consacrée aux "coûts de transport" au suivi et à l'évaluation et au SGIS, car il était probable que ces missions se rapportaient au suivi des principaux indicateurs liés au paludisme, à la tuberculose et au VIH/SIDA. Bien qu'il s'agisse d'une hypothèse rationnelle (30%), il se peut que la part allouée à cette priorité du DI ait été exagérée. Une question similaire a été soulevée dans le cadre du financement de la GAVI. En conséquence, la priorité du suivi et de l'évaluation et du SGIS semble être surfinancée dans le DI de la RDC.
- **Hormis le Kenya, aucun autre cas d'investissement n'a mené une analyse d'efficacité.** Les analyses d'efficacité sont pertinentes pour combler les lacunes du dossier d'investissement. Au Kenya, l'analyse d'efficacité a entraîné une baisse d'environ 59 milliards de shillings (soit US\$ 617 millions) sans gains d'efficacité à environ 32 milliards de shillings (US\$ 339 million) avec des gains d'efficacité. Cette baisse a été jugée importante, compte tenu de la marge de manœuvre budgétaire limitée au Kenya.
- **La plupart des exercices de cartographie des ressources sont généralement basés sur des données annualisées et les ressources des donateurs et du gouvernement peuvent augmenter**

ou diminuer, en fonction de la stabilité politique, de l'espace macro-économique et fiscal du pays. Dans la plupart des cas, les donateurs ne sont pas en mesure de garantir un engagement pour les 5 prochaines années et parfois même s'ils en sont capables, ces engagements ne correspondent pas au calendrier des dossiers d'investissement. De plus, ces engagements peuvent être encore plus difficiles à prévoir dans un environnement politiquement instable. Dans la plupart des dossiers d'investissement (RDC, Ouganda, Libéria), les donateurs ont accepté d'annualiser leur contribution. Certains donateurs ont adopté des estimations budgétaires plus prudentes dans le sens où ils ont réduit leur budget de 10% dans certains cas (RDC) pour les dernières années du DI. Dans certains dossiers d'investissement, on a estimé que la contribution nationale augmenterait (Kenya) alors que de telles prévisions seraient trop dangereuses à faire dans les pays à faible revenu.

- **Il n'existe pas de méthodologie claire sur la manière dont la cartographie des ressources a été réalisée dans les dossiers d'investissement, ce qui rend leur évaluation difficile.** Une description de la méthodologie utilisée, même très brève, serait utile pour permettre la compréhension des avantages et des inconvénients des différentes approches adoptées pour effectuer la cartographie des ressources et en tirer des leçons. Le Libéria a souligné qu'il avait partagé une feuille d'Excel avec ses partenaires mais que cette approche n'avait pas donné de résultats. Le dossier d'investissement du Cameroun a bénéficié d'une cartographie nationale des ressources de la SRMNEA, qui a servi de référence pour le dossier d'investissement du Cameroun. En RDC, le ministère de la Santé a demandé aux donateurs de fournir des informations financières sans résultats. Plus tard, un formulaire a été partagé, des réunions séparées avec les donateurs ont été organisées et il a fallu 4 mois pour compléter la cartographie des ressources.
- **La cartographie des ressources prendra du temps, quelle que soit la méthodologie utilisée. Il est essentiel qu'il y ait un engagement politique.** Le partage de documents financiers est un sujet délicat pour tout acteur du secteur de la santé ou de tout autre secteur dans un pays à faible revenu : les financiers et les agences de mise en œuvre nécessitent une autorisation pour leur permettre de partager des rapports financiers. Cependant, si la plateforme du GFF peut établir un consensus fort autour de l'utilité de cet exercice (amélioration de l'efficacité et de la planification pour la SRMNEA), sous la direction du ministère de la Santé et avec un ou deux champions parmi les donateurs, il est probable qu'un tel exercice sera réalisé. La Sierra Leone, bien qu'elle soit aux toutes premières phases, représente un bon exemple dans lequel les principaux financiers mènent cet exercice, dans les premières phases du dossier d'investissement. En RDC, les principaux financiers (Banque mondiale, Fonds mondial, USAID) étaient également engagés et ils ont montré l'exemple aux autres.
- **La cartographie des ressources pourrait être plus facile, si l'extrait final de la cartographie des ressources était clair et la méthodologie flexible pour les donateurs.** Dans le cas de la RDC, la cartographie des ressources a duré 4 mois, bien que celle-ci ait des défauts. La plateforme du GFF a présenté le tableau / la matrice final(e) qu'elle recherchait à travers la cartographie des ressources, c'est-à-dire le budget engagé des donateurs par priorité, sous-priorité et par province. Les donateurs ont été invités à remplir ce tableau d'extraits (quelle que soit la méthodologie utilisée et les différentes étapes intermédiaires suivies). Certains donateurs ont envoyé leur budget en demandant à la plateforme du GFF d'établir les liens et de vérifier ceux-ci auprès d'eux par la suite (la Banque mondiale, GAVI et le Fonds mondial). Si la visualisation du résultat final attendu n'est pas claire, il pourrait être décourageant de demander aux donateurs de remplir une longue feuille Excel. Il pourrait être plus stimulant et incitatif de commencer par cela.

4.3. Principales recommandations

Principales options à court terme :

1. **Entamer des discussions au plus tôt avec la plateforme du GFF et au niveau mondial** - sur la pertinence et la nécessité d'effectuer une cartographie des ressources du DI, afin de commencer à recueillir des données préliminaires. Les principaux financiers tels que la GAVI et le Fonds mondial seront en mesure de fournir une ventilation budgétaire détaillée de leur programme pour chaque pays et, très souvent, la GAVI et le Fonds mondial sont les principaux financiers du DI.
2. **Pour effectuer la cartographie des ressources d'un dossier d'investissement, il n'est pas nécessaire de créer des feuilles de calcul Excel complexes.** Une fois que les priorités, les zones géographiques et le plan de travail ont été définis, il est recommandé de créer un tableau indiquant clairement les extrants, pour que les donateurs et le gouvernement puissent avoir une idée des résultats attendus d'une cartographie des ressources : une matrice indiquant les ressources engagées par priorité et par province avec une colonne intitulée "déficit". Il est important d'offrir un certain niveau de flexibilité aux donateurs pour qu'ils puissent atteindre ce dernier extrant. Si les donateurs ne partagent que leur budget et non pas le formulaire en question, une autre option consiste à relier leur budget au formulaire/priorités en question et à valider l'approche auprès d'eux à une date ultérieure (par exemple, les facteurs d'affectation utilisés pour ventiler le budget entre les priorités et les provinces).
3. **Associer un consultant international à un consultant local pour assurer le suivi des informations nécessaires pour réaliser la cartographie des ressources au niveau national.** Le chef d'équipe de projet jouera un rôle clé en facilitant le dialogue entre le consultant et les donateurs, mais n'aura pas le temps de faire un suivi. Un consultant local, idéalement la personne qui soutient le point focal national du GFF, pourrait se charger de la cartographie des ressources, avec l'aide d'un consultant international ou du secrétariat du GFF.
4. **Travailler en équipe ou utiliser les ressources nationales/internationales existantes pour réaliser un exercice de cartographie des ressources des stratégies de SRMNEA.**

Case 1. Exemples de sociétés informatiques

Projet Catalpa

https://catalpa.io/project_feature_mohinga/

Le projet Catalpa a développé une base de données pour la gestion de l'aide et actuellement, il fait le suivi de plus de \$3,51 milliards en forme d'engagements d'aide, comprenant plus de 1488 activités individuelles des partenaires du développement et les flux d'aide sont cartographiés en fonction du lieu, du secteur, du programme et de l'état des engagements. Les partenaires du développement international soumettent leurs données d'aide à travers une interface Web. Myanmar AIMS est le premier à fusionner les données de l'IITA collectées au niveau international avec les données d'aide collectées au niveau national dans une seule base de données intégrée. Ce succès initial a maintenant suscité un intérêt important pour l'expansion de cette base, afin d'aider davantage les partenaires du développement et d'autres groupes de parties prenantes.

À long terme : évaluer la possibilité de faire appel à des sociétés informatiques nationales, régionales ou internationales pour réaliser la cartographie des ressources, dans le but d'institutionnaliser une base de données pour la gestion de l'aide. Récemment, certaines sociétés informatiques ont commencé à chercher une façon plus conviviale de présenter les données financières pour le gouvernement et les donateurs, en les incitant ainsi à être plus transparents et à partager les informations financières. Quelques sociétés informatiques ont travaillé sur le développement de bases de données pour la gestion de l'aide, comme dans le cas du Myanmar (Case 1). Même si une telle initiative a pu être coûteuse parce qu'elle a été lancée par une société internationale, il pourrait y avoir des options moins coûteuses au niveau régional. Une autre option pourrait être d'engager les sociétés informatiques multinationales qui auraient des coûts administratifs moins élevés pour développer de tels outils, comme Sales Force (<https://www.salesforce.com/>) qui a réalisé une cartographie financière pour USAID ou DevResults (<http://www.devresults.com/>) (voir la Case 1).

Au-delà de la cartographie des ressources et de l'alignement avec le financement complémentaire : mener une analyse d'efficacité pour évaluer les moyens de combler le déficit à l'aide de l'analyse d'efficacité.

→ Mesures à prendre :

1. Contacter les sociétés informatiques internationales ou régionales ayant participé aux exercices précédents de cartographie des ressources pour comprendre le temps et le coût que ces activités nécessitent au niveau national et déterminer si le GFF pourrait éventuellement soutenir de tels efforts.
2. Soutenir l'institutionnalisation de l'exercice de cartographie/suivi des ressources dans le cadre de l'élaboration ou de la mise en œuvre de la stratégie de financement de la santé.

5. Bibliographie

The Partnership for Maternal, Newborn and Child Health. Costing Tools (Partenariat pour la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant. Outils de chiffrage). Téléchargé le 27 janvier 2017 à partir de: http://www.who.int/pmnch/knowledge/topics/costing_tools/en/index6.html

University of Washington, Costing Tool Comparisons. Review of costing tools (Université de Washington, Comparaisons des outils de chiffrage). 2013.

The Economist. Activity Based Costing (Chiffrage basé sur les activités). 2009. Téléchargé le 27 janvier à partir de : <http://www.economist.com/node/13933812>

Dossiers d'Investissement du GFF

RMNCAH Technical Orientation Global Strategy and Global Financing Facility. Understanding your resource envelop. Geneva, June 19, 2016. Power Point Presentation (La stratégie globale d'orientation technique de SRMNEA et le mécanisme de financement mondial. Comprendre les ressources qui vous sont disponibles. Genève, le 19 juin 2016. Présentation Power Point).

6. Annexes

Tableau 4. Comparaison des outils de chiffrage utilisés dans les pays du GFF

	Méthodologie de chiffrage	Mesure d'impact	Inconvénients	Avantages
RDC	<p>La priorité 1 (ensemble SRMNEA) avait initialement été chiffrée en utilisant CORE Plus, qui donne un coût par service et par habitant.</p> <p>L'approche du chiffrage basé sur les activités (ABC) a été utilisé pour budgétiser les 11 autres priorités du DI.</p> <p>Budget ventilé par priorité et par province.</p>	<p>La priorité 1 (ensemble de services de santé), avait été saisie dans LiST³ pour évaluer le nombre croissant de vies sauvées en ce qui concerne les mères et les enfants et l'effet sur le TMM et le taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans (U5MR).</p>	<p>Toutes les priorités n'ont pas été modélisées et leur impact n'a pas fait l'objet d'une évaluation; aucun résultat de SRMNEA.</p>	<p>Budget facile à réaliser, saisir et mettre à jour pour le ministère de la Santé.</p> <p>Ventilé en fonction des priorités et des provinces.</p> <p>Une ventilation Claire des coûts pour chaque priorité.</p>
Ouganda	<p>Utilisation de OneHealth pour chiffrer un ensemble de SRMNEA au niveau de la communauté et des SSP et la méthodologie ABC pour chiffrer la gestion du programme, la gouvernance et le SGIS.</p>	<p>Evaluer le nombre croissant de vies sauvées en ce qui concerne les mères, les nouveau-nés et les enfants.</p> <p>Evaluer l'effet de l'ensemble SRMNEA sur la réduction du TMM et du U5MR.</p>	<p>Il n'est pas clair si les approches utilisées pour la mise en œuvre de l'ensemble SRMNEA ont été chiffrées (mise à l'échelle des pièces comptables, renforcement de la gestion au niveau du district, FBR)</p> <p>Les informations sur les coûts n'ont pas été ventilées en fonction des provinces.</p>	<p>Le lien entre le coût et l'impact est très simple.</p> <p>Couverture de base et mise à l'échelle des interventions.</p>
Cameroun	<p>Combinaison de OneHealth pour les services de SRMNEA et approche ABC pour le chiffrage des autres priorités (CRVS).</p> <p>Ventilé en fonctions des domaines de SRMNEA et par catégorie de coût.</p>	<p>Evaluer l'effet de l'ensemble SRMNEA sur la réduction du TMM et du U5MR</p>	<p>Aucun lien entre les domaines de SRMNEA et les catégories de coûts.</p> <p>OneHealth nécessite le recrutement d'un STC pour permettre au ministère de la Santé de pouvoir actualiser le chiffrage.</p>	<p>Le lien entre le coût et l'impact est très simple.</p> <p>Ventilé en fonction des domaines d'intervention et des provinces.</p>

³ Mesure l'impact des interventions en matière de santé maternelle/néonatale et reproductive et infantile (11 causes de décès maternels; 19 causes de décès néonataux/infantiles;> 70 interventions).

Kenya	OneHealth, en utilisant une approche basée sur les activités pour effectuer le chiffrage des services de SRMNEA. Trois intrants sont utilisées: i) la population ayant besoin de différents types de services de SRMNEA; ii) les objectifs de couverture; et iii) les coûts unitaires.	<p>Evaluer le nombre croissant de vies sauvées en ce qui concerne les mères, les nouveau-nés et les enfants.</p> <p>Evaluer l'effet de l'ensemble de SRMNEA sur la réduction du TMM et du U5MR – analyse coûts-avantages (pour chaque shilling investi, on obtient un rendement de trois shillings et 65 centimes).</p>	<p>Pas de ventilation de coûts au niveau national.</p> <p>Il n'est pas clair si les composantes des systèmes de santé (financement de santé, CRVS) ont été chiffrées dans le cadre de OneHealth.</p>	Ventilation très claire en fonction des priorités et des catégories de coût.
Tanzanie	OneHealth: donne une estimation des coûts en fonction des programmes de santé, y compris les composantes du système de santé.	<p>Evaluer le nombre croissant de vies sauvées en ce qui concerne les mères, les nouveau-nés et les enfants.</p> <p>Evaluer l'effet de l'ensemble SRMNEA sur la réduction du MMR du U5MR.</p>	Estimation très claire du coût du programme de santé /des principales priorités, en fonction des activités.	Pas ventilé en fonction des provinces.
Libéria	Utilisation du MBB pour la fixation des objectifs et à l'échelle nationale. Approche ABC pour réaliser le chiffrage de la première phase.	Utilisation de LiST pour évaluer le nombre croissant de vies sauvées en ce qui concerne les mères, les nouveau-nés et les enfants.	Chiffrage clair en termes des extraits, en fonction des interventions, des activités et des facteurs de coût (formation, réunions).	Il a fallu des jours pour se mettre d'accord sur les éléments pour l'approche ABC.

Source: Dossiers d'investissement du GFF

Tableau 5. Chiffrage des extraits des dossiers d'investissement du GFF

	Tableau 5. Chiffrage des extraits des dossiers d'investissement du GFF		
	Chiffrage des extraits	Orientation géographique	Priorités / Programmes / Changements
RDC	\$2,634,780,761 au cours de 5 ans, \$526 956 152 par an; et \$13,07 par personne et par an. Disponibilité du chiffrage par province et par priorité.	14 provinces ayant les plus grands besoins en termes de SRMNEA et au niveau national	1. Ensemble SRMNEA, 2. Santé des adolescents, 3. Nutrition, 4. EAH/WASH, 5. RBF, 6. Approche communautaire, 7. Chaîne d'approvisionnement, 8. RH, 9. Formation sanitaire, 10. Gouvernance, 11. SGIS/suivi et évaluation, 12. CRVS
Ouganda	3 scénarios: \$ \$1,597.7 millions; Scénario 1: \$1,875 millions Au cours de la durée du plan: 2,410 millions	Focalisation sur 40 districts prioritaires	1. Mettre l'accent sur des solutions à fort impact basées sur des données probantes; 2. Améliorer l'accès des populations fortement chargées en promouvant un ensemble de mécanismes de prestation de services qui fonctionnent de façon synergique; 3. Focalisation géographique; 4. Aborder le contexte multisectoriel plus large; 5. Assurer une redevabilité mutuelle en ce qui concerne les résultats de SRMNEA.
Cameroun	Coût total: \$641 862 240 (scénario 1) \$777 221 583 (scénario 2); \$807 764 574 (scénario 3)	3 régions du nord et région de l'est	
Kenya	Coût par habitant: \$10,87 par par personne en 2015/16 à \$13.75 en 2019/20 Le coût total pour 5 ans non indiqué est de 275 milliards de shillings 2 895 millions (KSH 0.95=\$1) et 1 505 pour les 20 comtés.	20 comtés prioritaires	1. Adolescents et jeunes, 2. santé des enfants, 3. planification familiale, 4. vaccination, 5. santé maternelle et néonatale, 6. nutrition, 7. CRVS et 8. l'innovation et la recherche.
Tanzanie	Coût en fonction des priorités et des activités indiqués. Coût total: 1,330,947,290.	National	1. Santé maternelle, 2. Santé des nouveau-nés et des enfants, 3. santé reproductive des adolescents, 4. Planification familiale, 5. Cancer de la santé reproductive, 6. le genre dans le domaine de la santé reproductive, 7. Leadership et gouvernance, 8. Ressources humaines pour la santé 9. HF pour la SRMNEA, 10. Administration et personnel, 11. Régions et zones RHC et 12. Suivi et évaluation.

Libéria	\$492,9 millions ventilés en fonction des dépenses récurrentes (115,5) et 377,4 en termes de dépenses d'investissement.	6 comtés prioritaires et niveau national	Services de qualité en termes de SONU et de SRMNEA adaptés aux adolescents; 2. Préparation, suivi et réponse aux situations d'urgence; 3. Participation communautaire durable; 4. Environnement favorable: leadership, gouvernance et gestion.
----------------	---	--	--

Source : Dossiers d'investissement du GFF

Tableau 6. Outils de cartographie des ressources dans les pays du GFF

	Méthodologie	Extrant	Inconvénients	Avantages
RDC	<p>Demande faite aux donateurs pour remplir une matrice pour la requête de budget en fonction des provinces et des priorités du DI.</p> <p>Durée : 4 mois. Retour d'information reçu des principaux donateurs.</p>	<p>Cartographie des ressources en fonction des sources, des priorités, des sous-priorité et des provinces.</p> <p>Un déficit global de 32%.</p>	<p>Ne se rend pas systématiquement au niveau des intrants.</p> <p>Les budgets des donateurs étant trop agrégés et leur description peu claire, certaines lignes budgétaires ont pu être mal affectées aux priorités et certaines priorités sont sur-financées.</p>	<p>Fournit une vue d'ensemble (en fonction des sources) mais aussi un bon niveau de détails au niveau des provinces et des priorités</p> <p>Ménage et secteurs privés indiqués en partie.</p>
Libéria	<p>Demande faite aux donateurs pour remplir un formulaire, mais aucun retour d'information n'a été reçu.</p>	<p>Cartographie des ressources en fonction des sources et des comtés. Un déficit total d'environ \$240 millions, soit 66%, étant donné que le coût total du DI est de \$710 millions.</p>	<p>Le formulaire distribué aux donateurs est général et ne correspond pas aux priorités du DI.</p>	<p>Cartographie des ressources au niveau du comté, les priorités et le nombre d'intrants dans le cadre du financement complémentaire.</p>
Ouganda	<p>Pas indiqué dans le DI</p>	<p>Cartographie des ressources par source et par programme. Un déficit global de 21% soit \$280 millions.</p>	<p>Les donateurs ne peuvent pas garantir un engagement sur 5 ans, d'où l'utilisation des engagements sur sur 3 ans pour calculer la moyenne annuelle, qui a servi de base au calcul des engagements financiers sur cinq ans.</p> <p>Les ménages et le secteur privé n'ont pas été pris en compte.</p>	<p>De nombreux donateurs ont été attirés.</p> <p>Cartographie des ressources fournie par le donateur et un grand nombre de donateurs</p>
Kenya	<p>Pas indiqué dans le DI</p>	<p>Cartographie des ressources par source uniquement. Déficit de financement de \$617 millions</p>	<p>Pas de détails sur les donateurs.</p> <p>Cartographie des ressources sophistiquée, ne se concerne pas avec la catégorie des coûts, les priorités ou les comtés.</p>	<p>Fournit une vue d'ensemble.</p> <p>Analyse d'efficacité, 21% de gains totaux d'efficacité prévus, ce qui pourrait permettre d'économiser \$276 millions sur 5 ans.</p>
Cameroun	<p>Pas de méthodologie, mais la cartographie des ressources au niveau régional a été réalisée proportionnellement à la population.</p>	<p>Cartographie des ressources par source, catégorie de coûts, priorité et région. Déficit de \$107 973 251, soit 20%.</p>	<p>Certaines catégories de coûts sont surfinancées comme dans le cas de la RDC.</p>	<p>Très bons détails de la cartographie des ressources par région, priorité et catégorie de coûts, bien que le déficit ne soit pas toujours indiqué.</p>

Source : Dossiers d'investissement du GFF

