

[Comment les gouvernements et les partenaires de développement peuvent-ils soutenir conjointement le financement basé sur les résultats pour améliorer les résultats de santé et renforcer les systèmes de santé ? - Version longue](#)

Par Petra Vergeer et Sarah McCune [\[1\]](#)

Pour améliorer les résultats de santé et renforcer l'efficacité, l'équité et la qualité de leurs systèmes de santé, les pays à faible et moyen revenu à travers le monde pilotent diverses approches de financement basé sur les résultats (FBR), tel que le financement basé sur les performances (FBP), pour renforcer l'offre de services de santé. Ces projets pilotes commencent à donner des résultats intéressants : le nombre d'accouchements en institution a considérablement augmenté, la couverture pré et postnatale s'est considérablement améliorée et beaucoup plus d'enfants ont été vaccinés. Le FBR peut également améliorer l'efficacité des systèmes de santé. En effet, grâce aux incitations du FBR, on observe un plus grand nombre d'accouchements sans complications dans les formations sanitaires, ce qui permet aux hôpitaux de concentrer leur attention et leurs ressources sur le traitement des cas plus compliqués. La qualité dans les formations sanitaires s'est également améliorée, et les variations au niveau de la qualité dans les formations sanitaires ont diminué. Sur la base de ces résultats, les gouvernements et les donateurs cherchent à soutenir un plus grand nombre de projets pilotes du FBR ou leur mise à l'échelle.

Le Fonds fiduciaire pour l'innovation et les résultats de santé (Health Results Innovation Trust Fund, HRITF) de la Banque mondiale, qui est financé par les gouvernements du Royaume-Uni et de la Norvège, a joué un rôle essentiel dans la conception, la mise en œuvre et l'évaluation de 36 projets pilotes dans 31 pays à revenu faible et à revenu intermédiaire de la tranche inférieure. Le mot "pilote" ne devrait pas sous-estimer l'ampleur de ces programmes. Par exemple, le projet pilote du FBR au Nigeria est opérationnel dans trois États et couvre neuf millions de personnes, et en Haïti, le projet pilote sera introduit dans quatre départements avec une zone de chalandise de deux millions de personnes. Le maintien ou la mise à l'échelle des résultats positifs de ces projets pilotes peut changer les vies de nombreuses personnes. Les gouvernements et les donateurs recherchent donc des opportunités pour soutenir le FBR, tant du côté de l'offre que de la demande.

En utilisant des exemples des projets pilotes du FBR dans le cadre du portefeuille du HRITF de la Banque mondiale, ce document présentera une partie de ces opportunités. Plus précisément, il mettra l'accent sur i.) l'achat des résultats d'indicateurs spécifiques du FBR dans un pays ; ii.) l'achat des résultats du FBR dans une zone géographique spécifique d'un pays ; iii.) le financement de l'assistance technique et du soutien à la conception et à la mise en œuvre du FBR dans un pays ; iv.) le soutien du FBR au niveau mondial à travers le HRITF de la Banque mondiale. Ce document discutera également des avantages et des inconvénients de chaque opportunité.

L'achat des résultats d'indicateurs spécifiques du FBR dans un pays

Différents partenaires du développement pourraient avoir des intérêts et des priorités stratégiques différents et l'achat de services spécifiques du FBR est une option pour ceux qui souhaitent soutenir la mise en œuvre ou la mise à l'échelle du FBR. Le programme national du FBP au Rwanda illustre la manière dont les partenaires du développement peuvent soutenir le FBR en achetant des indicateurs ou des services spécifiques.

Rwanda

Le programme du FBP du Rwanda a eu des effets spectaculaires sur la prestation et l'utilisation des services, en particulier pour les populations les plus pauvres du pays. L'évaluation d'impact, par exemple, a montré de bons résultats en ce qui concerne la quantité et la qualité des services par rapport à un contrôle [\[2\]](#) [\[3\]](#) [\[4\]](#). La quantité et la qualité des services ont non seulement augmenté considérablement, mais un effet majeur s'est également produit sur la taille et le poids des enfants de moins de cinq ans vivant dans les zones de chalandise des formations sanitaires du FBP. En outre, les accouchements en institution pour le quintile le plus pauvre sont

passés de 12,1% à 42,7%. Ces gains ont contribué à l'amélioration de l'équité des systèmes de santé à travers le pays. En outre, depuis la mise en œuvre du FBP, plus de personnes ont demandé un test de dépistage du VIH. En effet, la probabilité qu'un individu ait été testé pour le VIH a augmenté de 6,1 points de pourcentage et de 10,2 points de pourcentage pour les couples mariés [\[5\]](#) .

Lorsque le programme du FBP a été mis à l'échelle au niveau national, le gouvernement du Rwanda (GOR) a acheté 16 services de santé généraux, et le PEPFAR en a acheté 15 qui sont liés au VIH/SIDA. Le Fonds mondial (GFATM), ayant exprimé son intérêt à soutenir le FBP au Rwanda, a accepté d'acheter les indicateurs de santé reproductive, de VIH/SIDA et de tuberculose. Le centre pour le contrôle des maladies (Center for Disease Control, CDC) a depuis acheté des indicateurs, tout comme Family Health International (FHI), Intra-Health, la Fondation Ariel Glaser pour la Lutte contre le Sida Pédiatrique (EGPAF), Catholic Relief Services (CRS) et Management Sciences for Health (MHS) à travers le PEPFAR. La Coopération technique belge (CTB) et la Coopération technique allemande (GIZ) ont également acheté des services.

Le GOR, le plus grand donateur, a dirigé les efforts d'harmonisation et d'alignement des donateurs, ce qui a finalement produit deux options différentes de financement. Dans la première, le CDC et le GFATM transfèrent des fonds sur le compte bancaire du ministère de la Santé (MOH) et ce dernier paie ensuite les formations sanitaires pour les indicateurs soutenus par les deux partenaires du développement. Le montant transféré au MOH est basé sur un budget précis du FBP pour l'achat des indicateurs sélectionnés pour l'année fiscale, et les partenaires reçoivent un rapport financier du ministère à la fin du trimestre et à la fin de l'année fiscale. La deuxième option s'applique aux fonds du PEPFAR, qui circulent par l'intermédiaire de ses partenaires de mise en œuvre ; actuellement, le Projet de santé familiale au Rwanda (Rwanda Family Health Project, RFHP), vers les formations sanitaires. Le MOH envoie une facture pour les services financés par le PEPFAR au RFHP, suite à la vérification et à la validation des résultats par le comité de pilotage du district et l'unité technique du FBP au ministère. Le RFHP transfère ensuite directement les paiements du FBR sur les comptes bancaires individuels des formations sanitaires.

Les efforts en matière d'harmonisation et d'alignement ont été avantageux pour plusieurs raisons. Un avantage majeur des partenaires du développement qui achètent différents services du FBP est qu'un ensemble plus large de services peut être soutenu. Cela peut réduire les conséquences potentielles - bien imprévues - de la focalisation sur un domaine au détriment d'un autre, ce qui a souvent été une critique des programmes verticaux. Ces considérations sont très importantes dans tout programme de FBR. Au Rwanda, le nombre d'indicateurs liés aux services VIH a été réduit de 15 à dix pour mieux équilibrer les différentes priorités du service de santé national. Cependant, le montant du financement des services de lutte contre le VIH n'a pas changé. Le soutien de plusieurs donateurs au FBP contribue donc à l'amélioration des résultats de santé, ainsi qu'à l'harmonisation et à l'alignement de l'aide.

De plus, la cartographie et la coordination des donateurs ont permis la couverture efficace de l'achat de services de FBP, comme on le voit dans les résultats de l'évaluation d'impact du FBP. On a également évité la duplication des processus de vérification et de déclaration car tous les partenaires du développement utilisent le même logiciel de déclaration et de facturation à travers l'application web du FBP. Cependant, ce système peut présenter l'inconvénient de ne pas offrir la flexibilité nécessaire pour combler tout déficit financier dans le cas où un partenaire se retirerait ou réduirait son financement pour un indicateur. Mais, en tant que donateur le plus important, le GOR a pu facilement s'adapter à la sortie et à l'entrée de divers partenaires du développement. De plus, sa position en tant que premier donateur permet d'assurer la viabilité financière du FBP. Néanmoins, le souhait du gouvernement d'avoir un seul fonds pour tous les financements du FBP ne s'est pas concrétisé. Par conséquent, il n'a pas le pouvoir d'allouer les financements des partenaires du développement mais il doit aligner les financements aux différents indicateurs de priorité des donateurs. Le fait d'avoir plusieurs partenaires a toutefois permis de réduire considérablement les coûts de transaction du GOR, tels que ceux qui sont liés à la vérification, au renforcement des capacités et à l'administration, parmi d'autres. Le GOR paie 5% du total des

coûts de transaction, tandis que les autres partenaires du développement paient les 95% qui restent, dont 77% sont apportés par le PEPFAR/USAID.

L'achat des résultats du FBR dans une zone géographique spécifique d'un pays

La présence de plusieurs donateurs dans un pays en développement nécessite souvent que les donateurs focalisent leur travail sur des zones géographiques spécifiques. L'achat de résultats de santé dans une zone géographique spécifique est une option pour les partenaires du développement qui souhaitent soutenir le FBR. L'expérience du Bénin avec un arrangement de fonds de financement commun, l'expérience du Burundi avec un système de mutualisation virtuelle, et celle du Sénégal avec un fonds fiduciaire géré par la Banque fournissent trois exemples différents de partenaires du développement qui soutiennent le FBR sur la base d'une classification géographique.

Burundi : Système de mutualisation virtuel

Au Burundi, les efforts d'harmonisation des donateurs ont facilité la mise à l'échelle d'un programme de FBP qui a permis à la fois d'améliorer la santé des femmes et des enfants du pays et d'améliorer l'équité des systèmes de santé à travers le pays. De plus en plus de femmes accouchent dans des formations sanitaires et bénéficient de consultations postnatales. Les données opérationnelles collectées entre juin 2010 et 2011 ont montré que les accouchements en institution, par exemple, ont augmenté de 25%, et que les consultations de soins curatifs pour les femmes enceintes ont augmenté de 34,5%. Le programme de FBP du Burundi a également permis d'augmenter les taux de vaccination : 10,2% d'enfants en plus sont maintenant vaccinés contre les maladies infantiles courantes. Les scores de qualité des formations sanitaires ont également augmenté dans toutes les provinces, et l'écart entre les formations sanitaires les moins performantes et les meilleures s'est réduit. Ces progrès au niveau de la qualité indiquent une amélioration de l'équité en matière de systèmes santé, qui s'est particulièrement améliorée pour les Batwa, traditionnellement marginalisés.

En 2006, le programme du PBF a été introduit et piloté dans trois provinces, et en 2010, les projets pilotes du PBF ont été mis à l'échelle à travers le pays. Au départ, les projets pilotes du PBF étaient quelque peu divergents dans leur méthodologie et leurs paramètres, et tous opéraient en dehors du système public. De plus, certaines formations sanitaires ont reçu un paiement double : d'abord du gouvernement à travers son mécanisme de remboursement des services de santé gratuits et ensuite des donateurs qui financent les projets pilotes de FBP. Pour mieux rationaliser la mise à l'échelle et faciliter l'harmonisation des donateurs, de nouvelles structures institutionnelles ont été créées et un système de mutualisation virtuelle a été mis en place au niveau central.

En plus du gouvernement du Burundi (qui est le plus grand payeur des résultats) et de l'IDA et du HRITF de la Banque mondiale, d'autres partenaires du développement participent au système de mutualisation virtuelle. Il s'agit de FHI, GAVI, Healthnet-TPO, BTC, l'Union européenne, Cordaid, la Coopération suisse au développement, le Groupe de Volontariat Civil (GVC) et le Programme Transitoire de Reconstruction Post Conflit (PTRPC). Dans le système de mutualisation virtuelle, chaque formation sanitaire crée une facture mensuelle, qui est ensuite envoyée à un comité de vérification provincial pour validation et saisie dans un système de tenue des dossiers et de facturation en ligne. La cellule technique nationale du FBP et la direction générale des ressources du ministère de la Santé vérifient ensuite les factures et les corrigent, si nécessaire. Le système en ligne distribue ensuite automatiquement les factures aux différents partenaires du développement, et les partenaires du développement versent ensuite un montant déterminé à chaque formation sanitaire. Si les partenaires ne peuvent pas payer en raison d'un manque de budget, le gouvernement et la Banque mondiale, à travers l'IDA et le HRITF, combleront le déficit. Ces deux partenaires cofinancent également des domaines dans lesquels aucun autre partenaire n'est impliqué.

Un avantage du système de mutualisation virtuelle est qu'il permet à chaque partenaire du développement de maintenir ses propres procédures budgétaires et financières lorsqu'ils paient une formation sanitaire. Par conséquent, un long processus d'harmonisation fiduciaire avec des coûts de transaction élevés a pu être évité. Cependant, ce qui est le plus important, c'est que le système a attiré d'autres partenaires du développement, qui souhaitent soutenir le FBR au Burundi et continuer à développer les progrès impressionnants que cette approche a permis d'obtenir.

L'un des inconvénients du système de mutualisation virtuelle concerne la logistique des paiements des formations sanitaires. Les partenaires peuvent payer à des moments différents (c'est-à-dire que les fonds n'arrivent pas tous en même temps). De plus, les banques utilisées par les formations sanitaires ne précisent pas la source du paiement, ce qui fait qu'il soit difficile pour les responsables des formations sanitaires de savoir quel partenaire a réglé ou non sa facture. Ces problèmes logistiques sont toutefois en cours de résolution.

Bénin : fonds de financement commun

Le projet pilote du FBP au Bénin a commencé en 2012. Il est relativement nouveau, mais il a beaucoup de potentiel en tant que catalyseur pour garantir de meilleurs résultats de santé et modifier le mode de fonctionnement du système de santé. Les premiers résultats ont montré une légère augmentation des indicateurs de performance, et ils vont probablement encore s'améliorer au fur et à mesure que le programme progresse. Le gouvernement est pleinement engagé dans le programme du FBP, et il travaille avec plusieurs donateurs pour le mettre à l'échelle dans tout le pays.

Le modèle de FBP utilisé au Bénin est identique dans tous les districts - les mêmes indicateurs et mécanismes de vérification sont utilisés. La Banque, la GAVI et le GFATM cofinancent l'achat d'un ensemble de services dans 29 districts à travers le pays : la Banque paie pour les résultats sanitaires dans huit districts, la GAVI dans deux, le GFATM dans 19. L'USAID ou la Corporation technique belge (CTB) paieront éventuellement pour les résultats dans les cinq districts restants.

Sous la direction d'un ministre de la Santé particulièrement influent, le ministère de la Santé a mené les efforts d'harmonisation des donateurs. La Banque a été la première à soutenir la conception et la mise en œuvre du FBP dans le pays, y compris le développement du système de vérification et de paiement. Des règles normalisées de gestion financière et des procédures d'achat ont été élaborées pour le fonds de financement commun, que le ministère de la Santé gère et utilise pour payer les formations sanitaires pour le nombre de services qu'ils fournissent et pour leur qualité. Chaque partenaire contribue le même montant pour les frais d'opération du FBR, tels que l'assistance technique et la vérification, en fonction du nombre de districts dans lesquels il travaille. Il est important de noter que l'arrangement de cofinancement a permis de mettre à l'échelle le FBP à travers le Bénin, et qu'il est maintenant présent dans 85% des districts du pays.

Le gouvernement était motivé de mettre à l'échelle le FBP à travers le pays, tandis que les partenaires du développement étaient intéressés par l'achat de résultats de santé crédibles, vérifiés selon le modèle pilote du FBP. Pour les partenaires du développement, l'un des avantages de cet arrangement de cofinancement était la réduction du risque fiduciaire associé à la mise en œuvre du FBP. Le partenariat avec la Banque a fourni à la GAVI et au GFATM de bonnes garanties sur le plan fiduciaire, ce qui a rendu le soutien à la mise à l'échelle du FBP plus intéressant. Par contre, l'un des inconvénients de cet arrangement était le long processus d'harmonisation fiduciaire qui s'accompagnait de coûts de transaction plus élevés ; pour le gouvernement, l'harmonisation et l'alignement des fonds reçus a réduit les coûts de transaction.

Sénégal : fonds fiduciaire géré par la Banque mondiale

Bien qu'il soit encore dans sa phase initiale (sa mise en œuvre commencera en janvier 2014), le programme de FBP au Sénégal représente une opportunité formidable pour la Banque mondiale et l'USAID de travailler ensemble pour améliorer la qualité et l'accessibilité des services de santé et pour susciter des changements au

niveau des comportements de santé et de l'utilisation des services. La Banque mondiale et l'USAID - à travers son initiative de gouvernement à gouvernement (G2G) - cofinancent un ensemble de services dans six régions du pays. Grâce au financement de l'Association internationale de développement (IDA), la Banque mondiale soutient ce programme dans quatre régions, et l'USAID le finance dans deux. Le système du FBP du Sénégal et ses indicateurs sont uniformes dans toutes les régions.

L'arrangement de cofinancement représente l'un des premiers exemples d'harmonisation des donateurs dans le secteur de la Santé au Sénégal, et l'arrangement est assez simple. La Banque a créé un fonds fiduciaire (TF) pour le financement de l'USAID. Tous les fonds passent par la Banque et sont conformes aux règles et procédures fiduciaires, de gestion financière et d'achats de l'institution. Le ministère des Finances reçoit les fonds du TF et les distribue ensuite au MOH. Le MOH alloue ensuite des fonds aux formations sanitaires de FBP en fonction de leur obtention d'indicateurs incitatifs.

L'arrangement de cofinancement a généralement été bénéfique pour la Banque, l'USAID et le gouvernement. Par exemple, les coûts de transaction ont été réduits pour tous les partenaires, particulièrement les coûts liés aux règles fiduciaires et à la gestion financière. Le cofinancement a également permis de réaliser des économies d'échelle basées sur des intrants qui sont généralement très coûteux, comme la vérification. Pour tous les projets pilotes, l'assistance technique est fournie par Abt Associates - une société de consultants de l'USAID - ce qui présente un avantage supplémentaire : un financement renforcé qui peut être affecté aux paiements du FBP.

L'une des rares faiblesses de l'arrangement de cofinancement est la rigueur des procédures de la Banque. Les aspects techniques du programme sénégalais ont parfois aussi présenté des défis. Les avantages de l'arrangement de cofinancement ont toutefois dépassé les inconvénients, et d'autres partenaires du développement, comme le Japon, s'intéressent au FBP au Sénégal.

Le financement de l'assistance technique et du soutien à la conception et à la mise en œuvre du FBR dans un pays

Les partenaires du développement peuvent également soutenir le FBR en finançant l'assistance technique (AT) et le soutien à la conception et à la mise en œuvre du FBR. L'expérience de la Banque mondiale avec ses partenaires en Haïti et au Tadjikistan montre à quel point ces arrangements peuvent être fructueux.

Haïti

L'objectif du nouveau programme de FBR en Haïti est d'améliorer l'accès et l'utilisation des services de santé de la mère et de l'enfant, de nutrition et d'autres services sociaux, tout en renforçant la capacité d'administration et de gestion du système de santé. La Banque mondiale (à travers un financement de l'IDA et du HRITF) soutient le ministère de la Santé publique et de la Population (MSPP) dans la mise en œuvre du programme de FBP dans une zone de chalandise de 1,9 million de personnes et prévoit sa mise à l'échelle dans les cinq prochaines années. De même, l'USAID met en œuvre un projet de prestation de services de santé en conformité avec l'approche nationale harmonisée du FBP. L'approche harmonisée utilise un manuel national de mise en œuvre du FBP, un ensemble d'indicateurs, la même structure de vérification et un système de suivi et d'évaluation. Certains paiements de FBR pour les formations sanitaires seront couverts par un financement de l'IDA/HRITF et d'autres par l'USAID, mais tous suivront le même système.

Toutefois, la Banque et l'USAID maintiennent de différentes procédures fiduciaires et d'achats. Par exemple, les fonds de la Banque sont versés à l'unité contractante du MSPP, qui les alloue ensuite à la direction adjointe pour la prestation de services pour qu'elle les distribue aux formations sanitaires et aux hôpitaux du FBR. À l'inverse, l'USAID finance des sociétés de consultants qui travaillent ensuite avec les formations sanitaires et les hôpitaux qu'ils soutiennent.

Les deux partenaires du développement apportent une assistance technique au gouvernement sur le FBR mais ils veillent à ce que les travaux d'assistance technique soient complémentaires. La Banque, par exemple, soutient le gouvernement dans sa prise de décision concernant la définition des prix pour les indicateurs de FBR, tandis que l'USAID a apporté son soutien à l'élaboration du manuel national du FBR. Le fait qu'il n'y ait pas de duplication des efforts ou des processus constitue le plus grand avantage de cet arrangement, ce qui augmente l'efficacité. Cet arrangement favorise également l'harmonisation du FBR - comme le MSPP l'a demandé. Enfin, elle favorise une meilleure communication car la fourniture d'une assistance technique complémentaire nécessite beaucoup de coordination entre les deux partenaires du développement.

Tadjikistan

Le Conseil d'Administration de la Banque Mondiale vient d'approuver le programme de FBR au Tadjikistan, qui vise à améliorer l'équité des systèmes de santé en augmentant la couverture et la qualité des services de santé primaires de base dans les formations sanitaires rurales du Tadjikistan. Le projet FBP sera piloté dans huit districts et couvrira 1,86 million de personnes, soit 25% de la population nationale. La mise en œuvre du programme de FBP au Tadjikistan pourrait - compte tenu de sa portée - améliorer considérablement les résultats de santé et rendre le système de santé du pays plus efficace et plus équitable.

Dans le cadre du projet pilote de FBP, les centres de santé ruraux et leurs maisons de santé subsidiaires qualifieront pour recevoir un paiement basé sur la performance, basé sur la qualité et la quantité des services de santé maternelle et infantile et de maladies non transmissibles qu'ils ont fournis au cours du trimestre. Ces paiements, comme dans d'autres programmes de FBP, seront supplémentaires aux fonds reçus du budget du secteur public, et peuvent être utilisés par les centres de santé ruraux et les maisons de santé pour payer des primes de performance au personnel ou pour des investissements au sein de la formation sanitaire.

La Banque mondiale, à travers l'IDA et le HRITF, finance le développement et le pilotage du FBP au Tadjikistan. Cependant, d'autres partenaires du développement soutiennent le programme pilote en finançant des activités liées à la conception et à la mise en œuvre des programmes. L'UNICEF, par exemple, finance et effectue la vérification indépendante du programme de FBP. L'organisation a également financé l'assistance technique pour préparer la vérification indépendante de la méthodologie du FBP, et elle contribuera le temps du personnel technique impliqué dans la vérification.

Un avantage particulier de cet arrangement est qu'il permet au donateur principal - dans ce cas, la Banque mondiale - d'allouer une plus grande partie de ses ressources aux paiements du FBP pour les résultats de santé. La vérification et l'assistance technique sont des contributeurs importants au fonctionnement du FBR et d'autres parties de l'intervention peuvent être mieux ciblées ou mises à l'échelle, par le fait d'avoir un partenaire du développement qui cofinance ces intrants.

Soutenir la conception, la mise en œuvre et l'apprentissage du FBR à l'échelle mondiale grâce au Fonds fiduciaire pour l'innovation en matière des résultats de santé

L'apport du soutien au HRITF est une autre option pour les partenaires du développement de cofinancer le FBR. Le HRITF tire parti du financement de l'IDA de la Banque mondiale pour le FBR en accordant des subventions allant jusqu'à \$20 millions, correspondant à l'allocation nationale de l'IDA au FBR. Les \$20 millions sont utilisés pour la conception et la mise en œuvre du FBR - comme l'assistance technique et la vérification - dans les 35 programmes qu'il soutient actuellement. Étant donné que les subventions du HRITF sont liées à l'IDA, elles font partie d'un système de soutien plus large et de discussions politiques entre la Banque et le gouvernement d'un pays, en particulier leurs ministères des Finances et de la Santé.

Le désir de maintenir et de mettre à l'échelle les succès du FBR a fait que plusieurs gouvernements commencent à financer le FBR à l'aide de leur budget ordinaire. Un exemple de ceci vient du programme de FBP du Zimbabwe,

qui a apporté des changements notables dans la manière dont les services de santé sont fournis et utilisés par les 3,5 millions de personnes qu'il couvre. En seulement dix mois, la couverture des accouchements en institution est passée de 50 à 75 pour cent et les vaccinations ont presque doublé. Les indicateurs de qualité des soins ont également augmenté et ils continuent de suivre une tendance positive. Des gains d'efficacité ont également été réalisés. Le nombre d'accouchements « normaux » dans les centres de santé a augmenté et il a diminué dans les hôpitaux secondaires [6]. Sur la base des résultats positifs du projet pilote, le gouvernement prévoit continuer la mise à l'échelle du FBR avec un financement du HRITF et il continuera à cofinancer un ensemble de services. Récemment, il a créé une ligne budgétaire dans le budget pour financer le FBR et il pourrait engager jusqu'à cinq millions de dollars jusqu'en octobre 2015. Le gouvernement a également entamé des discussions avec d'autres donateurs, comme l'UNICEF et le GFTAM, pour qu'ils apportent leur soutien aux efforts de la mise à l'échelle.

Le fonds fiduciaire soutient non seulement la conception et la mise en œuvre de programmes de FBR dans les pays à revenu faible ou intermédiaire de la tranche inférieure, mais il joue également un rôle essentiel dans l'apprentissage du FBR. Le HRITF joue d'abord ce rôle pour les nouveaux pays qui prennent en considération la pertinence du FBR. En effet, ces pays ont bénéficié de subventions pour les connaissances et l'apprentissage - qui fournissent des fonds pour soutenir le dialogue technique et l'apprentissage sur le FBR grâce aux voyages d'étude aux projets de FBR dans d'autres pays, des études de faisabilité et des ateliers techniques de FBR pour les décideurs et les parties prenantes, par exemple. Cela permet aux décideurs de prendre une décision éclairée quant à savoir si le FBR est une approche appropriée à piloter dans leur pays. Pour les pays qui ont décidé de piloter le FBR, le HRITF garantit qu'une évaluation d'impact rigoureuse soit intégrée dans chaque programme pilote. Ces évaluations mesureront l'efficacité de l'approche dans le pays.

Le HRITF encourage également l'apprentissage des expériences réussies (et infructueuses) du FBR du monde entier, en fournissant un soutien financier aux efforts d'évaluation des programmes de FBR dans les pays à revenu intermédiaire. Les preuves récentes du programme innovant de FBR de l'Argentine, le Plan Nacer, représentent un exemple typique : il donne accès à un ensemble explicite de services de santé maternelle et infantile à deux millions de femmes enceintes à faible revenu, de mères et d'enfants de moins de 6 ans qui manquent de couverture sanitaire formelle. Les résultats de l'évaluation d'impact (EI) du Plan Nacer, financée en partie par le HRITF, montrent que les poids à la naissance se sont améliorés et que la mortalité néonatale a diminué. Par exemple, l'intégration des cliniques dans Plan Nacer a réduit de 23% la probabilité des bénéficiaires d'avoir des nouveau-nés présentant une insuffisance pondérale. Les registres de naissance des plus grandes maternités montrent que le Plan Nacer a réduit la probabilité de décès néonataux à l'hôpital de 74% pour les bénéficiaires du Plan. De meilleurs services de consultations prénatales, qui ont empêché une insuffisance pondérale à la naissance, et de meilleurs services de consultations postnatales, ont contribué à la réduction de la mortalité néonatale. On a observé une augmentation au niveau de l'utilisation et de la qualité des services de consultation prénatale, qui a été mesurée par le nombre de visites aux services de consultation prénatale et la probabilité de recevoir un vaccin contre le tétanos [7].

Le HRITF soutient également l'apprentissage mondial grâce à une variété d'événements de partage de connaissances et de leçons apprises. Par exemple, la formation annuelle sur les résultats du FBR et les EI rassemble les pays qui mettent en œuvre le FBR pour partager les leçons apprises et discuter des défis auxquels ils pourraient être confrontés dans la mise en œuvre du FBR et de leurs EI correspondants. Le prochain atelier se tiendra en Argentine en mars 2014 et permettra aux participants de déterminer comment un programme de FBR peut fonctionner dans un système de santé plus complexe. Ces ateliers permettent aux équipes nationales d'examiner les données et les preuves disponibles du FBR et de réfléchir aux solutions possibles pour améliorer davantage la mise en œuvre, l'évaluation et les résultats du FBR. L'atelier présente également l'occasion pour les pays qui sont aux premières phases de la mise en œuvre d'apprendre des leçons des autres en ce qui concerne le FBR ou la conception de l'EI provenant des pays qui sont plus avancés dans le processus. Ces leçons peuvent aider ces nouveaux pays à déterminer ce qui pourrait convenir à leur contexte.

Conclusion

Ce document met l'accent sur les multiples opportunités qui sont disponibles pour les gouvernements et les partenaires du développement, pour soutenir le FBR aux niveaux national et mondial, et il examine les avantages et les inconvénients de chaque opportunité. Pour les partenaires du développement ayant des intérêts stratégiques, l'achat d'indicateurs ou de services spécifiques - comme au Rwanda - pourrait être le moyen le plus approprié de soutenir le FBR dans un comté. D'autres partenaires du développement pourraient être intéressés à soutenir le FBR dans une zone géographique spécifique à l'aide de différents mécanismes financiers, comme le fonds de financement commun du Bénin, l'arrangement de mutualisation virtuelle du Burundi ou le fonds fiduciaire du Sénégal. Le financement de l'assistance technique et le soutien à la conception et la mise en œuvre du FBR, comme au Tadjikistan et en Haïti, constitue une autre option pour les partenaires du développement de soutenir conjointement le FBR. Finalement, les partenaires du développement peuvent soutenir le FBR à l'échelle mondiale grâce au HRITF de la Banque mondiale. Toutes ces options peuvent contribuer à la mise à l'échelle et le soutien des programmes de FBR – des programmes qui ont le potentiel d'améliorer les résultats de santé et de promouvoir des changements positifs au sein d'un système de santé existant.

[1] Les auteurs tiennent à remercier Alain-Desire Karibwami, Cedric Ndizeye, Christophe Lemiere, Gyorgy Fritsche, Mirja Sjoblom, Moulay Driss Zine Eddine El Idrissi, Ronald Upenyu Mutasa, Sunil Rajkumar, et Wezi Marianne Msisha pour leurs précieuses contributions sur les différentes expériences.

[2] 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," ("Effet du paiement aux prestataires de services de santé primaires pour la performance sur les services de santé maternelle et infantile au Rwanda : une évaluation d'impact.") *The Lancet*, Vol 377, pp. 1421-28.

[3] De Walque, D. et al 2013 "Utilisation des incitations à la performance des prestataires pour accroître les services de dépistage et de conseil du VIH au Rwanda." ("Utilisation des incitations à la performance par les prestataires de services pour accroître les services de conseil et de dépistage du VIH au Rwanda.") *Impact Evaluation Series No. 84. World Bank Policy and Research Working Paper 6364.*

[4] Gertler, P. and Vermeersch C. 2012 "Using Performance Incentives to Improve Health Outcomes" ("Utilisation des incitations à la performance pour améliorer les résultats de santé") *World Bank Policy Research Working Paper No. 6100*

[5] De Walque, D. et al 2013 "Using Provider Performance Incentives to Increase HIV Testing and Counseling Services in Rwanda." ("Utilisation des incitations à la performance par les prestataires de services pour accroître les services de conseil et de dépistage du VIH au Rwanda.") *Impact Evaluation Series No. 84. World Bank Policy and Research Working Paper 6364.*

[6] Health Results Innovation Trust Fund. 2013. "Utiliser le financement axé sur les résultats pour assurer la santé maternelle et infantile". ("Utilisation du financement basé sur les résultats pour réaliser le rapport d'avancement sur la santé maternelle et infantile.")

[7] Gertler, P. et al. «Le Plan Nacer de l'Argentine: Permettre un départ sain aux bébés nés dans la pauvreté " (Permettre un bon départ pour les bébés nés dans la pauvreté)" [http://www.rbhealth.org/system/files/event doc/Plan%20Nacer%20Gertler%2 ...](http://www.rbhealth.org/system/files/event_doc/Plan%20Nacer%20Gertler%20...)