

Mobiliser des ressources pour la vaccination dans les systèmes de santé décentralisés : Une revue documentaire des expériences des pays membres du LNCT

Actualisé en Septembre 2021

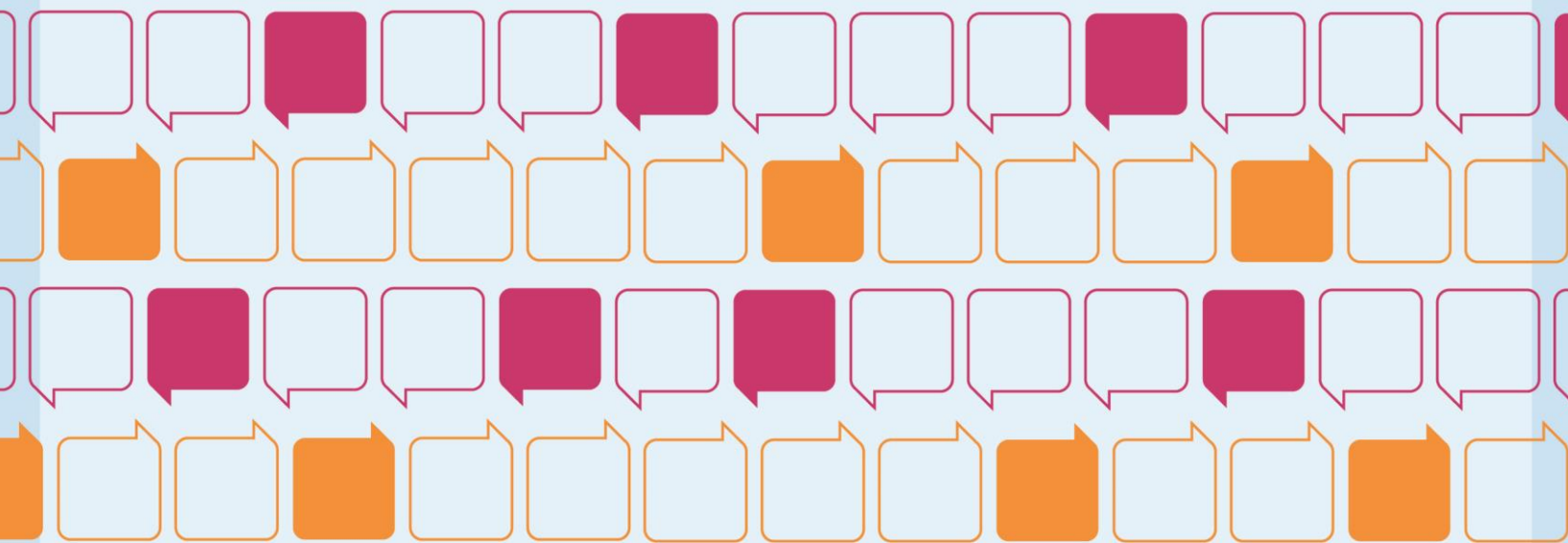


Table des matières

Introduction	3
Définition de la décentralisation	4
Décentralisation et vaccination	6
Rôles et responsabilités des gouvernements nationaux et infranationaux	6
Responsabilités pour les principales fonctions de vaccination dans les pays membres du LNCT sélectionnés	8
Répartition du financement de la vaccination au niveau national	11
Répartition du financement de la vaccination au niveau infranational	14
Décaissement et goulots d'étranglement du financement de la vaccination	19
Conclusions	21
Annexe 1.1 : Études de cas de pays	24
Annexe 1.2 : Les défis nationaux	31

Introduction

Le Learning Network for Countries in Transition (LNCT) est un réseau dirigé par les pays et dédié à l'apprentissage entre pairs qui aide les pays à passer du soutien de Gavi à un financement national intégral de leurs programmes nationaux de vaccination (PNV). À mesure que le soutien de Gavi diminue et que les pays assument une part plus importante du financement de la vaccination, ils doivent mobiliser non seulement le financement nécessaire pour les vaccins, mais également le financement des coûts opérationnels critiques, y compris la chaîne du froid et la logistique, la prestation de services, la promotion de la santé, etc. Dans les pays dotés de systèmes de santé décentralisés, la responsabilité de ces fonctions (et du financement nécessaire) incombe non seulement aux autorités centrales, mais également aux autorités infranationales. Mobiliser des ressources adéquates et promouvoir l'efficacité des dépenses pour maintenir une couverture vaccinale élevée est une priorité essentielle pour de nombreux pays membres du LNCT.

Les pays adoptent la décentralisation sous différentes formes (définies ci-dessous) et pour diverses raisons, notamment pour accroître la réactivité aux conditions et aux besoins locaux, pour permettre une plus grande représentation politique de divers groupes et pour atténuer les goulots d'étranglement en matière de prise de décisions. La décentralisation est rarement initiée dans le secteur de la santé, et encore moins entreprise dans le seul secteur de la santé. Souvent, la forme de décentralisation ne tient pas compte de l'impact sur le système de santé, encore moins de l'impact sur un programme de santé.

Dans les systèmes de santé décentralisés, l'autorité décisionnelle et la responsabilité des fonctions essentielles du programme de vaccination peuvent résider au niveau infranational ou être partagées entre les niveaux national et infranational. Par exemple, le niveau central peut être responsable de la fourniture des vaccins aux bureaux de district, mais il s'appuie ensuite sur le personnel du district et de l'établissement pour assurer la distribution aux points de prestation de services. De même, le niveau central peut élaborer des formations pour les professionnels de santé et former les formateurs au niveau régional, mais des budgets de district sont nécessaires pour dispenser cette formation aux professionnels de santé. Historiquement, le soutien externe à la mobilisation de ressources est axé sur les budgets nationaux. Il est important que les gestionnaires des programmes nationaux de vaccination (PNV) comprennent les processus d'allocation et de décaissement des fonds, ainsi que les goulots d'étranglement, afin de pouvoir identifier les opportunités d'amélioration de la disponibilité des financements. Ce mémoire vise les objectifs suivants :

Messages clés

- Dans les systèmes de santé décentralisés, l'autorité décisionnelle et la responsabilité des fonctions essentielles du programme de vaccination peuvent résider au niveau infranational ou être partagées entre les niveaux national et infranational.
- Les gestionnaires des programmes nationaux de vaccination doivent comprendre les processus d'allocation et de décaissement des fonds, ainsi que les goulots d'étranglement, afin de pouvoir identifier les opportunités d'amélioration de la disponibilité des financements au niveau infranational.
- Les pays disposant de systèmes décentralisés sont confrontés à des défis communs qui entravent le déploiement des programmes de vaccination, notamment la coordination entre les niveaux national et infranational, la capacité de gestion et de budgétisation et le financement des fonctions clés de la vaccination.
- Les stratégies prometteuses pour relever ces défis comprennent le développement de systèmes efficaces de formation, de communication et de coordination à tous les niveaux administratifs, le renforcement des capacités de gestion des programmes au niveau infranational, le suivi des dépenses de vaccination au niveau infranational et le soutien des gestionnaires des programmes de vaccination au niveau infranational en matière de plaidoyer en faveur d'une augmentation du financement.

- Mettre en évidence les défis communs liés à la mobilisation de ressources dans les pays membres du LNCT dotés de systèmes de santé décentralisés ;
- Présenter des exemples d'approches que les pays membres du LNCT et d'autres PRFI ont adoptées pour relever ces défis ; et,
- Identifier les stratégies que le personnel du programme de vaccination aux niveaux national et infranational peut appliquer pour augmenter et plaider en faveur de la disponibilité de ressources pour la vaccination.

Définition de la décentralisation

La décentralisation peut revêtir différentes formes. Il existe quatre types de décentralisation communément définis : politique, administrative, fiscale et de marché. Pour ce mémoire, nous mettrons l'accent sur les trois premiers types ci-dessous.

- La *décentralisation politique* est le transfert du pouvoir d'élaboration des politiques aux citoyens ou à leurs représentants élus. Elle est souvent associée au transfert de plus d'influence dans la formulation et la mise en œuvre des politiques par un gouvernement à ses citoyens.
- La *décentralisation administrative* est le transfert de responsabilité et de ressources financières pour la fourniture de services publics, tels que les services de santé, entre différents niveaux de gouvernement ou institutions. Il existe trois types de décentralisation administrative, chacun défini par le type d'entité à laquelle est transférée la responsabilité de la planification, du financement et de la gestion de ces services publics.
 - La *déconcentration*, souvent considérée comme la forme de décentralisation la plus faible, transfère les responsabilités des fonctionnaires du gouvernement central à ceux qui travaillent au niveau infranational, par exemple du ministère de la Santé au personnel du ministère travaillant dans les bureaux de santé provinciaux, régionaux ou de district, sous la supervision du ministère central.
 - La *délégation* est une forme de décentralisation plus poussée. Par le biais de la délégation, les gouvernements centraux transfèrent la responsabilité de la prise de décisions et de l'administration des fonctions publiques à des organisations semi-autonomes qui ne sont pas entièrement contrôlées par le gouvernement central, mais qui lui sont finalement rattachées, telles que les associations d'hôpitaux.
 - La *déconcentration des pouvoirs* est le transfert du pouvoir décisionnel et des responsabilités en matière de finances et de gestion des services publics aux gouvernements infranationaux qui ont des limites géographiques claires et légalement reconnues, sur lesquelles ils exercent une autorité et au sein desquelles ils exercent des fonctions publiques. Ce type de décentralisation administrative est souvent associé à la décentralisation politique.
- La *décentralisation fiscale* est le transfert du pouvoir décisionnel concernant les dépenses des gouvernements nationaux aux gouvernements infranationaux. La décentralisation fiscale peut inclure

DÉFIS COURANTS LIÉS À LA DÉCENTRALISATION

- Perte d'efficacité ou d'économies d'échelle lorsque des fonctions, telles que celle de la passation des marchés, sont transférées aux gouvernements infranationaux
- Faible capacité administrative ou technique aux niveaux inférieurs
- Transfert de responsabilités administratives sans ressources adéquates pour une exécution efficace
- Répartition inéquitable des ressources
- Difficulté à coordonner la mise en œuvre des politiques nationales dans les entités infranationales
- Confiance et coordination avec le secteur privé sans transfert aux niveaux locaux

l'autorisation de lever des recettes locales, ainsi que des transferts du niveau central aux gouvernements infranationaux. La responsabilité financière est un élément central de la décentralisation. Pour que les autorités locales et les organisations privées s'acquittent efficacement de leurs fonctions décentralisées, elles doivent disposer d'un niveau adéquat de revenus (collectés localement ou transférés par le gouvernement central) ainsi que le pouvoir de prendre des décisions concernant les dépenses.¹

Bien que ces définitions semblent simples, la décentralisation est un processus complexe – l'alignement de diverses lois, réglementations et pratiques, relevant de plusieurs autorités gouvernementales, peut nécessiter de nombreuses années. Les détails formels de la décentralisation politique, administrative et fiscale pourraient ne pas être bien alignés, et, de ce fait, les élus locaux peuvent disposer d'une autonomie fiscale insuffisante, en vertu de la loi ou dans la pratique, pour endosser leurs responsabilités. Aux fins de l'administration des services publics, les expériences en matière de décentralisation s'inscrivent rarement dans une définition précise des termes « déconcentré » ou « délégué ». Les responsables infranationaux de la santé peuvent être chargés du financement et de la sélection des professionnels de santé supplémentaires, et ce, dans le respect des réglementations nationales de la fonction publique. De plus, les politiques de décentralisation « sur papier » pourraient ne pas refléter la réalité de leur mise en œuvre en raison des capacités limitées des gouvernements infranationaux ou de la réticence du niveau central à transférer le pouvoir aux niveaux inférieurs.

Deux pays membres du LNCT illustrent la complexité de la décentralisation dans la pratique. *L'Indonésie* est fortement décentralisée grâce à un processus qui a commencé en 2001, les districts devenant le niveau administratif clé chargé de fournir la plupart des services gouvernementaux, y compris les services de santé. Les chefs de province et de district sont élus lors d'élections multipartites. Les provinces sont responsables des hôpitaux de niveau provincial, mais n'ont aucune autorité hiérarchique sur les districts, car elles n'assurent qu'un rôle de coordination.² Les districts disposent d'une autonomie importante en ce qui concerne le budget, y compris sa taille et sa composition, même si une grande partie de leur budget provient de transferts intergouvernementaux.³ En ce qui concerne la vaccination, les districts sont entièrement responsables de la mise en œuvre et doivent également cofinancer les éléments clés du programme.⁴ Pour compléter le sous-financement de la santé et d'autres secteurs sociaux, de nouveaux flux de financements réservés ont été créés. Il existe des mécanismes de discussion publique des priorités gouvernementales au niveau du district, du sous-district et du village, mais l'ampleur de l'influence des citoyens sur les décisions budgétaires n'est pas convenablement documentée.

Comparativement, le *Ghana* s'est engagé en faveur d'un gouvernement décentralisé par le biais de sa constitution de 1992. Les assemblées de districts sont les points focaux des services publics, mais alors qu'ils ont autorité sur certains secteurs, d'autres secteurs, notamment celui de la santé, restent sous l'autorité du gouvernement central. Fonctionnant sous l'égide du ministère de la Santé, le Ghana Health Service (GHS) est responsable de la prestation des services et gère les directions régionales et de district des services de santé qui disposent de l'autorité en matière de gestion et de finances. Bien que le financement de la santé passe principalement par le ministère de la Santé au niveau infranational, le secteur de la santé reçoit également des fonds par le biais des assemblées de districts. Bien que le GHS ait déconcentré certaines responsabilités vers les bureaux infranationaux, il émet également des directives autoritaires qui sapent leur autonomie. Pour faire avancer le processus de décentralisation, la Local Government Act (loi sur la

¹ Équipe thématique pour la décentralisation de la Banque mondiale. (n.d.). Différentes formes de décentralisation. Qu'est-ce que la décentralisation ? http://www.ciesin.columbia.edu/decentralization/English/General/Different_forms.html

² Hatt, L., Cico, A., Chee, G., et al. (Décembre 2015). Examen analytique et évaluation rapides du système de santé Opportunités et lacunes en Indonésie. Health Finance and Governance Project, Abt Associates Inc. <https://www.hfgproject.org/rapid-analytical-review-assessment-health-system-opportunities-gaps-indonesia/>

³ Couttolenc, B.F. (2012). Décentralisation et gouvernance dans le secteur de la santé au Ghana. La Banque Mondiale.

<https://openknowledge.worldbank.org/bitstream/handle/10986/9376/702740PUB0EPI007902B009780821395899.pdf?sequence=1>

⁴ Coe, M., Gergen, J., Mallow, M., et al. (Octobre 2017). Analyse du paysage : Financement durable de la vaccination en Asie-Pacifique. ThinkWell. <https://thinkwell.global/wp-content/uploads/2018/09/Immunization-Financing-Landscape-081618.pdf>

gouvernance locale) a été adoptée en 2016, mais une législation connexe visant à détailler la décentralisation des responsabilités du secteur de la santé a été introduite comme projet de loi.

Décentralisation et vaccination

Les preuves de l'impact de la décentralisation sur la couverture vaccinale dans les pays sont limitées, mais les conclusions disponibles entraînent des résultats mitigés.

- Une étude menée en 2013⁵ dans l'État de Kerala en *Inde* a conclu que la décentralisation au sein de l'État a permis d'améliorer l'accès à la vaccination et d'augmenter la couverture vaccinale contre la diphtérie, la coqueluche et le tétanos (DTC) grâce à l'amélioration des infrastructures (y compris les établissements et les équipements) dans les établissements de santé et une meilleure responsabilisation dans le système de santé publique.
- Une étude de 2014⁶ en *Indonésie* a conclu que la décentralisation fiscale n'a pas d'association statistiquement significative avec les résultats de la vaccination des enfants sur dix ans depuis la décentralisation. Les auteurs concluent que la décentralisation en Indonésie a échoué en ce qui concerne son objectif d'améliorer les résultats de la vaccination des enfants en raison des capacités locales limitées en matière de planification, d'élaboration et d'exécution du budget.
- Des enquêtes⁷ menées en *Papouasie-Nouvelle-Guinée* ont révélé une baisse potentielle de la couverture vaccinale du Bacille Calmette-Guérin (BCG) et du DTC1 chez les enfants de moins d'un an entre 1995 et 2005, lors de la mise en place d'une décentralisation substantielle.

Bon nombre des défis communs en matière de gestion dans un contexte décentralisé sont particulièrement exacerbés pour les programmes de vaccination. Le transfert de la responsabilité de l'approvisionnement en vaccins aux gouvernements infranationaux a conduit à des ruptures de stock de vaccins en raison de la faible capacité d'approvisionnement aux niveaux inférieurs. Les variations en termes de capacité de mobilisation des ressources locales et d'attraction des ressources humaines au niveau infranational perpétuent les disparités en matière de couverture vaccinale. Les problèmes de coordination entre les niveaux national et infranational peuvent perturber les activités essentielles indispensables à la solidité d'un programme, y compris la logistique et la chaîne d'approvisionnement, la formation ou la promotion de la demande.

Rôles et responsabilités des gouvernements nationaux et infranationaux

Lors de la répartition des responsabilités en matière de santé entre les gouvernements nationaux et infranationaux dans des contextes décentralisés, certaines fonctions doivent clairement incomber au niveau national ou infranational. L'orientation programmatique s'intègre bien au niveau national, ce qui peut mener à une expertise technique concentrée. L'OMS note que la responsabilité d'élaborer des politiques et des réglementations nationales, d'assurer le développement des capacités infranationales et de coordonner les questions financières telles que le soutien des donateurs, les engagements financiers pour des efforts spéciaux et les postes budgétaires pour les vaccins devrait également incomber au niveau national.⁸ L'approvisionnement en vaccins est presque toujours centralisé, car une expertise spécialisée en matière d'approvisionnement est nécessaire et il est possible de réaliser des économies via l'approvisionnement avec des volumes plus importants. D'autre part, la prestation des soins de santé primaires incombe généralement aux gouvernements infranationaux, qui peuvent être plus aptes à répondre aux besoins locaux, tout en restant soumis aux normes et directives nationales. Cependant, d'autres fonctions, telles que le renforcement des capacités, la collecte de données et la logistique, peuvent être plus difficiles à mettre en place et

⁵ Rajesh, K., & Thomas, M. B. (2012). Décentralisation et interventions dans le secteur de la santé. *Journal of Health Management*, 14(4), 417–433. <https://doi.org/10.1177/0972063412468973>

⁶ Maharani, A., & Tampubolon, G. (2014). La décentralisation a-t-elle affecté le statut vaccinal des enfants en Indonésie ? *Global Health Action*, 7(1), 24913. <https://doi.org/10.3402/gha.v7.24913>

⁷ Toikilik, S., Tuges, G., & Lagani, J., et al. (2010). Les populations difficiles d'accès sont-elles desservies par des services de vaccination ? Conclusions de l'enquête sur la couverture vaccinale nationale en Papouasie-Nouvelle-Guinée en 2005. *Vaccine*, 28(29), 4673–4679. <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2010.04.063>

⁸ Banque mondiale. (n.d.). Quoi, pourquoi, et où. La décentralisation et les économies régionales et infranationales. <http://www1.worldbank.org/publicsector/decentralization/what.htm>

dépendre finalement des contextes nationaux et d'un compromis entre la création d'économies d'échelle et la nécessité d'une gestion locale fondée sur des informations locales.⁹ Il existe également une certaine tension entre le souhait de donner aux gouvernements infranationaux la flexibilité de poursuivre leurs objectifs locaux et l'adoption d'une gestion budgétaire prudente.¹⁰

Dans les pays décentralisés membres du LNCT, le programme national de vaccination conserve généralement le contrôle des fonctions suivantes : la planification et la gestion sectorielles ; la réglementation ; les politiques opérationnelles et l'assistance technique ; l'approvisionnement en vaccins ; la surveillance et les rapports, y compris les systèmes d'information sur la santé et les stocks ; la formation en cours d'emploi ; et la recherche. Le PNV coordonne également le financement du gouvernement national et des donateurs externes pour ces fonctions, le financement des vaccins représentant une grande partie du budget national. Dans de nombreux pays, le financement des vaccins incombe exclusivement au gouvernement central, bien que le *Kenya* et le *Pakistan* soient des exceptions notables. Le gouvernement infranational est généralement responsable de l'administration des soins de santé primaires, y compris la prestation des services de vaccination. D'autres fonctions, telles que la gestion et la formation des ressources humaines, la supervision, les rapports et la logistique, sont souvent réparties entre les niveaux national et infranational ou ne sont pas clairement attribuées. Le programme national de vaccination peut développer les programmes de formation nécessaires, mais il peut s'appuyer sur les gouvernements infranationaux pour dispenser la formation. De même, le programme national peut fournir des vaccins au niveau régional ou du district, mais un financement infranational est nécessaire pour la fourniture de vaccins aux districts et aux établissements de santé.

Les administrateurs de la santé infranationaux pourraient ne pas être directement responsables devant le ministère national de la Santé, mais plutôt relever des responsables locaux qui, à leur tour, relèvent des ministères du gouvernement local ou des ministères de la Planification. En conséquence, le PNV peut avoir peu de visibilité et de contrôle sur les programmes et budgets de vaccination au niveau infranational et doit plutôt collaborer avec ces agences pour fournir des conseils et une assistance. Les organes de coordination et de délibération, tels que le Comité interagence de coordination pour la vaccination (CCI) et le Groupe consultatif technique national pour la vaccination (GTCV) pour les conseils et l'assistance techniques, les comités nationaux et infranationaux de la santé pour la collecte des contributions politiques, ou les Centers for Disease Control régionaux pour la coordination technique et la coordination de la planification, peuvent jouer un rôle important dans la diffusion du soutien et des informations du niveau national au niveau infranational et vice versa.

⁹ Shah, A. (Janvier 1994). La réforme des relations fiscales intergouvernementales dans les économies de marché en développement et émergentes. Banque mondiale. <https://documents.worldbank.org/en/publication/documents-reports/documentdetail/158321468740153413/the-reform-of-intergovernmental-fiscal-relations-in-developing-and-emerging-market-economies>

¹⁰ Pivodic, F. & Piatti, M. (2 septembre 2021). Vers une meilleure gestion des finances publiques pour la santé. Blogs de la Banque mondiale : Investir dans la santé. <https://blogs.worldbank.org/health/towards-better-public-financial-management-health>

Responsabilités pour les principales fonctions de vaccination dans les pays membres du LNCT sélectionnés

Fonctions sélectionnées	 Kenya	 Laos	 Pakistan
Conseils techniques	Les directives du programme de vaccination sont transmises aux États par le CCI national pour la vaccination, qui est supervisé par le Comité de coordination du secteur de la santé, tandis que le GTCV et le Comité consultatif national pour la sécurité des vaccins fournissent des directives basées sur des preuves nationales et mondiales.	Les directives du programme de vaccination sont fournies par le ministère de la Santé national aux provinces, avec le soutien du CCI pour la vaccination et du GTCV. Pendant la budgétisation, le MS fournit des conseils de microplanification aux provinces.	Les directives du programme de vaccination sont fournies par le ministère de la Santé national aux provinces, avec le soutien du CCI pour la vaccination et du GTCV.
Réglementation et supervision	Le niveau national est responsable de la réglementation politique et de la supervision. La surveillance de la prestation des services de santé incombe aux pays.	Le gouvernement national est responsable de la réglementation de la vaccination. Une loi nationale sur la vaccination décrit le programme de vaccination à tous les niveaux de gouvernement et détermine la relation du PNV avec les autres secteurs.	Le gouvernement fédéral est responsable de la surveillance et de la réglementation, mais les gouvernements provinciaux sont chargés de l'élaboration des lois sur la santé.
Planification et direction	La gouvernance politique au niveau national est gérée par le Comité parlementaire sur la santé. Au niveau du comté, les conseils politiques sont fournis par les comités du comté sur la santé, présidés par les membres du comité exécutif du comté sur la santé, mais en réalité, bon nombre de ceux-ci ne sont pas fonctionnels. Les forums des parties prenantes de la santé des comtés et des sous-comtés et les forums communautaires sur la santé fournissent une orientation supplémentaire aux niveaux inférieurs.	Les gouvernements provinciaux sont responsables de la direction et de l'organisation des activités de la province en matière de santé, tandis que le ministère de la Santé est responsable du développement et de la planification du secteur dans son ensemble.	Les gouvernements provinciaux sont responsables de l'élaboration des politiques de santé, mais aussi de la planification et de la mise en œuvre des programmes de santé.
Ressources humaines et renforcement des capacités	Au niveau national, le Conseil consultatif sur les ressources humaines pour la santé et l'Autorité de surveillance des professionnels de la santé du Kenya donnent des conseils sur les politiques, les normes et les critères en ce qui concerne les ressources humaines pour la santé. Les comtés et sous-comtés sont responsables de la dotation en personnel, de la formation et de la supervision, mais le niveau national prend en charge le renforcement des capacités.	Le personnel de santé salarié est recruté par le ministère national de la Santé après plusieurs examens et réparti dans les provinces, mais le financement de ces postes est limité. Le personnel peut également être recruté par le biais des établissements de santé en tant que travailleurs contractuels plutôt que salariés. Le PNV effectue des visites de contrôle et de supervision dans les provinces et les districts deux fois par an.	Les provinces sont responsables des ressources humaines, de la supervision et du renforcement des capacités.
Gestion de l'approvisionnement et des stocks	Le gouvernement national est responsable de l'approvisionnement en vaccins, tandis que les comtés sont responsables de l'approvisionnement en fournitures de vaccination. Les pays sont aussi chargés de la distribution des vaccins et de la gestion de la chaîne du froid.	L'approvisionnement en vaccins est centralisé avec le PNV. Le PNV effectue un examen mensuel des stocks de vaccins aux niveaux provincial et des districts par le biais d'un système d'information sur les approvisionnements en vaccin et la gestion des stocks de vaccins, les provinces pouvant demander des vaccins au PNV en cas de rupture de stock. Les budgets d'approvisionnement et d'équipement sont gérés par le bureau du Trésor provincial ou de district, auquel les établissements soumettent les bons de commande.	L'approvisionnement en vaccins est financé par les provinces, mais il est regroupé au niveau central. Les autres achats sont décentralisés vers les provinces.
Systèmes de données et d'information	Le niveau national est responsable du suivi et de l'évaluation et, depuis 2017, les comtés communiquent les données sur la vaccination principalement via un système papier. Les comtés communiquent les données financières via un	Les provinces déclarent désormais les données sur la vaccination uniquement au DHIS-2 (après avoir déclaré séparément les données sur la vaccination via un système sur Excel). Les provinces déclarent également les informations via	Les provinces sont en grande partie responsables de la collecte des données, ce qui conduit à de nombreux systèmes différents et parfois redondants. Le gouvernement fédéral gère un système d'information sur

	<p>système intégré d'information de la gestion financière, mais les rapports sont souvent de mauvaise qualité. Le niveau national vise à effectuer des examens trimestriels des données et un suivi auprès des comtés qui sont confrontés à des baisses de performances importantes.</p>	<p>un système d'information sur l'approvisionnement en vaccins et la gestion des stocks de vaccins, mais aussi un système de gestion financière. Le niveau national procède à des évaluations périodiques de la qualité des données dans les provinces et fournit des activités de renforcement des capacités aux provinces dont la qualité des données est médiocre.</p>	<p>la gestion de la logistique des vaccins, mais les provinces disposent aussi souvent de leurs propres systèmes d'information sur la logistique. Différents indicateurs de suivi des programmes de vaccination sont utilisés dans les provinces, bien que Gavi et d'autres partenaires soutiennent un effort visant à systématiser ces données.</p>
<p>Prestation de services de vaccination</p>	<p>Les comités de la santé des comtés sont responsables de la prestation des soins de santé, mais en réalité, bon nombre d'entre eux ne sont pas fonctionnels. La prestation est gérée par les équipes de gestion de la santé du comté et du sous-comté, mais peu d'équipes de sous-comté sont fonctionnelles.</p>	<p>Les infirmeries de district sont responsables de l'administration de la prestation des soins de santé primaires.</p>	<p>Les provinces sont responsables de la prestation des services dans tous les hôpitaux non fédéraux.</p>

Les défis communs auxquels les pays décentralisés membres du LNCT sont confrontés dans l'exercice de leurs fonctions de vaccination à chaque niveau de gouvernement sont les suivants :

- **Variations dans les capacités de gestion du programme infranational de vaccination** : Les gouvernements infranationaux manquent souvent de personnel spécialisé dans la vaccination et de capacités concentrées au niveau national, ce qui peut compliquer leurs activités adéquates de planification et de gestion des programmes de vaccination. Dans certains cas, ces problèmes peuvent être temporaires. Au *Vietnam*, la réorganisation consécutive à la décentralisation a conduit à une période de rotation élevée du personnel de vaccination à tous les niveaux, ce qui a nécessité une formation de remise à niveau du personnel.¹¹ Dans d'autres cas, certaines fonctions sont absentes de la structure des administrations sanitaires infranationales. Au *Kenya*, de nombreuses équipes de gestion opérant au niveau des districts n'ont pas reçu de formation complète ou ne sont pas fonctionnelles.¹² Au *Timor oriental*, des coordonnateurs du PNV doivent être intégrés aux gouvernements infranationaux après la transition.¹³ Le degré de nécessité d'une capacité de gestion spécifique à la vaccination au niveau infranational dépend du niveau d'intégration entre les services de vaccination et d'autres services de soins de santé primaires, mais aussi de l'existence ou non d'une gestion solide de la prestation des services de routine.
- **Répartition imprécise des responsabilités et lieux de responsabilité** : Lorsque les fonctions sont réparties entre les gouvernements infranationaux et nationaux ou qu'elles ne sont pas clairement attribuées, un certain désalignement peut être constaté. Lorsque les autorités nationales publient des révisions de politiques ou de protocoles qui doivent être distribuées aux professionnels de santé, elles peuvent s'appuyer sur les autorités infranationales pour former les professionnels de santé – une étroite coordination est nécessaire pour garantir que les autorités sanitaires infranationales sont prêtes à dispenser la formation, le cas échéant. Les programmes de vaccination infranationaux peuvent également avoir le sentiment d'être tiraillés entre la réponse aux autorités politiques infranationales et les directives programmatiques ou politiques nationales. Au *Vietnam*, les provinces s'en remettent au ministère de la Santé pour recevoir des conseils, mais elles relèvent également des responsables politiques et administratifs locaux et ne suivent pas toujours les directives du ministère de la Santé.¹⁴
- **Ressources inadéquates ou autorité inadéquate sur les ressources** : Les entités infranationales pourraient ne pas disposer de revenus suffisants ou de la discrétion budgétaire nécessaire pour s'acquitter efficacement de leurs nouvelles responsabilités. Les raisons à l'origine de ces pénuries de ressources sont examinées dans les deux sections suivantes.

Certaines des stratégies que les pays ont adoptées pour relever ces défis et s'assurer de l'exercice des responsabilités essentielles en matière de vaccination sont notamment les suivantes :

- **Garantir l'attribution claire des fonctions essentielles du programme au niveau approprié** : La quasi-totalité des pays membres du LNCT centralise ses processus d'approvisionnement en vaccins afin d'assurer des économies d'échelle et de simplifier les processus d'achat auprès de l'UNICEF ou des fabricants. Le *Pakistan* est revenu à un approvisionnement national mutualisé après une période où les achats étaient décentralisés vers les provinces afin d'assurer l'efficacité du processus d'achat.¹⁵ Le *Laos* centralise l'achat d'équipements et de fournitures au bureau du Trésor provincial ou de district, ce qui oblige les établissements à soumettre des bons de commande et peut entraîner

¹¹ Gavi. (2018). Rapport d'évaluation conjointe du Vietnam, 2018. <https://www.gavi.org/sites/default/files/document/joint-appraisal-vietnam-2018pdf.pdf>

¹² Ministère de la Santé publique et de l'Assainissement, Unité des vaccins et des services de vaccination. (Juin 2015). Plan pluriannuel complet pour la vaccination (PPAC) 2015-2019. https://www.who.int/immunization/programmes_systems/financing/countries/cmyp/Kenya_cmyp_2015-2019.pdf?ua=1

¹³ Gavi. (2017). Rapport d'évaluation conjointe du Timor oriental, 2017. <https://www.gavi.org/sites/default/files/document/joint-appraisal-timor-leste-2017pdf.pdf>

¹⁴ Rapport d'évaluation conjointe du Vietnam, 2018.

¹⁵ Gavi. (2019). Rapport d'évaluation conjointe du Pakistan, 2019. <https://www.gavi.org/sites/default/files/document/2020/Pakistan%20Joint%20Appraisal%202019.pdf>

des retards dans la réception des fournitures, mais crée des économies d'échelle par rapport aux commandes individuelles des établissements.¹⁶

- **Assurer la compatibilité du financement à la fonction** : Les pays doivent s'assurer que chaque niveau de gouvernement dispose de ressources suffisantes et d'une marge de manœuvre budgétaire pour mener à bien les fonctions de vaccination qui lui ont été assignées. Ce sujet sera abordé dans les deux prochaines sections.
- **Renforcer les capacités au niveau infranational en ce qui concerne la gestion des programmes de vaccination** : Certains pays, comme le *Timor Oriental*¹⁷, disposent d'un personnel dédié pour la vaccination, y compris un responsable de la vaccination, au niveau du district, bien que ces postes ne soient pas toujours pourvus. D'autres pays pourraient ne pas disposer d'un personnel dédié et la vaccination pourrait entrer en concurrence avec d'autres priorités. Il est communément admis que l'une des fonctions clés du ministère de la Santé national pendant la décentralisation est de fournir une formation, des conseils et une assistance aux gouvernements infranationaux pour renforcer leur capacité à assumer de nouvelles fonctions. Les pays peuvent également explorer des stratégies d'encouragement de l'apprentissage croisé entre les entités infranationales. *Le Joint Learning Network du Nigéria* est un exemple de cette stratégie de renforcement des capacités, bien qu'il soit davantage axé sur les soins de santé universels que sur la vaccination. *Boost community de Sabin* fournit une plate-forme aux professionnels de la vaccination à tous les niveaux pour le renforcement des compétences en leadership et en gestion de programmes de vaccination et le partage d'expériences avec leurs pairs d'autres pays.

Répartition du financement de la vaccination au niveau national

Les ressources financières pour la vaccination au niveau national proviennent principalement des recettes fiscales générales du gouvernement et du financement externe de donateurs tels que Gavi, les agences des Nations unies, les organisations non gouvernementales et les fondations, et des accords bilatéraux avec d'autres gouvernements.¹⁸ Un examen de 33 pays d'Afrique subsaharienne a révélé que la vaccination représente en moyenne 1,98 % des budgets de la santé du gouvernement, après exclusion des fonds des donateurs inscrits au budget.¹⁹ En règle générale, à mesure que les pays membres du LNCT approchent de la transition hors du soutien de Gavi, ils peuvent s'attendre à financer une part croissante de leurs programmes de vaccination par le biais de ressources domestiques. Cependant, les progrès d'un pays vers l'autofinancement n'adoptent souvent pas une trajectoire rectiligne, car la volatilité économique, les contributions de nouveaux donateurs ou les investissements importants de Gavi pour des efforts ponctuels tels que l'introduction de nouveaux vaccins ou l'amélioration de la chaîne du froid entraînent des fluctuations à court terme de la proportion financée par le gouvernement. Il arrive parfois que les recettes fiscales générales nationales puissent être complétées par d'autres sources de recettes nationales telles que des fonds fiduciaires pour la vaccination ou des taxes spécifiques destinées à financer certains programmes (communément appelées taxes de santé publique ou « impôt vexatoire »), mais celles-ci représentent généralement de très petites portions des recettes globales pour la vaccination.

La proportion du financement de la vaccination qui provient du niveau national varie d'un pays membre du LNCT à un autre et ne correspond pas nécessairement à la proportion dépensée au niveau national. Par exemple, au *Laos*, le niveau national doit couvrir la quasi-totalité des coûts de la vaccination de routine, y compris les vaccins, les fournitures, les salaires, les frais de transport, l'entretien, les frais généraux et la gestion du programme. Cependant, en ce qui concerne les dépenses de vaccinations, 60 % des dépenses de santé se font au niveau national tandis que les 40 % restants se font au niveau infranational. Les

¹⁶ Banque mondiale. (Décembre 2017). Gestion de la transition : Atteindre les populations vulnérables tout en s'efforçant de réaliser la couverture sanitaire universelle. Évaluation du système de financement de la santé au Laos. <http://documents1.worldbank.org/curated/en/861981512149155081/pdf/121809-REVISED-v2-HFSA-Main-report-FA-ully-report.pdf>

¹⁷ Rapport d'évaluation conjointe du Timor oriental, 2017.

¹⁸ Institut des mesures et évaluations de la santé. (Avril 2020). Financement de la santé mondiale. IHME Viz Hub. <https://vizhub.healthdata.org/fgh/>

¹⁹ Griffiths, U. K., Asman, J., & Adjagba, A. (2020). Postes budgétaires pour la vaccination dans 33 pays africains. *Politique en matière de santé et planification*, 35(7), 753–764. <https://doi.org/10.1093/heapol/czaa040>

contributions des provinces sont faibles et leur ampleur n'est pas bien comprise.²⁰ En *Indonésie*, le financement de la vaccination provient à 60 % du niveau national à 40 % du niveau infranational. Le niveau infranational est appelé à couvrir 20 % du coût des vaccins et des coûts opérationnels de la vaccination.²¹ Dans trois pays membres du LNCT où les informations sont accessibles au public, la proportion des recettes de la vaccination provenant du niveau national varie entre 70 % et 100 % pour les vaccins et les fournitures et entre 50 et 100 % pour les coûts opérationnels.²²

Le processus de budgétisation au niveau national commence généralement par la fixation d'un plafond budgétaire pour le secteur de la santé par le ministère des Finances ou le ministère de la Planification en fonction des recettes disponibles, des fonds des donateurs et des priorités du gouvernement. Le ministère de la Santé utilise ensuite ce plafond pour élaborer sa proposition de budget. En 2019, presque tous les pays membres du LNCT avaient inclus un poste dans leurs budgets pour les vaccins (le *Timor oriental* en était dépourvu, et *l'Angola* et *São Tomé-et-Príncipe* n'ont fait aucune déclaration à ce sujet).²³ Les pays membres du LNCT utilisent une variété de méthodes pour la budgétisation au niveau national, y compris la budgétisation axée sur les résultats, la budgétisation axée sur les programmes ou la budgétisation axée sur les allocations historiques.

Les deux postes de dépenses les plus importants au niveau national sont les vaccins et le personnel. Tous les pays membres du LNCT achètent des vaccins au niveau national, bien que certains pays exigent des contributions issues des budgets infranationaux. Un examen des PPAC dans les pays éligibles au soutien de Gavi entre 2008 et 2016 a révélé que les vaccins représentaient 51 % des coûts totaux moyens de la vaccination dans un pays.²⁴ Parmi les pays membres du LNCT déclarant leurs données à l'aide du JRF 2019, la proportion du financement public pour la vaccination de routine consacrée aux vaccins variait de 7 % à *São Tomé et Príncipe* à 100 % en *Arménie*, avec une moyenne de 68 %, bien qu'il soit difficile d'affirmer avec exactitude si certains pays ont inclus des dépenses infranationales.²⁵ Les budgets nationaux comprennent également certains coûts de formation, de supervision, de logistique, de mesure et d'évaluation, bien que la majorité des coûts opérationnels surviennent au niveau infranational.

Les plafonds budgétaires pour les fonds nationaux à allouer aux entités infranationales peuvent être déterminés par le ministère de la Santé ou un ministère qui supervise les activités du gouvernement infranational, comme un ministère de l'Intérieur. Les gouvernements nationaux allouent généralement des fonds aux entités infranationales en fonction des budgets historiques, des effectifs, de la population ou d'une formule d'équité susceptible de favoriser les zones ayant des indicateurs de santé plus faibles, par exemple. Les gouvernements infranationaux élaborent ensuite leurs propositions de budget et les soumettent au ministère de la Santé ou au ministère des Finances, qui les examine afin de s'assurer du respect des plafonds budgétaires et des directives, et les consolide en un budget unifié. L'étendue du rôle du PNV ou du ministère de la Santé dans ce processus est généralement déterminée par la manière dont la santé est budgétisée, mais ils peuvent soutenir les gouvernements infranationaux par l'intermédiaire d'activités telles que la transmission de conseils en matière de microplanification et de budgétisation (comme au *Laos*²⁶), l'examen ou la consolidation des propositions de budget (*Laos*²⁷, *Indonésie*²⁸, *Kenya*²⁹, *Pakistan*³⁰), ou la facilitation du processus d'approbation des plans de mise en œuvre avec des propositions de budget

²⁰ Banque mondiale, évaluation du système de financement de la santé au Laos.

²¹ Banque mondiale. (Octobre 2016). Évaluation du système de financement de la santé en Indonésie. <http://documents1.worldbank.org/curated/en/453091479269158106/pdf/110298-REVISED-PUBLIC-HFSA-Nov17-LowRes.pdf>

²² Banque mondiale, évaluation du système de financement de la santé au Laos, Banque mondiale, évaluation du système de financement de la santé en Indonésie ; Coe, M. et Gergen, J. (août 2017). Financement durable de la vaccination en Asie-Pacifique : Mémoire du Vietnam. ThinkWell. <https://thinkwell.global/wp-content/uploads/2018/09/Vietnam-Country-Brief-081618.pdf>

²³ Organisation mondiale de la Santé. (n.d.). Système de surveillance des maladies à prévention vaccinale de l'OMS. Résumé mondial 2020. Base de données de formulaires de rapport conjoint OMS/UNICEF. https://apps.who.int/immunization_monitoring/globalsummary/indicators

²⁴ Brenzel, L. (2015). Qu'avons-nous appris sur les coûts et le financement de la vaccination de routine grâce aux plans pluriannuels complets dans les pays éligibles au soutien de GAVI ? Vaccine, 33, A93–A98. <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2014.12.076>

²⁵ Base de données de formulaires de rapport conjoint OMS/UNICEF.

²⁶ Banque mondiale, évaluation du système de financement de la santé au Laos.

²⁷ Banque mondiale, évaluation du système de financement de la santé au Laos.

²⁸ Évaluation du système de financement de la santé en Indonésie.

²⁹ PPAC du Kenya pour la vaccination 2015-2019.

³⁰ Rapport d'évaluation conjointe du Pakistan, 2019.

estimées (*Inde*³¹), mais ils peuvent néanmoins avoir très peu d'implication directe. Le budget consolidé est ensuite approuvé par le Parlement avant ou après avoir été renvoyé au niveau infranational pour les derniers ajustements.

Dans cet aperçu généralisé des processus de budgétisation au niveau national, de nombreux pays peuvent présenter des variations importantes. Par exemple, en *Indonésie*, le ministère de la Santé recueille les propositions de plans de travail des provinces et des districts et soumet un projet de plan de travail pour la santé au ministère des Finances dans le cadre du processus de négociation des plafonds sectoriels.³² Au *Vietnam*, le financement de la vaccination est garanti par la législation nationale et les fonds pour la prestation des services de vaccination sont distribués aux provinces sous la forme d'une activité distincte dans le cadre des soins préventifs verticaux.³³ Au *Nigéria*, la majorité des fonds transférés aux États sont des subventions globales inconditionnelles, et les États ont une large marge de manœuvre pour utiliser les fonds comme ils le souhaitent.³⁴

Tous les pays membres du LNCT rencontrent des difficultés dès lors qu'ils doivent assurer une allocation de ressources suffisante pour la vaccination au niveau national en raison de la marge budgétaire disponible en quantité limitée. Dans les contextes décentralisés, certains de ces défis peuvent être exacerbés. Par exemple :

- **Dépenses inéquitables entre les zones géographiques** : Gavi considère la réalisation de l'équité en matière de couverture vaccinale comme un objectif important pour une transition réussie.³⁵ Dans les systèmes centralisés, les gouvernements nationaux jouent un rôle essentiel dans la répartition des ressources entre les zones géographiques pour promouvoir l'équité. La décentralisation permet aux gouvernements infranationaux de déterminer leurs propres priorités, ce qui amène souvent les États ou les provinces à allouer différents niveaux de soutien à la santé et à la vaccination. Dans certains cas, la méthode d'allocation des revenus aux niveaux infranationaux par le gouvernement national exacerbe les inégalités géographiques. Au *Vietnam*, comme dans de nombreux pays, jusqu'en 2017, la prestation des services de vaccination était un poste budgétaire du budget national qui était alloué aux provinces en fonction de la population sans tenir compte des différents besoins en raison des mises à niveau opérationnelles nécessaires ou de la charge de morbidité. Les provinces transféraient ensuite les fonds aux établissements en fonction du personnel existant. Par conséquent, le processus de budgétisation exacerbait les disparités existantes entre les provinces et les zones rurales/urbaines en matière de dépense.³⁶ Au *Nigéria*, 13 % de l'ensemble des recettes pétrolières sont reversés aux États producteurs de pétrole en fonction de leur contribution, tandis que le reste est réparti plus ou moins équitablement entre tous les États sans tenir compte de facteurs tels que le niveau de développement, la population ou la capacité fiscale. Par conséquent, la méthode de répartition des recettes pétrolières entre les États, qui pourrait servir à la promotion de l'équité, fournit davantage de financements aux États qui disposent déjà de beaucoup de ressources.³⁷
- **Attention politique davantage renforcée pour les vaccins que pour les autres dépenses nécessaires** : Étant donné que les vaccins constituent la base de la vaccination et que le gouvernement national est responsable de l'approvisionnement, l'attention politique de haut niveau a tendance à être davantage accordée aux vaccins qu'aux autres intrants nécessaires. Les pays membres du LNCT signalent généralement des insuffisances en matière de ressources humaines, de formation, de supervision, de gestion, de chaîne du froid et d'approvisionnement, de transport, de

³¹ Centre for Public Impact. (2017e-05). Le Programme de vaccination universelle en Inde. <https://www.centreforpublicimpact.org/case-study/universal-immunization-program-india/>

³² Évaluation du système de financement de la santé en Indonésie.

³³ Coe, M. et Gergen, J., mémoire du Vietnam.

³⁴ Banque mondiale. (Avril 2018). Évaluation du système de financement de la santé au Nigéria. <http://documents1.worldbank.org/curated/en/782821529683086336/pdf/127519-WP-PUBLIC-add-series-NigeriaHFSFINAL.pdf>

³⁵ Gavi. (2015). Politique de Gavi, L'alliance du vaccin pour l'éligibilité et la transition hors du soutien de Gavi version 3.0. <https://www.gavi.org/sites/default/files/document/gavi-eligibility-and-transition-policy.pdf>

³⁶ Rapport d'évaluation conjointe du Vietnam, 2018.

³⁷ Banque mondiale, évaluation du système de financement de la santé au Nigéria.

suivi et d'évaluation, qui relèvent souvent, au moins en partie, de la responsabilité du gouvernement national. Les gouvernements nationaux se tournent souvent vers les donateurs pour financer des activités/intrants importants tels que la formation, la promotion de la demande ou la chaîne du froid. Bien que la plupart des pays disposent d'un poste budgétaire pour les vaccins dans les budgets nationaux de la santé et qu'une attention particulière soit accordée à leur financement intégral, une attention plus réduite est accordée à l'adéquation des budgets en ce qui concerne les autres coûts opérationnels, qui proviennent des budgets nationaux et infranationaux.

Exemples de mesures prises par les pays pour améliorer l'allocation des fonds pour la vaccination au niveau national afin de soutenir plus efficacement les programmes de vaccination au niveau infranational :

- **Amélioration du processus d'allocation budgétaire au niveau infranational** : Le niveau national peut envisager de repenser sa formule d'allocation des plafonds budgétaires aux gouvernements infranationaux pour résoudre les problèmes d'équité ou d'allocations faites sur la base des allocations historiques plutôt qu'en fonction des besoins actuels, par exemple en accordant une part plus importante aux zones difficiles à atteindre. Au *Vietnam*, le gouvernement a délaissé les allocations basées sur la population en faveur de décisions d'allocation prises par un comité populaire provincial.³⁸
- **Plaidoyer en faveur des ressources pour la vaccination au niveau national** : Les responsables de la vaccination peuvent utiliser les informations dont ils disposent sur les besoins et les priorités infranationaux pour plaider en faveur d'une augmentation des ressources nationales dédiées aux programmes infranationaux, notamment en fournissant une formation et des conseils à leurs homologues des niveaux infranationaux. Au *Vietnam*, les dépenses des programmes de vaccination provinciaux sont suivies depuis 2013 grâce à un outil de Sabin destiné au suivi des flux de trésorerie. En 2014 et 2015, ces données ont été utilisées avec succès pour augmenter les dépenses provinciales et éviter les réductions budgétaires au niveau national.³⁹ Le ministère de la Santé doit également allouer des fonds suffisants pour couvrir toutes les responsabilités en matière de formation, de supervision et d'orientation qui lui sont assignées afin de fournir un soutien suffisant aux gouvernements infranationaux qui pourraient ne pas disposer des capacités suffisantes en termes de programmation de la vaccination et de gestion financière.

Répartition du financement de la vaccination au niveau infranational

Les recettes de la vaccination au niveau infranational proviennent de diverses sources et peuvent être partagées avec d'autres programmes dans une plus grande mesure qu'au niveau national. Les transferts depuis le niveau national représentent une grande partie des dépenses infranationales, mais la capacité du niveau infranational à budgétiser et à utiliser ces fonds à sa guise peut être limitée par des affectations ou d'autres imprévus qui affectent des fonds à des fins spécifiques, notamment les salaires du personnel, sur lesquels le niveau infranational a une autorité limitée. Dans certains pays, tels que la *Côte d'Ivoire*, *l'Inde*, *l'Indonésie*, *le Kenya*, *le Nigéria*, *le Pakistan*, et le *Vietnam*, les gouvernements infranationaux ont le pouvoir de lever leurs propres recettes fiscales pour la santé et la vaccination, bien qu'en pratique ce flux de revenus soit limité et ne soit disponible que pour la petite partie du pays disposant de centres urbains et ayant une activité commerciale active. Par exemple, au *Nigéria*, en moyenne 26 % des revenus de chaque État sont générés par l'État, mais dans quatre États, les revenus générés par l'État dépassent les transferts de la fédération, tandis que dans d'autres, ils sont presque négligeables.⁴⁰ Au *Kenya*, en moyenne 2 % des revenus de chaque comté sont générés par le comté, mais le Comté de Nairobi génère plus de 25 % de ses revenus et seulement cinq comtés (sur 47) représentent 56 % des revenus de l'ensemble des revenus.⁴¹ Une

³⁸ Rapport d'évaluation conjointe du Vietnam, 2018.

³⁹ Sabin Vaccine Institute. (Mars 2019). Une décennie de financement durable de la vaccination. https://www.sabin.org/sites/sabin.org/files/resources/a_decade_of_sustainable_immunization_financing.pdf

⁴⁰ Banque mondiale. (Avril 2018). Évaluation du système de financement de la santé au Nigéria.

⁴¹ Kimunge, James. (2020). Flux de recettes qui maximisent les revenus dans les comtés du Kenya. <https://doi.org/10.13140/RG.2.2.16189.00489>.

analyse de 19 États en *Inde* a révélé qu'en moyenne 47 % des revenus étaient générés par l'État, les revenus générés par l'État constituant la majorité des revenus dans 6 États et seulement 20 % dans trois États.⁴²

Des recettes sont également générées au niveau des établissements dans certains pays grâce aux frais d'utilisation et aux remboursements de l'assurance maladie nationale. Bien que les recettes ne proviennent pas des services de vaccination, qui sont gratuits, elles peuvent être affectées à des activités telles que l'entretien des installations, les salaires ou la sensibilisation, qui soutiennent les services de santé généraux, y compris la vaccination. Lorsque ces recettes existent, elles représentent souvent une portion substantielle du budget discrétionnaire des établissements. Bien que la vaccination ne soit généralement pas incluse dans les ensembles d'avantages sociaux de l'assurance maladie nationale dans les pays membres du LNCT, elle l'est en *Indonésie* et dans certains régimes en *Inde*. D'autres pays, tels que le *Ghana* et le *Vietnam*, envisagent d'inclure la vaccination dans les ensembles d'avantages sociaux de leur assurance maladie,⁴³ ce qui pourrait modifier la façon dont les recettes sont affectées à la vaccination. Enfin, les entités infranationales peuvent recevoir des financements externes directement auprès des donateurs.

Bien que cela ne soit pas toujours le cas, en règle générale, les gouvernements infranationaux recevront un plafond budgétaire et des directives du gouvernement national avant d'élaborer leurs budgets. Ils peuvent ensuite suivre un processus de budgétisation similaire à celui du niveau national : fixer des plafonds budgétaires sectoriels s'ils ne sont pas déjà établis au niveau national ; élaborer une proposition de budget basée sur des principes de budgétisation tels que la budgétisation basée sur les programmes ou les résultats ; affecter des fonds aux niveaux inférieurs en fonction du personnel existant, de l'allocation historique ou d'une autre formule d'allocation ; solliciter et consolider les budgets des niveaux inférieurs ; et soumettre à l'organe directeur infranational pour approbation. Leurs budgets sont ensuite soumis au gouvernement national pour consolidation et peuvent nécessiter quelques ajustements avant ou après leur approbation par le parlement national. Au cours de ce processus, le gouvernement infranational peut recevoir le soutien du PNV sous la forme de directives relatives à la microplanification et la budgétisation.

Les pouvoirs discrétionnaires dont les gouvernements infranationaux disposent sur leurs budgets varient considérablement d'un pays membre du LNCT à un autre. Dans certains pays, tels que *l'Inde*, le *Nigéria*, ou le *Timor oriental*, les gouvernements infranationaux ont une autorité suffisamment large pour allouer leurs enveloppes budgétaires finales comme ils le souhaitent. Dans d'autres pays, tels que *l'Indonésie*, le *Laos* ou le *Kenya*, certaines exigences stipulent qu'un pourcentage défini du budget doit être affecté à la santé (mais, en général, cette exigence ne précise pas quelle portion du budget de la santé doit être allouée à la vaccination) ou que les districts doivent répondre à certains indicateurs de rendement. Cependant, ces exigences ne sont pas toujours respectées. Au *Laos*, les provinces devraient consacrer 9 % de leur budget à la santé, mais elles sont également autorisées à réaffecter leur budget final entre les secteurs, à condition qu'elles respectent leur plafond global.⁴⁴ Dans la pratique, de nombreuses provinces ne respectent pas la directive.

Pour orienter le financement de la santé, certains pays ont créé des transferts réservés au niveau central ou des programmes nationaux axés sur les soins de santé primaires. En *Indonésie*, des fonds réservés sont utilisés pour garantir l'allocation de fonds suffisants à la santé, en particulier dans les zones disposant de peu de ressources locales.⁴⁵ En *Inde*, le Programme de vaccination universelle relève de la National Health Mission (et de ses subdivisions rurales et urbaines), qui alloue des fonds aux State Health Societies pour les soins de santé en mettant l'accent sur les populations vulnérables. Les fonds sont gérés par les State Health

⁴² Kala, M., Khullar, V. (Janvier 2018). État des finances publiques. PRS Legislative Research, Institute for Policy Research Studies.

https://www.prsindia.org/sites/default/files/parliament_or_policy_pdfs/State%20of%20State%20Finances%202018.pdf

⁴³ Learning Network for Countries in Transition (LNCT). (Février 2020). Points à prendre en compte pour la gestion des programmes de vaccination dans le cadre de l'assurance maladie nationale. https://lnct.global/wp-content/uploads/2020/02/Considerations-for-Immunization-Programs-within-NHI_FINAL.pdf

⁴⁴ Banque mondiale, évaluation du système de financement de la santé au Laos.

⁴⁵ Évaluation du système de financement de la santé en Indonésie.

Sociétés, avec des budgets soumis à l'approbation de la Mission au niveau national.⁴⁶ La National Health Act (loi nationale sur la santé) de 2014 du *Nigeria* prévoit que 1 % des revenus consolidés de la fédération et des contributions des partenaires soient versés dans un fonds de prestation de soins de santé de base (BHCPF) destiné à financer un ensemble de services de base, y compris la vaccination. Près de la moitié de ce fonds transite par la National Primary Health Care Development Agency avant de parvenir aux États répondant à certains critères, y compris les fonds de contrepartie. Dans la pratique, la mise en œuvre du BHCPF a été lente.⁴⁷

Le niveau infranational est généralement responsable des coûts opérationnels de la prestation de services, y compris la vaccination de routine dans les établissements, la sensibilisation, la mobilisation sociale, la supervision, la formation, la chaîne d'approvisionnement et la logistique, la surveillance, la gestion et les systèmes de gestion des informations sanitaires, certains de ceux-ci pouvant être partagés avec le niveau national. Lorsque les coûts des ressources humaines incombent au niveau infranational, ils représentent généralement le principal facteur. Un examen des coûts de vaccination estimés dans 24 pays a révélé que la main-d'œuvre représentait 40 % de tous les coûts, suivie par la chaîne d'approvisionnement à 14 % et le capital à 12 %.⁴⁸ Un examen de six pays à revenu faible et intermédiaire a révélé que, après un tri par fonction, la vaccination de routine en établissement était le principal facteur de coûts de vaccination (représentant 36 %), suivie par la sensibilisation (17 %) et les systèmes d'information sur la gestion sanitaire et la logistique de la chaîne d'approvisionnement (10 % chacun).⁴⁹

Dans la plupart des pays, le niveau national a une visibilité limitée sur les dépenses de vaccination au niveau infranational, en partie parce que ces dépenses peuvent être partagées avec d'autres programmes, mais aussi parce qu'il n'y a pas de systèmes pour la collecte de ces informations. Les pays membres du LNCT ont signalé des lacunes de financement dans tous les aspects de la prestation des services de vaccination, mais les ressources humaines sont souvent particulièrement sous-financées. Dans certains pays, les politiques de financement et les politiques salariales convergent pour perpétuer le sous-financement des ressources humaines là où elles sont les plus nécessaires, avec des échelles salariales nationales qui n'encouragent pas les affectations rurales et l'allocation de budgets de personnel en fonction des professionnels de santé qui préfèrent donner la priorité aux zones urbaines, laissant des postes ruraux non financés.⁵⁰ La décentralisation peut exacerber ces problèmes, car le gouvernement national pourrait ne plus avoir les ressources requises ou l'autorité nécessaire pour adopter des politiques qui favorisent la répartition des membres du personnel dans les zones où leur présence est nécessaire. Par exemple, au *Laos*, le financement du gouvernement national pour les postes salariés de la fonction publique est limité. Pour couvrir les pénuries de personnel, les établissements ne peuvent pourvoir que les postes contractuels, qui sont moins attrayants, en particulier dans les zones reculées où le nombre de professionnels de santé disponible est déjà faible.⁵¹ Au *Vietnam*, il a été constaté que la concentration des salaires élevés, payés par les prestataires privés dans les zones urbaines, entravait la capacité des districts ruraux à recruter du personnel.⁵² Les autres domaines fréquemment sous-financés sont la logistique, la sensibilisation et la formation, ce qui a un impact sur la disponibilité des vaccins, l'accès aux services et la qualité des services.

⁴⁶ Ministère de la Santé et de la Protection de la famille, Inde. (2005). National Rural Health Mission : Répondre aux besoins en matière de santé des populations rurales. Cadre de mise en œuvre 2005-2012. <https://nhm.gov.in/WriteReadData/1892s/nrhm-framework-latest.pdf>

⁴⁷ Agence nationale de développement des soins de santé primaires. (Avril 2018). Stratégie du Nigéria pour la vaccination et le renforcement du système de SSP (NSIPSS) 2018-2028. https://nigeriahealthwatch.com/wp-content/uploads/bsk-pdf-manager/2019/09/18.04.2018_Nigeria-Strategy-for-Immunization-and-PHC-Strengthening_3rd_Version-Final.pdf

⁴⁸ Portnoy, A., Vaughan, K., & Clarke-Deelder, E., et al. (2020). Production d'estimations standardisées au niveau national des coûts unitaires d'administration des vaccins. *PharmacoEconomics*, 38(9), 995–1005. <https://doi.org/10.1007/s40273-020-00930-6>

⁴⁹ Brenzel, L., Young, D., & Walker, D. G. (2015). Coûts et financement de la vaccination de routine : Approche et sélection de conclusions d'une étude internationale (EPIC). *Vaccine*, 33, A13–A20. <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2014.12.066>

⁵⁰ Dussault, G., & Franceschini, M. C. (2006). Pas assez là-bas, trop nombreux ici : comprendre les déséquilibres géographiques dans la répartition du personnel de santé. *Ressources humaines en santé*, 4(1). <https://doi.org/10.1186/1478-4491-4-12>

⁵¹ Qian, Y., Yan, F., & Wang, W. (2016). Défis liés au renforcement du personnel de santé en République démocratique populaire du Laos : point de vue des principales parties prenantes. *Ressources humaines en santé*, 14(1). <https://doi.org/10.1186/s12960-016-0167-y>

⁵² Coe, M. et Gergen, J., mémoire du Vietnam.

Les principaux défis auxquels les gouvernements infranationaux sont souvent confrontés lors de l'allocation de ressources suffisantes à la vaccination sont les suivants :

- **Faible capacité de budgétisation et manque de transparence** : Les membres du gouvernement infranational peuvent manquer d'expérience en matière de gestion des programmes de vaccination au niveau national, en particulier aux premières étapes de la décentralisation. Ils pourraient également ne pas avoir une idée claire des responsabilités du gouvernement infranational en matière de vaccination ni des éléments constitutifs d'un budget complet pour la vaccination. Des processus budgétaires complexes peuvent aggraver ce problème. En *Indonésie*, les gouvernements infranationaux ont eu des difficultés à utiliser pleinement leurs budgets et à atteindre les objectifs de vaccination depuis la décentralisation, en partie à cause d'une capacité infranationale insuffisante à gérer les budgets et les programmes de vaccination.⁵³ Au *Laos*, les budgets provinciaux sont attribués en fonction du nombre d'employés et des allocations historiques, au lieu de l'être en fonction des besoins du programme, avec des financements supplémentaires, tels que les frais d'utilisation qui ne sont pas pleinement intégrés dans la planification annuelle.⁵⁴ Au *Soudan*, la formule d'allocation des fonds aux États n'est pas transparente, ce qui les empêche de déterminer avec précision les ressources à leur disposition pour la budgétisation. Les délais de soumission des projets de budget par les États sont courts et, par conséquent, les budgets de tous les États ne sont pas pris en compte dans les estimations budgétaires initiales du ministère de la Santé. Par ailleurs, les orientations budgétaires fournies aux ministères fédéraux ne comprennent pas de plafond, ce qui amène les ministères à surestimer les budgets consolidés qu'ils soumettent afin de maximiser le financement. Le manque de transparence de ce processus complique la planification et aboutit à une budgétisation inexacte.⁵⁵
- **Création insuffisante de revenus au niveau infranational** : Dans le contexte d'une marge budgétaire disponible limitée pour la santé pendant la transition hors du soutien de Gavi, certains pays membres du LNCT se tournent vers le niveau infranational pour de nouvelles sources potentielles de recettes pour la vaccination. Cependant, en raison d'une capacité insuffisante en matière de création de revenus ou d'établissement des priorités budgétaires, les gouvernements infranationaux ne collectent souvent pas suffisamment de fonds pour répondre aux besoins en matière de vaccination. Au *Vietnam*, les provinces sont censées couvrir 50 % des coûts opérationnels de la vaccination de routine, mais en réalité, elles couvrent environ 10 % du financement de routine en moyenne, avec de grandes variations d'une province à l'autre. 20 % des provinces ne versent aucune recette pour la vaccination.⁵⁶
- **Insuffisance de données financières infranationales** : De nombreux pays manquent de données précises et actualisées sur les budgets et les dépenses de vaccination au niveau infranational, ce qui complique les processus de prévision et de budgétisation. Au niveau national, cela peut compliquer la compréhension des ressources et des besoins des diverses entités infranationales. Par exemple, au *Laos*, les provinces versent une partie de leurs propres revenus à la vaccination de routine, mais le niveau national a très peu de visibilité sur la manière dont ces fonds sont mutualisés, alloués et dépensés.⁵⁷ Des données de recensement ou d'autres données démographiques obsolètes ou de mauvaise qualité peuvent compliquer le suivi et la budgétisation pour les populations cibles. Au *Congo*, au *Vietnam*, et au *Kenya*, les grands volumes de personnes déplacées à l'intérieur de leur propre pays, de migrants ou de populations d'établissements urbains informels constituent un facteur de confusion supplémentaire en ce qui concerne le suivi de la population et la planification de la

⁵³ Maharani, A., & Tampubolon, G. (2014).

⁵⁴ Banque mondiale, évaluation du système de financement de la santé au Laos.

⁵⁵ Rapport évaluation conjointe de la gestion financière au Soudan. (Juin 2016). Ministère fédéral de la Santé, République du Soudan.

https://www.uhc2030.org/fileadmin/uploads/ihp/Documents/Key_Issues/Financial_Management/Sudan_Health_Sector_JFMA_Report.pdf

⁵⁶ Coe, M. et Gergen, J., mémoire du Vietnam.

⁵⁷ Communication du groupe principal de pays membre du LNCT du Laos

vaccination.⁵⁸ La prestation de services intégrée peut également compliquer la compréhension des budgets et des dépenses de vaccination, comme cela a été noté au *Timor oriental*.⁵⁹

Pour relever les défis liés à l'allocation inadéquate des ressources dans les contextes décentralisés, l'implication stratégique des décideurs des gouvernements infranationaux est nécessaire pour renforcer l'engagement en faveur de la vaccination. Vous trouverez ci-dessous quelques exemples de méthodes employées par les pays membres du LNCT pour tenter de relever ces défis.

- **Renforcement des capacités en matière de budgétisation de la vaccination au niveau infranational :** Le ministère de la Santé peut aider les gouvernements infranationaux pendant le processus de budgétisation en dispensant une formation et des conseils pour la microplanification et en élaborant des budgets complets qui couvrent tous les besoins des programmes de vaccination, y compris les aspects opérationnels qui sont souvent négligés. En *Indonésie*, où 75 % des vaccins sont administrés par les postes de santé, le ministère de la Santé a constaté qu'il y avait une confusion au niveau infranational en ce qui concerne la manière de budgétiser la sensibilisation. En fournissant des conseils plus clairs sur la façon d'utiliser les transferts du Fonds d'allocation spécifique (DAK) pour la sensibilisation, la budgétisation des transports et la manière dont les fonds de l'assurance maladie pourraient être utilisés pour couvrir les coûts opérationnels des services préventifs, le ministère de la Santé a aidé les gouvernements infranationaux à mieux utiliser les ressources à leur disposition.⁶⁰ Au *Vietnam*, le gouvernement national a élaboré un « dossier d'établissement des coûts de la vaccination » pour décrire toutes les composantes nécessaires d'un budget de vaccination complet aux gouvernements provinciaux.⁶¹
- **Plaidoyer en faveur des ressources pour la vaccination au niveau infranational :** Collaborer avec les décideurs politiques infranationaux à propos de la valeur de la vaccination peut favoriser l'intensification de la création de revenus infranationaux et la hiérarchisation de la vaccination. Au *Pakistan*, plusieurs provinces ont utilisé un plaidoyer de haut niveau, des mécanismes de responsabilisation et une initiative pour l'élaboration d'une feuille de route pour la santé pour augmenter avec succès le financement de la vaccination.⁶² Au *Nigéria*, Gavi a soutenu l'élaboration de plans d'amélioration continue spécifiques aux États, que les États ont ensuite utilisés pour plaider en faveur d'un financement afin de combler les lacunes avec différents degrés de réussite.⁶³ L'OMS note que les niveaux infranationaux seront probablement conscients des coûts d'opportunité des efforts majeurs tels que les campagnes de vaccination, et par conséquent, le niveau national devrait consacrer un temps de préparation suffisant pour garantir l'adhésion infranationale à ces efforts.⁶⁴ En *Inde*, des campagnes telles que la Mission intensifiée Indradhanush, qui vise à améliorer la couverture vaccinale dans les États peu performants et à mobiliser les communautés, bénéficient du soutien élevé des gouvernements des États et obtiennent de bons résultats en matière de couverture.⁶⁵ Les dossiers d'investissement du LNCT⁶⁶ sont un bon point de départ pour les pays qui sont à la recherche de documents de plaidoyer en faveur du financement de la vaccination.
- **Amélioration des données financières infranationales pour la planification et la gestion :** L'amélioration des données infranationales sur les ressources, les besoins et les dépenses en matière de vaccination peut améliorer la budgétisation et identifier les manques de ressources. Les données sur la couverture, les populations cibles, et les stocks sont également essentielles pour une prévision

⁵⁸ Gavi. (Juin 2017). Rapport d'évaluation conjointe du Congo, 2017. <https://www.gavi.org/sites/default/files/document/rapport-de-l-25C3%25A9valuation-conjointe-congo-2017pdf.pdf>; Coe, M. et Gergen, J., mémoire du Vietnam ; Gavi. (2019b). Rapport d'évaluation conjointe du Kenya, 2019. <https://www.gavi.org/sites/default/files/document/2020/Kenya%20Joint%20Appraisal%202019%20Final.pdf>

⁵⁹ Rapport d'évaluation conjointe du Timor oriental, 2017.

⁶⁰ Communication du groupe principal de pays membre du LNCT d'Indonésie

⁶¹ Gavi. (2017). Rapport d'évaluation conjointe du Vietnam, 2017. <https://www.gavi.org/sites/default/files/document/joint-appraisal-vietnam-2017pdf.pdf>

⁶² Rapport d'évaluation conjointe du Pakistan, 2019.

⁶³ Gavi. (2019). Rapport d'évaluation conjointe du Nigéria, 2019. <https://www.gavi.org/sites/default/files/document/2020/Nigeria%20Joint%20Appraisal%202019.pdf>

⁶⁴ Feilden, R., Nielsen, O.F. (2001). Vaccination et réformes sanitaires - rendre les réformes efficaces pour la vaccination : Un guide de référence. Organisation mondiale de la Santé. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/69617/WHO_V-B_01.44_eng.pdf?sequence=1&i&iAllowed=y

⁶⁵ Gavi. (2019). Rapport d'évaluation conjointe de l'Inde, 2019. <https://www.gavi.org/sites/default/files/document/2020/India%20Joint%20Appraisal%20Report%202019.pdf>

⁶⁶ Learning Network for Countries in Transition (LNCT). (9 décembre 2020b). Documents susceptibles de vous aider à plaider en faveur de l'investissement dans la vaccination. <https://lnct.global/resources/making-the-case-for-investing-in-immunization/>

précise. *L'Inde* a mené une étude d'établissement des coûts pour mieux comprendre les coûts de livraison par État, révélant une grande variation des coûts entre les États et fournissant des informations essentielles au processus de budgétisation.⁶⁷ De nombreux pays membres du LNCT ont mis en place des systèmes électroniques d'information sur les données au cours de ces dernières années. À titre d'exemple, nous pouvons citer le système national de surveillance de la vaccination du *Vietnam* basé sur la plate-forme Optimize de PATH, qui est financée en tant que partenariat public-privé par le ministère de la Santé et la société de télécommunication Vittel.⁶⁸

- **Définition des normes et de la responsabilité :** *L'Indonésie* et le *Laos* ont adopté une législation ou des directives régissant la part des budgets infranationaux qui doit être consacrée à la santé.⁶⁹ *L'Indonésie* et le *Kenya* ont défini des normes de performance (y compris des indicateurs en matière de vaccination) que les gouvernements infranationaux doivent respecter. En tant qu'approches descendantes, ces directives ont eu un succès limité en ce qui concerne l'augmentation des ressources pour la vaccination, en partie parce qu'elles ne sont pas strictement mises en application.⁷⁰ Au *Nigéria*, les transferts du niveau central sont inconditionnels et peuvent être utilisés entièrement à la discrétion de l'État, mais le gouvernement s'efforce de mettre en place des cadres de responsabilisation au niveau de l'État, en plus des protocoles d'entente déjà conclus entre de nombreux États et partenaires, pour rassembler les États autour de la vaccination sur une base continue et assurer leur engagement à augmenter progressivement le soutien à la vaccination au fil du temps.⁷¹ Au *Kenya*, le gouvernement national encourage les performances en matière de vaccination par le biais d'un financement basé sur le rendement versé aux entités infranationales ou directement aux établissements, qui peut être utilisé pour des activités telles que l'amélioration des établissements ou l'indemnisation des professionnels de santé.⁷²

Décaissement et goulots d'étranglement du financement de la vaccination

L'atteinte des objectifs en matière de décentralisation dans le système de santé (efficace, efficient, équitable, réactif, responsable) exige que le système de gestion des finances publiques à tous les niveaux de gouvernement décaisse les fonds alloués en temps opportun pour la fourniture de services de qualité. Les longs processus d'approbation budgétaire, l'instabilité des économies et l'imprévisibilité des flux de revenus aux niveaux national et infranational, ainsi que la faiblesse des systèmes de gestion de trésorerie, affectent les décaissements en temps opportun au point d'origine. Les décaissements des financements peuvent passer par des couches complexes de diverses institutions gouvernementales avant d'atteindre les utilisateurs finaux dans les districts ou les établissements de santé. D'autres défis peuvent également survenir lorsque les utilisateurs finaux gèrent plusieurs flux de financement non coordonnés.

Que les fonds soient versés aux gouvernements infranationaux ou aux établissements par le biais des divers niveaux de gouvernement ou par le biais de décaissements directs par le trésor national, le décaissement en temps voulu des fonds est essentiel à la performance de la vaccination, car il évite les ruptures de stock de vaccins et de produits de base ; garantit l'exécution des activités de sensibilisation et de campagne conformément aux prévisions ; et maintient l'efficacité de la chaîne d'approvisionnement. Au *Nigéria*, un rapport d'audit des vaccins a indiqué que 76 % des États et 65 % des LGA évalués n'avaient pas de fonds disponibles pour la distribution de vaccins (HFSA 2018), et au *Kenya*, l'évaluation conjointe de 2019 a révélé que des décaissements de financement inadéquats ont entraîné des ruptures de stock à plusieurs niveaux de la chaîne d'approvisionnement et affecté les opérations et la disponibilité des seringues et des outils de documentation. Au *Laos*, le financement de la sensibilisation est souvent retardé, ce qui limite les services de

⁶⁷ Chatterjee, S., Das, P., & Nigam, A. (2018). Variation du coût et de la prestation des services de vaccination de routine en Inde. *BMJ Global Health*, 3(3), e000794. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2018-000794>

⁶⁸ Coe, M. et Gergen, J., mémoire du Vietnam.

⁶⁹ Banque mondiale, évaluation du système de financement de la santé en Indonésie ; Banque mondiale, évaluation du système de financement de la santé au Laos.

⁷⁰ Banque mondiale, évaluation du système de financement de la santé en Indonésie ; rapport évaluation conjointe du Kenya, 2019.

⁷¹ Rapport d'évaluation conjointe du Nigéria, 2019.

⁷² Dutta, A., Maina, T., Ginivan, M., Koseki, S. (2018). Évaluation du système de financement de la santé au Kenya, 2018. *Health Policy Plus*.

http://www.healthpolicyplus.com/ns/pubs/11323-11587_KenyaHealthFinancingSystemAssessment.pdf

proximité dans les sites éloignés lorsque la météo est le plus favorable, tandis que d'autres établissements de santé utilisent d'autres fonds de fonctionnement voire des fonds personnels pour garantir le déroulement en temps opportun des activités de proximité.

Bon nombre des défis résultant des retards de décaissement du financement sont d'ordre économique ou systémique et échappent au contrôle du programme national de vaccination voire du ministère de la Santé. Dans les systèmes décentralisés, cependant, les défis peuvent être exacerbés, car le financement peut transiter par davantage d'acteurs institutionnels, ce qui augmente le risque de retard et la probabilité d'un goulot d'étranglement. Les mécanismes grâce auxquels les fonds pour la vaccination sont transférés aux gouvernements infranationaux et aux établissements varient d'un pays membre décentralisé du LNCT à un autre.

Les défis courants dans les pays membres du LNCT qui affectent le financement en temps opportun sont les suivants :

- **Déblocage tardif des budgets provenant de la trésorerie.** Même avec un financement suffisant budgétisé pour la vaccination, des retards de décaissement importants entravent la disponibilité des fonds où et quand ils sont nécessaires. Au *Nigéria*, le gouvernement national a débloqué 99,5 % du financement de la vaccination en 2018, mais en raison de l'instabilité du cycle budgétaire, les fonds n'ont été débloqués qu'au troisième trimestre de cette année (JA 2019). Au *Congo*, le budget 2018 pour la vaccination était suffisant pour atteindre les objectifs de performance, cependant, seulement 75 % de celui ont été autorisés pour décaissement et, à la fin de l'année, seulement 15 % du budget avait été effectivement décaissé. Au *Kenya*, il existe des retards importants de décaissement des financements à tous les niveaux de gouvernement, ce qui fait que le budget du secteur de la santé n'a été exécuté qu'à 68 % en 2015.
- **Multiplés couches d'approbation à travers de nombreux acteurs institutionnels.** Dans de nombreux pays, les financements transitent par un réseau complexe d'acteurs institutionnels, ce qui crée de multiples occasions de retard administratif. En *Inde*, suite à un changement de politique en 2014, le financement passe directement du trésor central au compte de l'État où les fonds pour la santé affectés à la State Health Society (SHS) sont ensuite transférés cette dernière. Auparavant, le financement était directement transféré à la SHS par la trésorerie centrale. Bien que le changement de politique ait eu pour but de rationaliser les flux de financement et d'assurer une plus grande surveillance par l'État, les responsables de la santé au niveau de l'État signalent une charge administrative accrue alors qu'un délai de gestion supplémentaire est nécessaire pour assurer le suivi de la trésorerie pour le déblocage des fonds à la SHS.⁷³
- **Financement fragmentaire ou financement provenant de plusieurs sources.** En *Indonésie*, les gouvernements infranationaux et les établissements de santé reçoivent des fonds pour les soins de santé primaires par le biais de deux canaux, comprenant diverses sources de revenus : (1) les transferts budgétaires du gouvernement central aux gouvernements provinciaux et de district ; et (2) la caisse d'assurance maladie. Le premier canal comprend une subvention globale pour la décentralisation allouée en fonction de la masse salariale et de la capacité fiscale locale qui vise à améliorer l'équité interrégionale, des fonds destinés au secteur de la santé et au secteur social qui comprennent des affectations supplémentaires pour la nutrition et les services de santé maternelle et infantile dans les centres de santé, et les virements de solde budgétaire. Aussi bien la subvention globale que les virements de solde budgétaire peuvent être utilisés à la discrétion du gouvernement local, y compris pour la santé. Le financement de la caisse d'assurance maladie est distribué aux districts en fonction du personnel dont les primes sont payées par le gouvernement.⁷⁴ Au *Pakistan*, en raison des multiples sources de financement de la vaccination au niveau provincial, y compris le

⁷³ Berman, P., Bhawalkar, M., Jha, R., et al. (Juin 2017). Suivi des ressources financières dans l'État d'Uttar Pradesh, en Inde. Harvard T. H. Chan School of Public Health. <https://cdn1.sph.harvard.edu/wp-content/uploads/sites/2031/2017/01/Tracking-Financial-Resources-for-Primary-Health-Care-in-Uttar-Pradesh-India.pdf>

⁷⁴ Mahendradhata, Y., Trisnantoro, L., Listyadewi, S. (2017). Examen du système de santé de la République d'Indonésie. Observatoire des systèmes et politiques de santé de la région Asie-Pacifique. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254716/9789290225164-eng.pdf;sequence=1>

financement provenant du gouvernement fédéral et des gouvernements provinciaux, mais aussi du financement externe des donateurs internationaux, le programme provincial de vaccination est fréquemment confronté à des flux de financement tardifs et imprévisibles.

Tout comme au niveau national, l'amélioration du système de gestion des finances publiques, y compris la réduction des goulots d'étranglement et l'amélioration des décaissements de financement, dépend des efforts des secteurs de la finance et de la santé. L'amélioration des relations de travail et de la compréhension mutuelle des besoins et des exigences des deux secteurs est également nécessaire au niveau infranational. Les défis en matière de décaissement des fonds au niveau infranational doivent être communiqués aux ministères nationaux de la Santé et des Finances pour garantir que les réformes du système de gestion des finances publiques (GFP) répondent aux besoins des gouvernements infranationaux et qu'elles contribueront à l'amélioration de la prestation des services au niveau local. Par exemple, les règles et mécanismes entourant le transfert fiscal intergouvernemental peuvent avoir un effet notable sur les flux de financement. Vous trouverez ci-dessous des exemples de la manière dont les pays membres du LNCT se sont efforcés d'améliorer les flux de financement.

- **Collecter et désagréger de meilleures données sur les dépenses pour le suivi des ressources.** Comme indiqué précédemment, l'amélioration de la collecte de données financières infranationales peut améliorer la budgétisation et permettre d'identifier les lacunes en matière de ressources. Les données de suivi des ressources au niveau infranational, avec des données de vaccination désagrégées, peuvent également permettre une analyse du flux des ressources pour la vaccination par le biais des canaux de financement, notamment du gouvernement national vers le gouvernement infranational. Au *Vietnam*, les dépenses de la quasi-totalité des programmes provinciaux de vaccination ont été suivies depuis 2013 à l'aide d'un outil d'analyse des flux budgétaires développé avec le soutien du projet de financement durable de la vaccination. En 2014 et 2015, ces données ont été utilisées avec succès pour plaider en faveur de l'augmentation des dépenses provinciales et éviter les réductions budgétaires au niveau national.⁷⁵
- **Plaidoyer en faveur de flux de financement simplifiés et mécanismes de transfert budgétaire.** L'implication d'une ou plusieurs couches institutionnelles intermédiaires dans les transferts de fonds est l'une des causes fréquentes des retards en matière de transfert fiscal. Au *Congo*, en 2018, en dépit de l'existence d'un budget suffisant pour le programme de vaccination, seulement 14,5 % des fonds budgétés avaient été décaissés en octobre 2018. S'appuyant sur les [ressources du dossier d'investissement du LNCT](#) pour le plaidoyer en faveur d'un meilleur décaissement des ressources pour la vaccination, le gestionnaire du PEV a directement impliqué le ministère des Finances pour simplifier le décaissement des fonds aux provinces et aux districts.
- **L'utilisation de la technologie mobile ou numérique pour les transferts fiscaux.** Les gouvernements peuvent numériser les transferts de paiement pour soutenir des flux de ressources et des transactions plus fiables et plus efficaces. Cette approche peut également contribuer à l'amélioration de la responsabilisation en ce qui concerne les ressources. Bien qu'ils ne soient pas encore décentralisés, en *Côte d'Ivoire*, les transferts depuis le niveau national sont effectués directement aux établissements par virement mobile (Mobile Money).

Conclusions

Alors que les pays du LNCT passent à l'autofinancement intégral de leurs programmes de vaccination, les gestionnaires de programme des systèmes de santé décentralisés peuvent avoir besoin de stratégies différentes de celles de leurs homologues des systèmes de santé plus centralisés pour assurer une mobilisation adéquate des ressources et une gestion efficace des programmes. Le PNV devra peut-être engager des parties prenantes supplémentaires ou aider les gestionnaires du PEV au niveau infranational à

⁷⁵ Sabin Vaccine Institute, une décennie de financement durable de la vaccination.

développer de nouvelles compétences pour garantir un financement adéquat et assurer des services de grande qualité.

Les défis rencontrés dans les pays membres du LNCT dotés de systèmes décentralisés découlent de plusieurs problèmes communs qui limitent la performance des programmes de vaccination :

- **Faible coordination entre les niveaux national et infranational.** Une meilleure coordination permettrait aux niveaux infranationaux d'être mieux préparés à mettre en œuvre de nouvelles directives, à mettre à jour les formations des employés, à mener des activités visant à combler les lacunes en matière de vaccination ou à introduire de nouveaux vaccins, en accordant le temps nécessaire pour garantir un financement, des ressources humaines et un engagement politique suffisants.
- **Faible capacité de gestion et de budgétisation au niveau infranational.** Les responsables de la vaccination au niveau infranational ayant une meilleure connaissance des processus de budgétisation et de décaissement en espèces, une connaissance des prochaines activités planifiées au niveau national, ainsi que des orientations supplémentaires relatives à la méthode de budgétisation des activités prioritaires, seraient plus à même d'élaborer ou de préparer des demandes de budget approprié pour soutenir les activités de vaccination.
- **Connaissance et financement insuffisants des principales fonctions de vaccination au niveau infranational.** Un suivi régulier des dépenses de vaccination au niveau infranational aiderait le personnel du PNV à plaider en faveur d'un financement accru à l'aide des données sur les tendances au fil du temps et entre les zones géographiques, en particulier si de meilleures performances peuvent être observées dans les localités ayant des dépenses plus élevées.

Sur la base de cet examen des expériences des pays membres du LNCT, il existe des stratégies prometteuses destinées aux PNV qui visent à soutenir une mobilisation accrue des ressources et une prestation de services efficace :

1. **Développer des systèmes efficaces de formation, de communication et de coordination, déployés à tous les niveaux administratifs.** Un programme de vaccination efficace exige que tous les niveaux du système de santé remplissent les fonctions requises. Le fait de fournir des directives claires aux gestionnaires infranationaux et des délais de notification suffisants pour permettre une planification et une budgétisation efficaces augmenteront la probabilité que les gouvernements infranationaux mettent en œuvre de nouvelles directives et activités et s'acquittent des responsabilités qui leur incombent. Des systèmes de coordination solides alerteraient également le PNV des problèmes aux niveaux infranationaux.
2. **Renforcer les capacités de gestion des programmes au niveau infranational, y compris la planification financière et programmatique.** Le PNV doit s'appuyer sur les gouvernements locaux et les gestionnaires locaux pour planifier, financer et mettre en œuvre les activités nécessaires ; cependant, ils peuvent soutenir le processus de planification en fournissant des directives claires et pratiques sur la façon de budgétiser les fonctions et activités de vaccination nécessaires. Des conseils détaillés sur les éléments indispensables à un programme de vaccination robuste et la manière de les budgétiser, ainsi que des conseils pour une mise en œuvre réussie, peuvent aider les gestionnaires infranationaux à obtenir des fonds et des résultats notables.
3. **Surveiller les dépenses de vaccination au niveau infranational et aider les gestionnaires des programmes de vaccination au niveau infranational à plaider en faveur d'une augmentation du financement.** Des données régulières et fiables sur les dépenses de vaccination infranationales servent de base à un plaidoyer en faveur de l'augmentation du financement. Les données sur les dépenses de vaccination au niveau infranational ont été utilisées avec succès par les gestionnaires au niveau national pour augmenter les budgets. Le PNV peut soutenir un système de notification régulière des principales dépenses de vaccination, ou des dépenses de soins de santé primaires pertinentes, dans le but de suivre les tendances et d'évaluer les lacunes. Le développement des

capacités des gestionnaires infranationaux en ce qui concerne le plaidoyer en faveur d'un financement dans leurs localités et un plaidoyer continu au niveau national en faveur des ressources de vaccination sont nécessaires à long terme.

Les programmes nationaux de vaccination et les partenaires de la vaccination pourraient être contraints d'envisager de nouvelles stratégies et de nouvelles sources de financement pour la mobilisation d'un financement adéquat pour la vaccination après la transition hors du soutien de Gavi. Pour soutenir ces stratégies, le PNV peut également se voir dans l'obligation de renforcer ses capacités en matière d'allocation budgétaire et d'analyse financière afin de pouvoir gérer l'élimination des obstacles et l'amélioration de la disponibilité des financements.

Annexe 1.1 : Études de cas de pays

Renforcer les capacités en matière de gestion des programmes de vaccination infranationaux grâce à des échanges d'apprentissage entre pairs au Nigéria

Auteurs : Raihana Ibrahim et Uchenna Igbokwe

La Constitution du Nigéria établit une fédération hautement décentralisée composée de 37 États, qui sont eux-mêmes composés de 774 collectivités locales (LGA). Dans ce système, le gouvernement fédéral est responsable de l'élaboration des politiques, de l'approvisionnement en vaccins, du soutien technique et des soins tertiaires, tandis que les États et les gouvernements locaux sont responsables des niveaux inférieurs de soins, de l'infrastructure de vaccination de routine et de la logistique. Les États exercent une large autorité budgétaire, la majorité de leurs budgets provenant de transferts inconditionnels de la part du gouvernement fédéral.

L'une des préoccupations majeures du programme de vaccination du Nigéria est la grande disparité en matière de couverture vaccinale et de dépenses de vaccination entre les États, les tendances mettant en lumière des performances nettement supérieures pour les États du Sud que pour ceux du Nord. La couverture du DTC3 varie de 76 % dans l'État méridional d'Anambra à 7 % dans l'État septentrional de Sokoto.⁷⁶ Les dépenses de santé au niveau infranational représentent en moyenne 2,2 % des dépenses totales de santé, mais cette proportion varie de 7,1 % dans l'État austral d'Imo à 0,7 % dans l'État septentrional de Zamfara. En moyenne 26 % des revenus d'un État sont générés par cet État, mais ce chiffre varie considérablement de près de 500 % à Lagos à des valeurs pratiquement négligeables ailleurs.⁷⁷ Une analyse du paysage menée par IVAC a permis d'identifier un large éventail de défis qui affectent la couverture vaccinale dans les États peu performants. Parmi ceux-ci figuraient de nombreux problèmes liés au manque de capacité de gestion de programme dans des domaines tels que le leadership et la gouvernance, la gestion des financements et des ressources, ainsi que la logistique et la planification.⁷⁸

Depuis 2017, le Solina Center for International Development and Research (SCIDaR) s'est associé à six États peu performants pour améliorer les performances des programmes de vaccination grâce à une série d'échanges d'apprentissage entre pairs. Les échanges s'appuient sur une plate-forme existante de protocoles d'entente entre ces États, la Fondation Bill et Melinda Gates et la Fondation Aliko Dangote, qui visent à renforcer les systèmes de vaccination et à augmenter le financement public de la vaccination par le biais d'un accord de financement commun échelonné en vertu duquel les États versent un financement croissant au fil du temps dans un « compte commun » dédié à la vaccination de routine. Grâce aux échanges d'apprentissage entre pairs, les principaux responsables de la vaccination et les gestionnaires des États se réunissent deux fois par an pour débattre d'un défi d'intérêt mutuel, l'État le plus performant étant désigné pour diriger la réunion avec le soutien du SCIDaR pour l'élaboration de l'ordre du jour. Les participants à chaque réunion sont sélectionnés en fonction du thème choisi pour chacune des réunions d'échange d'apprentissage.

À la fin de chaque réunion, les États parviennent à un accord et adoptent des mesures spécifiques du progrès vers la réalisation d'un objectif. Vous trouverez ci-dessous quelques exemples d'accords issus de ces réunions :

- Livraison directe des vaccins : Le SCIDaR a réuni des gestionnaires/responsables de la vaccination, des responsables de la logistique de l'État et des responsables de la chaîne du froid dans les États, mais aussi les partenaires concernés pour relever les défis liés à la logistique des vaccins dans les États. Afin de réduire la fréquence des ruptures de stock, les États ont décidé de passer d'un système de livraison de vaccins « sur demande » non financé qui variait d'un État à l'autre à la livraison directe des vaccins des entrepôts frigorifiques de l'État aux points de prestation de services dans les six États. En conséquence, les taux moyens de rupture de stock sont passés de 30-50 % à 1-5 %. L'impact était suffisamment important pour que les États communiquent cet apprentissage au gouvernement fédéral, ce dernier

⁷⁶ NDHS 2017

⁷⁷ <http://documents1.worldbank.org/curated/en/782821529683086336/pdf/127519-WP-PUBLIC-add-series-NigeriaHFSFINAL.pdf>

⁷⁸ <https://www.jhsph.edu/ivac/wp-content/uploads/2018/05/IVAC-Landscape-Analysis-Routine-Immunization-Nigeria-WhitePaper.pdf>

envisageant le déploiement à grande échelle de ce système de livraison directe des vaccins dans d'autres États non financés par un protocole d'entente.

- Gestion financière : Afin de garantir que tous les fonds déposés dans le compte commun soient correctement comptabilisés, le SCIDaR a collaboré avec les dirigeants du conseil d'administration des SSP de l'État, les responsables des programmes de vaccination et leurs équipes financières (directeurs des finances, chefs comptables, caissiers et auditeurs internes) pour l'élaboration d'un système de gestion financière des fonds de la vaccination de routine intégrant les décaissements électroniques directs, les retraits et la validation, et les audits internes et externes de routine. Ces systèmes ont été co-crésés au cours d'une série de réunions d'échange d'apprentissage menées avec les équipes financières (composées de directeurs, de caissiers et d'auditeurs) des conseils d'administration des soins de santé primaires des États. Ces réunions ont été suivies de séances de mentorat sur site pour le transfert de compétence aux agents afin qu'ils puissent s'acquitter de leurs fonctions de manière indépendante. Suite au succès du système de gestion financière de la vaccination de routine, le SCIDaR a invité les États à élaborer des feuilles de route pour étendre cet héritage de la vaccination de routine à des SSP plus larges. Il a également co-développé et publié un guide de prise en main de la gestion financière qui a été largement diffusé aux autres parties prenantes étatiques, nationales et internationales.
- Engagement communautaire : Les échanges d'apprentissage sur ce sujet avaient pour but l'élaboration d'une stratégie d'engagement communautaire durable en vue de promouvoir la vaccination de routine dans ces 6 États du Nord. Au cours de l'échange d'apprentissage, la stratégie d'engagement communautaire basée sur le nom (qui impliquait l'identification et le suivi des nouveau-nés, des abandons et des laissés pour compte par les chefs traditionnels) a été co-crée et affinée. La stratégie a été adoptée par la National Primary Health Care Development Agency (NPHCDA) et est mise en œuvre dans 4 autres États, avec un plan de déploiement à l'échelle nationale et d'élargissement de sa portée aux soins de santé primaires plus larges.

En outre, le SCIDaR a également facilité diverses tournées d'apprentissage entre les États sélectionnés pour observer directement et collaborer avec les parties prenantes sur le terrain, mais aussi pour mieux comprendre la mise en œuvre. Par exemple, l'équipe de l'État de Bauchi a effectué des visites d'apprentissage dans l'État de Kano pour comprendre les processus de transition nécessaires pour abandonner des livraisons externalisées organisées par les fournisseurs et adopter les livraisons organisées par l'État. Grâce à cette tournée, l'État de Bauchi a également pu passer avec succès d'un modèle de livraison de vaccins à un modèle géré en interne à moindre coût et avec une plus grande efficacité.

Les échanges d'apprentissage entre pairs du Nigéria se sont servis de la plate-forme du protocole d'entente comme point de départ pour favoriser la collaboration entre l'État et les partenaires. Certains des principaux défis étaient notamment la lenteur de la mise en œuvre des résolutions issues des échanges en raison des contraintes programmatiques, des formalités bureaucratiques du système et de l'inertie au niveau de l'État. Les priorités concurrentes dans l'État affectent également la programmation et le déroulement des sessions, ce qui nécessite la réunion de tous les responsables clés pour des discussions autour de thèmes pertinents. Cependant, les échanges d'apprentissage entre pairs ont connu un succès global, et certains de ces enseignements en matière de mise en œuvre ont été appliqués dans d'autres pays, notamment au Tchad, au Niger et en Guinée, où des approches similaires de protocole d'entente ont été établies. Cependant, l'existence d'une telle plate-forme initiale pourrait ne pas être nécessaire pour d'autres pays désireux de suivre l'exemple du Nigéria. Les nombreux facteurs clés qui ont été essentiels au succès des échanges d'apprentissage entre pairs sont les suivants :

- Le programme d'apprentissage entre pairs a fourni une plate-forme de rassemblement de décideurs de haut niveau pour la prise de décisions stratégiques et la conclusion d'accords de haut niveau.
- Les partenaires ont été sollicités pour soutenir le succès de l'État via une assistance technique visant à renforcer les capacités au niveau de l'État. Par exemple, Solina a intégré un de ses employés aux services financiers des agences de santé de l'État pour fournir un encadrement quotidien au personnel de l'agence, jusqu'à ce que celui-ci soit suffisamment confiant pour former d'autres personnes.

- Les accords étaient réalisables à l'aide des ressources financières existantes et d'autres outils du système déjà accessibles aux États par le biais du protocole d'entente.
- La stratégie du programme d'apprentissage entre pairs, consistant à présenter les réussites des États, a créé un sentiment de saine rivalité entre les États, ce qui les a incités à respecter leurs engagements.
- Les parties prenantes au niveau national (en particulier, la NPHCDA) ont été appelées à participer aux réunions/ateliers, résoudre les problèmes découlant de la politique nationale et diffuser l'apprentissage à d'autres États non signataires du protocole d'entente.
- Les sujets abordés au cours des sessions étaient sélectionnés conjointement avec les parties prenantes en vue de relever les défis communs et pertinents. Des solutions pratiques ont également été développées avec une contextualisation des réalités spécifiques aux États. Par exemple, avec la pandémie de COVID-19, l'équipe du SCIDaR prévoit de réunir les États pour discuter de solutions critiques et SMART pour la reconstruction de systèmes de SSP mieux intégrés – un sujet qui est opportun, pertinent et qui répond aux besoins des 6 États.

Identification des responsabilités en matière d’approvisionnement au niveau de gouvernement approprié

Auteurs : Yasodhara Kapuge, Anuji Gamage, Nihal Abeysinghe, Soofia Yunus

Contexte : Décentralisation au Pakistan

En 2010, le parlement pakistanais a adopté le 18^e amendement, qui a restructuré le pays en tant que fédération décentralisée avec une déconcentration importante des pouvoirs vers les provinces, notamment le pouvoir législatif et l’autorité pour l’élaboration des politiques dans des domaines essentiels tels que la santé, l’éducation et le bien-être social. Au sein des provinces, une décentralisation supplémentaire des activités gouvernementales est constatée vers le niveau inférieur, à savoir les districts.

Dans le cadre de ces changements, la réglementation et la coordination du ministère des Services de santé nationaux jouent un rôle clé en ce qui concerne l’élaboration des politiques, la stratégie, la vision et la planification nationales⁷⁹, mais ce sont les gouvernements provinciaux et locaux qui prennent l’initiative de la mise en œuvre de ces politiques.⁸⁰ Le système décentralisé était destiné à donner aux districts la liberté et l’autonomie nécessaires pour utiliser les budgets alloués en fonction de leurs besoins et exercer une autorité de gestion sur les ressources humaines en vue d’améliorer l’efficacité des services et d’encourager la participation communautaire. En conséquence, 60 % des dépenses publiques de santé sont gérées au niveau du district.⁸¹

Après la déconcentration des pouvoirs, la responsabilité du Programme élargi de vaccination (PEV) a été transférée aux gouvernements provinciaux. Le PEV national détient une responsabilité limitée en ce qui concerne l’approvisionnement en vaccins, la gestion de la chaîne d’approvisionnement en vaccins, la coordination et les conseils techniques.⁸² Bien que la gestion du processus d’approvisionnement en vaccins ait été confiée au gouvernement fédéral par les provinces, ces dernières sont responsables du paiement des vaccins conformément à leurs prévisions annuelles, mais aussi de la prestation des services, qu’elles financent grâce à leurs revenus.⁸³

Défis clés liés à l’approvisionnement en vaccins

Le Pakistan est le seul pays du portefeuille de Gavi qui paie l’approvisionnement en vaccins au niveau provincial. Le déblocage tardif des fonds au niveau provincial est un défi pour toutes les provinces du Pakistan, en particulier les provinces de Sindh, de Khyber Pakhtunkhwa (KP) et du Baloutchistan, en raison de la lenteur administrative. Les allocations budgétaires annuelles pour la santé sont approuvées par la législature avant d’être transmises aux services provinciaux de santé et, finalement, aux agents de santé au niveau des districts (DHO). Les DHO décaissent des fonds pour le PEV à partir du même fonds, ce qui peut donner naissance à des priorités concurrentes et à un ralentissement du processus.

Avant la déconcentration des pouvoirs, la faible capacité technique du PEV fédéral, en ce qui concerne l’approvisionnement en vaccins, entraînait une gestion sous-optimale des processus d’approvisionnement en vaccins, des fournitures et des équipements, mais aussi de l’entretien des équipements. Immédiatement après la déconcentration des pouvoirs, ces problèmes ont entraîné des ruptures de stock, l’achat de vaccins de mauvaise qualité et des effets globalement négatifs sur les résultats en matière de couverture vaccinale. L’analyse de la Banque mondiale a indiqué que le Pakistan a subi une perte annuelle moyenne de 38 millions de dollars en raison de ces inefficacités en matière d’approvisionnement en vaccins et de gestion des programmes, en plus de la baisse de la qualité et de l’équité des services de vaccination.⁸⁴

⁷⁹ Kumar, Santosh. 2017. « Comparaison et analyse des systèmes de prestation de soins de santé : Le Pakistan contre le Bangladesh ». *Journal of Hospital & Medical Management* ISSN 2471-9781 3:1.

⁸⁰ Aftab, Mishaal. 2019. « La décentralisation et la prestation de services publics : Une étude de cas de Khyber Pakhtunkhwa, Pakistan ». Doctorat en sciences politiques, Université du Connecticut.

⁸¹ Kumar, Santosh. 2017.

⁸² Haque, Minhaj ul, Muhammad Waheed, Tayyeb Masud, Wasim Shahid Malick, Hammad Yunus, Rahul Rekhi, Robert Oelrichs, et Oleg Kucheryavendo. 2016. « Le Programme élargi de vaccination du Pakistan et le projet national de prise en charge de la vaccination : une analyse économique ». *Série de documents de discussion sur la nutrition et la population (HNP) : La Banque mondiale*.

⁸³ UNICEF. 2018. Recherche sur la mise en œuvre de la vaccination au Pakistan – Une compilation des objectifs, des résultats et des recommandations du projet. Pakistan : Unité Implementation Research and Delivery Science (IRDS), Section Santé, UNICEF.

⁸⁴ Haque et al. 2016.

National Immunization Support Project (Projet national d'appui à la vaccination – NISP)

En avril 2016, la Banque mondiale a approuvé un décaissement de 50 millions de dollars pour l'augmentation de la disponibilité des vaccins contre les maladies infectieuses pour les enfants de moins de deux ans au Pakistan par le biais du National Immunization Support Project (NISP). L'objectif de développement du NISP pour le Pakistan était d'améliorer la couverture équitable des services de vaccination contre les maladies à prévention vaccinale au Pakistan.

Le NISP a également reçu un soutien supplémentaire de Gavi, L'alliance du vaccin pour un total de 84 millions de dollars, dans le Fonds fiduciaire multidonateur (MDTF) administré par la Banque mondiale, et le soutien de l'Agence des États-Unis pour le développement international qui n'a pas été acheminé par le fonds fiduciaire. Le MDTF du NISP a été institué pour faciliter la résolution des problèmes de longue date liés à l'inefficacité et l'insoutenabilité causées par la structure de financement fragmentaire du programme PEV du Pakistan. Le MDTF permet l'acheminement direct des fonds vers les provinces par le biais d'indicateurs liés aux décaissements (DLI). Les fonds sont décaissés par le biais de deux mécanismes :

- 1) Grâce au mécanisme de DLI, les fonds sont versés aux provinces dès l'obtention des résultats souhaités après vérification par le PEV fédéral par le biais d'un tiers.
- 2) En vertu du mécanisme d'assistance technique (AT), les fonds sont fournis au PEV dans des comptes désignés pour les provinces et le niveau national. Les fonds peuvent être utilisés pour la chaîne du froid, les produits et les consultations en fonction des besoins dans ces domaines.

Afin d'assurer des paiements de cofinancement en temps opportun pour les vaccins de Gavi et la disponibilité de fonds durables pour les vaccins traditionnels, un mécanisme d'approvisionnement mutualisé en vaccins a été mis en place dans le cadre du NISP. Le mécanisme permet aux provinces de mettre en commun leurs fonds pour l'approvisionnement en vaccins en fonction des prévisions de leurs besoins en vaccins. Ceux-ci sont ensuite gérés au niveau national. L'approvisionnement mutualisé offre souvent à une entité acheteuse un moyen de rejoindre un plus grand bassin d'acheteurs, générant un marché plus important et faisant davantage baisser les prix que dans le cas de l'autoapprovisionnement⁸⁵, mais son efficacité dépend de la qualité de la gestion qui en est faite. La responsabilité de l'approvisionnement mutualisé en vaccins a été améliorée grâce à de fréquentes réunions d'examen et à des inventaires dans les provinces.⁸⁶ Le mécanisme d'approvisionnement mutualisé a été mis en œuvre avec succès dans le pays dans le cadre du NISP qui a acheté des vaccins pour l'ensemble du pays, ce qui a permis d'assurer un approvisionnement ininterrompu en vaccins au cours des quatre dernières années.⁸⁷ De plus, au début de l'épidémie de COVID-19 au cours de l'année dernière, le mécanisme d'approvisionnement mutualisé du NISP a fourni un moyen rapide, fiable et structuré d'acheter des fournitures essentielles telles que des masques et d'autres équipements de protection individuelle pour le personnel de santé de première ligne.⁸⁸

Par le biais du NISP, les programmes nationaux et provinciaux ont mis à disposition un financement adéquat et durable dans les budgets récurrents nationaux et provinciaux pour l'approvisionnement en vaccins et la prestation des services de vaccination. Le projet devrait prendre fin en 2021⁸⁹, mais l'extension probable de celui-ci est en cours d'étude.

⁸⁵ Coe, Martha, Jessica Gergen, Michaela Mallow, Flavia Moi, et Phily Caroline. 2017. « Analyse du paysage ». Financement durable de la vaccination en Asie-Pacifique. Washington, DC : ThinkWell.

⁸⁶ OMS. 2017.

⁸⁷ Oelrichs, Robert, Aliya Kashif, Jahanzaib Sohail, et Shaza Khan. 2020. « Le National Immunization Support Project du Pakistan : Un point d'ancrage pour la collaboration pendant la COVID-19 (coronavirus) ». Banque mondiale.

⁸⁸ Oelrichsaliya, Robert, Kashifj Ahanzaib, et Sohailshaza Khan. 2020. « Le National Immunization Support Project du Pakistan : Un point d'ancrage pour la collaboration pendant la COVID-19 (coronavirus) ».

⁸⁹ La Banque mondiale. 2020. « National Immunization Support Project ». <https://projects.worldbank.org/en/projects-operations/project-detail/P132308>.

Utilisation des données sur les dépenses infranationales pour plaider en faveur de ressources pour la vaccination au Vietnam

Auteurs : Ravi Ranan-eliya, Anuji Gamage, Yasodhara Kapuge

Le système de prestation de soins de santé du Vietnam fonctionne sur quatre niveaux administratifs : central, provincial, district et commune. Au niveau national, le ministère de la Santé (MS) est chargé de la gestion de la politique globale de santé, de l'établissement du cadre de financement et de la supervision de la prestation des services de santé. Le Programme élargi de vaccination (PEV) du ministère de la Santé, situé à l'Institut national d'hygiène et d'épidémiologie (NIHE), est directement financé par le budget du gouvernement national. Il définit la stratégie globale et supervise le programme national de vaccination. Le PEV décide des vaccins à inclure dans le programme national, dirige les médias publics et les efforts en matière de communication, achète et distribue les vaccins aux niveaux inférieurs, surveille les efforts nationaux et fournit une formation et un soutien technique global. Le MS effectue également des transferts budgétaires de son propre budget vers les niveaux inférieurs pour la prestation des soins de santé. Ceux-ci complètent les ressources supplémentaires mobilisées par les niveaux inférieurs de gouvernement, y compris les paiements aux établissements de santé du régime national d'assurance maladie.

Le PEV est mis en œuvre au niveau provincial par les Preventive Medicine Centers (PMC), sous la direction des bureaux régionaux et nationaux du PEV. Ceux-ci supervisent les centres médicaux de district (DMC) et les centres de santé communaux (CSC)⁹⁰. Les CSC sont chargés de fournir des services de vaccination mensuels sur des sites de vaccination fixes et de déployer des équipes mobiles pour administrer les vaccins de routine dans les zones reculées.⁹¹

Le problème

En 2012, le gestionnaire du PEV du Vietnam a demandé le soutien du projet de financement durable de la vaccination (SIF), mis en œuvre par le Sabin Vaccine Institute, pour résoudre le problème d'insuffisance de compte rendu des dépenses de vaccination de toutes les provinces, une référence critique pour le Plan d'action mondial pour les vaccins. L'équipe nationale du PEV était également fortement convaincue que le fait de disposer de données sur les dépenses des gouvernements locaux permettrait d'améliorer la mobilisation et l'allocation des ressources aux niveaux national et local. En 2013, seulement 25 des 63 provinces (40 %) avaient déclaré les dépenses annuelles du gouvernement provincial en ce qui concerne les activités de vaccination.

Les provinces avaient indiqué qu'elles avaient de la réticence à partager leurs données sur les dépenses par crainte d'une réduction ultérieure du financement.⁹² Les gestionnaires du PEV craignaient que les faibles taux d'exécution budgétaire ne donnent l'impression que les programmes infranationaux étaient financés en excès, alors qu'en réalité, les fonds budgétisés n'étaient souvent pas entièrement débloqués, car des problèmes tels que d'importantes sommes en espèces et une mauvaise classification budgétaire empêchaient le virement du financement approuvé par le Parlement vers les comptes bancaires des provinces et des districts.

Outil d'analyse des flux budgétaires de SIF et plaidoyer

La première étape du programme SIF a été d'organiser une réunion d'information avec les gestionnaires du PEV rattachés au MS en charge des quatre régions du Vietnam, et leurs représentants auprès du ministère des Finances (MF) et de l'Assemblée nationale.⁹³ L'objectif de cette réunion d'information était de discuter et d'analyser la disponibilité des ressources, l'allocation des ressources, les performances programmatiques et l'augmentation annuelle des demandes de budget du PEV, afin d'augmenter le financement de la vaccination par le biais de

⁹⁰ Nguyen, Trung Duc, Anh Duc Dang, Pierre Van Damme, Cuong Van Nguyen, Hong Thi Duong, Herman Goossens, Heidi Theeten, et Elke Leuridan. 2015. « Couverture du programme élargi de vaccination au Vietnam : Résultats de 2 enquêtes en grappes et rapports de routine ». *Human vaccines & Immunotherapeutics* 11 (6):1526-1533. doi: 10.1080/21645515.2015.1032487.

⁹¹ Nguyen et al. 2015.

⁹² SABIN Vaccine Institute. 2012. FINANCEMENT DURABLE DE LA VACCINATION : Summary Digest.

⁹³ SABIN Vaccine Institute. 2013. Immunization Financing News. Dans *Quarterly News* du programme SIF : SABIN Vaccine Institute.

conversations intentionnelles basées sur les données afin de mieux informer les décideurs.⁹⁴ Les autres objectifs de la réunion d'information étaient d'impliquer les provinces dans le programme PEV en tant que parties prenantes actives, de remercier les responsables locaux pour leur soutien et leur gestion de la mise en œuvre du programme PEV dans leur région, et d'obtenir l'engagement politique des gouvernements provinciaux pour allouer plus de ressources aux programmes de vaccination dans les budgets nationaux. La garantie d'un soutien pour le PEV auprès d'agences internationales et de gouvernements étrangers tels que l'OMS, l'UNICEF, GAVI, LUXEMBOURG, la JICA et d'autres ressources financières locales ont également fait l'objet de discussions.

Ensuite, une analyse des flux budgétaires infranationaux a permis à l'équipe nationale du PEV à comprendre comment les niveaux provinciaux dépensaient de l'argent pour éviter les chevauchements ou les écarts dans les dépenses. Les gestionnaires régionaux du PEV soutenus par le programme SIF ont reçu un outil standard d'analyse des flux budgétaires qui a été adapté du Cadre de mesure des performances en matière de gestion des finances publiques utilisé par la Banque mondiale. Les gestionnaires du PEV ont détecté d'importants problèmes en amont tels que la « présence d'importantes sommes en espèces » par le service du Trésor et la mauvaise classification des fonds qui avaient été affectés à la programmation de la vaccination, mais qui sont en réalité utilisés ailleurs.⁹⁵ Tenant compte de ces détournements, le programme SIF a calculé que le budget 2014 du Vietnam pour le PEV devait être réduit de 29 %.⁹⁶

S'appuyant sur les relations établies lors de la réunion d'information initiale, le directeur du Département des affaires sociales de l'Assemblée nationale a aidé l'équipe du PEV à organiser une autre réunion d'information pour les membres de l'Assemblée nationale en octobre 2013 et à nouveau en novembre 2013. Au cours de ces réunions d'information, l'équipe du PEV a présenté les résultats de cette analyse, la situation actuelle du PEV, ses problèmes de financement, et la raison pour laquelle la vaccination devrait être considérée comme un programme prioritaire. À la suite de ces réunions d'information, les membres de l'Assemblée nationale ont accordé une plus grande priorité au programme du PEV et ont rétabli les dotations du PEV dans le budget 2014 à 120 % de son montant initial.⁹⁷ Le budget national a augmenté de 35 % en 2015.⁹⁸

Le succès de ces efforts d'analyse, de plaidoyer et d'établissement de relations a également encouragé les provinces à améliorer leur reddition de comptes sur les dépenses. Quatre-vingts pour cent des 63 provinces ont fait un bilan de leurs dépenses à la fin de l'année 2013. Il était attendu que ce chiffre atteigne 100 % à la fin de l'année suivante. De plus, les dépenses du gouvernement provincial pour la vaccination ont augmenté de 55 % entre 2012-2014. En 2015-2016, le Parlement a collaboré avec le PEV pour organiser des ateliers annuels pour les parties prenantes provinciales afin de discuter du financement de la vaccination et de partager des données sur les dépenses.⁹⁹

Le Vietnam fournit un excellent exemple de la façon dont l'amélioration de la fiabilité et de la qualité des données financières, lorsqu'elles sont utilisées en combinaison avec une meilleure coordination et une meilleure communication entre les niveaux de gouvernement, peut améliorer la transparence et la compréhension des dépenses de vaccination et des flux de financement, mais aussi augmenter le financement des programmes de vaccination.

⁹⁴ McQuestion, Michael, Andrew Carlson, Khongorzul Dari, Devendra Gnawali, Clifford Kamara, Helene Mambu-Ma-Disu, Jonas Mbwanque, Diana Kizza, Dana Silver, et Eka Paatashvili. 2016. « Les moyens dont les pays disposent pour s'approprier pleinement les programmes de vaccination ». *Health Affairs* 35 (2):266-271. doi: 10.1377/hlthaff.2015.1067.

⁹⁵ McQuestion et al. 2016.

⁹⁶ Burrous, Haley, Andrew Carlson, Hélène Mambu-ma-Disu, Mike McQuestion, Eka Paatashvili, et Dana Silver. 2019. Une décennie de financement durable de la vaccination. SABIN Vaccine Institute.

⁹⁷ Burrous et al. 2019.

⁹⁸ McQuestion, Mike 2016. *Projet SIF Sabin – Fiches de renseignement sur les pays*.

⁹⁹ McQuestion 2016.

Annexe 1.2 : Les défis nationaux

1.1 DÉFI : INÉGALITÉ DES DÉPENSES ENTRE LES ZONES GÉOGRAPHIQUES

Pays	Contexte
Inde	<ul style="list-style-type: none"> Fluctuation importante des plans et budgets de mise en œuvre des programmes de l'État. La couverture est faible dans les zones rurales et tribales.¹⁰⁰ En moyenne, 47 % des revenus sont générés par les États, les revenus générés par l'État constituant la majeure partie des revenus dans 6 États et seulement 20 % dans trois États.¹⁰¹ Il a été démontré que le coût de la vaccination de routine variait considérablement d'un État à l'autre, la plupart des coûts étant sous-estimés dans le PPAc.¹⁰²
Indonésie	<ul style="list-style-type: none"> 5 % du budget national et 10 % du budget des districts doivent être alloués à la santé, mais tous les districts ne respectent pas ces exigences.¹⁰³ Les provinces et les districts ont un pouvoir et une capacité limités en matière de recouvrement des impôts.¹⁰⁴
Kenya	<ul style="list-style-type: none"> Tous les comtés ont inclus des indicateurs de vaccination dans leurs plans de développement intégrés de comté, qui orientent la budgétisation, mais leur engagement envers la vaccination varie.¹⁰⁵ Peu de comtés disposent d'une assiette fiscale importante ou d'une capacité de recouvrement locale et dépendent des transferts provenant du niveau national.¹⁰⁶
Laos	<ul style="list-style-type: none"> Les provinces sont tenues de consacrer 9 % de leur budget à la santé, mais toutes ne le font pas. Les provinces ayant un taux de mortalité infantile plus élevé que la moyenne dépensent généralement moins.¹⁰⁷
Nigéria	<ul style="list-style-type: none"> Les États ont une liberté d'action presque totale en ce qui concerne leurs budgets et dépendent fortement des fonds fédéraux. Lorsque ces fonds sont insuffisants, ils allouent rarement des fonds de manière adéquate à la vaccination. Il n'y a pas de niveau de dépense minimal requis par la loi en ce qui concerne la santé.¹⁰⁸ Les États et les communes sont censés contribuer aux recettes de l'État. En moyenne, ils contribuent à hauteur de 26 % environ, mais il existe de grandes variations entre les États.¹⁰⁹
Pakistan	<ul style="list-style-type: none"> Les provinces ont un pouvoir discrétionnaire quasi total sur leurs propres budgets, l'engagement provincial et la couverture vaccinale variant considérablement.¹¹⁰
Soudan	<ul style="list-style-type: none"> Les formules d'allocation des ressources aux niveaux inférieurs ne sont pas transparentes, ce qui empêche les gouvernements infranationaux de savoir clairement quelles ressources sont disponibles. Les gouvernements infranationaux ne disposent pas de plafonds budgétaires pour faciliter la planification.¹¹¹
Vietnam	<ul style="list-style-type: none"> Les paiements par capitation/basés sur les effectifs aux établissements sont inefficaces et exacerbent les disparités entre les provinces et les régions urbaines/rurales.¹¹² Les provinces sont tenues de couvrir 50 % des coûts de la vaccination de routine, mais elles ne génèrent pas suffisamment de recettes locales. La capacité de création de revenus varie considérablement d'une province à l'autre.¹¹³ La budgétisation par poste aux provinces est inefficace et exacerbe les disparités entre les provinces et les régions urbaines/rurales.¹¹⁴

¹⁰⁰ Gavi, rapport d'évaluation conjointe de l'Inde, 2019.

¹⁰¹ Kala, M., Khullar, V. (Janvier 2018). État des finances publiques.

¹⁰² Chatterjee, S., Das, P., & Nigam, A. Variation du coût et des performances de la prestation des services de vaccination de routine en Inde.

¹⁰³ Évaluation du système de financement de la santé en Indonésie.

¹⁰⁴ OCDE. (Février 2019). Augmenter les recettes publiques en Indonésie d'une manière favorable à la croissance et à l'équité.

[https://one.oecd.org/document/ECO/WKP\(2019\)3/en/pdf](https://one.oecd.org/document/ECO/WKP(2019)3/en/pdf)

¹⁰⁵ Gavi, Rapport d'évaluation conjointe du Kenya, 2019.

¹⁰⁶ PPAc du Kenya pour la vaccination 2015-2019.

¹⁰⁷ Banque mondiale, évaluation du système de financement de la santé au Laos.

¹⁰⁸ Banque mondiale, évaluation du système de financement de la santé au Nigéria.

¹⁰⁹ Évaluation du système de financement de la santé au Nigéria.

¹¹⁰ Gavi, rapport d'évaluation conjointe du Pakistan, 2019.

¹¹¹ Gavi. (2016). Rapport d'évaluation conjointe du Soudan, 2016. <https://www.gavi.org/sites/default/files/document/joint-appraisal-sudan-2016pdf.pdf>

¹¹² Coe, M. et Gergen, J., mémoire du Vietnam.

¹¹³ Banque mondiale. (2015). Rendre le tout encore plus grand que la somme des parties : Un examen de la décentralisation fiscale au Vietnam.

<https://openknowledge.worldbank.org/bitstream/handle/10986/23951/MakingtheOwho0alization0in0Vietnam.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

¹¹⁴ Gavi, rapport d'évaluation conjointe du Vietnam, 2018.

1.2 DÉFI : CAPACITÉ DE BUDGÉTISATION ET DE GESTION DE PROGRAMME LIMITÉE OU VARIABLE AU NIVEAU INFRANATIONAL

Pays	Contexte
Côte d'Ivoire	<ul style="list-style-type: none"> Il n'y a pas de coordonnateur régional du PEV et les équipes soignantes régionales ne sont pas formées au PEV.¹¹⁵
Inde	<ul style="list-style-type: none"> Les capacités insuffisantes en matière de gestion, y compris la gestion des stocks, la gestion des ressources humaines, la microplanification, la responsabilisation et la coordination des partenaires, sont l'un des principaux facteurs de la mauvaise performance.¹¹⁶
Indonésie	<ul style="list-style-type: none"> Les gouvernements infranationaux ont eu des difficultés à utiliser leurs budgets dans leur totalité et à atteindre les objectifs de vaccination en partie à cause de la capacité insuffisante en matière de gestion des programmes infranationaux.¹¹⁷
Kenya	<ul style="list-style-type: none"> Compétences inappropriées au niveau du comté pour la gestion des services de vaccination avec de nombreux employés nouveaux et inexpérimentés. De nombreux organes administratifs/politiques infranationaux ne sont pas fonctionnels.¹¹⁸ Capacité infranationale limitée pour la collaboration avec le secteur privé, qui joue un rôle important dans la prestation de services.¹¹⁹
Soudan	<ul style="list-style-type: none"> L'augmentation des flux de financement vers les États n'a pas été compensée par des activités de renforcement des capacités en matière de gestion financière.¹²⁰

1.3 DÉFI : DONNÉES FINANCIÈRES ET PROGRAMMATIQUES INFRANATIONALES INSUFFISANTES OU INUTILISÉES

Pays	Contexte
Indonésie	<ul style="list-style-type: none"> Le PEV national dispose de peu d'informations sur la manière dont les fonds nationaux sont dépensés au niveau infranational.¹²¹
Kenya	<ul style="list-style-type: none"> Les rapports des comtés dans le système intégré d'information sur la gestion financière sont de mauvaise qualité, et, de ce fait, de peu d'informations sur les dépenses de vaccination sont disponibles.¹²² Faibles taux de déclaration et mauvaise qualité des données dans certains pays en raison du manque d'outils, de formation et de hiérarchisation.¹²³
Laos	<ul style="list-style-type: none"> Le niveau national a une compréhension limitée de la manière dont le financement généré par les provinces est mis en commun, alloué ou utilisé.¹²⁴ La mauvaise qualité des données complique la planification et le chevauchement des systèmes fait peser une lourde charge sur le personnel infranational en matière de collecte de données.¹²⁵
Timor oriental	<ul style="list-style-type: none"> Difficulté à suivre les dépenses spécifiques à la vaccination en raison de l'intégration.¹²⁶
République du Congo	<ul style="list-style-type: none"> Le grand nombre de personnes déplacées à l'intérieur de leur propre pays complique l'identification des populations cibles et le suivi des nourrissons.¹²⁷

¹¹⁵ Gavi. (2018). Rapport d'évaluation conjointe, 2018. <https://www.gavi.org/sites/default/files/document/joint-appraisal-c%25C3%25B4te-d-ivoire-2018pdf.pdf>

¹¹⁶ Center for Public Impact, Le programme universel de vaccination en Inde.

¹¹⁷ Maharani, A., & Tampubolon, G., La décentralisation a-t-elle affecté le statut vaccinal des enfants en Indonésie ?

¹¹⁸ PPAC du Kenya pour la vaccination 2015-2019.

¹¹⁹ Dutta, A., Maina, T., Ginivan, M., Koseki, S., Évaluation du système de financement de la santé au Kenya.

¹²⁰ Gavi, rapport d'évaluation conjointe du Soudan, 2016.

¹²¹ Communications du groupe principal de pays membre du LNCT d'Indonésie.

¹²² Gavi, Rapport d'évaluation conjointe du Kenya, 2019.

¹²³ Gavi, Rapport d'évaluation conjointe du Kenya, 2019.

¹²⁴ Communication du groupe principal de pays membre du LNCT du Laos.

¹²⁵ Banque mondiale, évaluation du système de financement de la santé au Laos.

¹²⁶ Gavi, rapport d'évaluation conjointe du Timor oriental, 2017.

¹²⁷ Gavi, rapport d'évaluation conjointe du Congo, 2017.

Vietnam	<ul style="list-style-type: none"> Utilisation insuffisante des données pour la planification et la gestion. Une législation stricte sur la résidence dans le district complique le suivi des enfants migrants.¹²⁸
----------------	--

1.4 DÉFI : FAIBLE COORDINATION, RESPONSABILISATION ET PARTAGE DES RESPONSABILITÉS

Pays	Contexte
Kenya	<ul style="list-style-type: none"> Il n'y a pas de partage clair des responsabilités en matière de vaccination entre le niveau national et les comtés.¹²⁹
Nigéria	<ul style="list-style-type: none"> Aucune approche intégrée pour la coordination du financement de la vaccination entre les États.¹³⁰
République du Congo	<ul style="list-style-type: none"> Pas de CCG et faible ICC.¹³¹
Soudan	<ul style="list-style-type: none"> La loi déléguant la responsabilité et le financement du secteur de la santé aux États et aux communes est imprécise en ce qui concerne les rôles et les responsabilités.¹³²
Timor oriental	<ul style="list-style-type: none"> Le gouvernement national a complètement relégué les dépenses de santé dans le budget national à l'arrière-plan pour l'exercice 2015-2016.¹³³
Vietnam	<ul style="list-style-type: none"> Rôles/responsabilité peu définis entre le MS et les gouvernements provinciaux en matière de prestation des soins de santé.¹³⁴

1.5 DÉFI : FINANCEMENT ET DÉCAISSEMENT FRAGMENTAIRES ET IMPRÉVISIBLES

Pays	Contexte
Côte d'Ivoire	<ul style="list-style-type: none"> Les retards de décaissement au niveau national sont courants.¹³⁵
Inde	<ul style="list-style-type: none"> Les responsables ont signalé une charge administrative supplémentaire en matière de garantie du décaissement des fonds depuis que les fonds de la State Health Society ont commencé à être acheminés par les comptes de l'État au lieu d'être directement transférés.¹³⁶
Indonésie	<ul style="list-style-type: none"> Les établissements de santé reçoivent des fonds par le biais de divers transferts depuis le niveau central et de la caisse d'assurance maladie nationale, ce qui crée une confusion en ce qui concerne les financements disponibles.¹³⁷
Kenya	<ul style="list-style-type: none"> Les décaissements de financement tardifs à tous les niveaux ont entraîné une exécution budgétaire par le MS de 68 % environ en 2014/2015 et des ruptures de stock fréquentes.¹³⁸ Les fonds collectés dans les établissements de santé doivent être acheminés vers les fonds d'administration du comté, ce qui empêche les services de santé locaux de gérer leurs propres revenus.¹³⁹

¹²⁸ Coe, M. et Gergen, J., mémoire du Vietnam.

¹²⁹ PPAC du Kenya pour la vaccination 2015-2019.

¹³⁰ Gavi, rapport d'évaluation conjointe du Nigéria, 2019.

¹³¹ Gavi, rapport d'évaluation conjointe du Congo, 2017.

¹³² Banque mondiale, Organisation mondiale de la Santé, et UNICEF. (2017). Vers la réalisation de la CSU : Soudan. Initiatives nationales, principaux défis et rôle des activités de collaboration. <http://documents1.worldbank.org/curated/en/929661513159699256/pdf/BRI-Moving-Toward-UHC-series-PUBLIC-WorldBank-UHC-Sudan-FINAL-Nov30.pdf>

¹³³ Gavi, rapport d'évaluation conjointe du Timor oriental, 2017.

¹³⁴ Gavi, rapport d'évaluation conjointe du Vietnam, 2018.

¹³⁵ Gavi. (2017a). Rapport d'évaluation conjointe de la Côte d'Ivoire, 2017. <https://www.gavi.org/sites/default/files/document/joint-appraisal-c%25C3%25B4te-d-ivoire-2018pdf.pdf>

¹³⁶ Berman, Peter, Bhawalkar, Manjiri, Jha, Rajesh ; suivi des ressources financières pour les soins de santé primaires dans l'État d'Uttar Pradesh, en Inde.

¹³⁷ Mahendradhata, Y., Trisnantoro, L., Listyadewi, S. ; examen du système de santé de la République d'Indonésie.

¹³⁸ Dutta, A., Maina, T., Ginivan, M., Koseki, S. ; évaluation du système de financement de la santé du Kenya, 2018.

¹³⁹ Health Policy Plus. (Février 2020). Améliorer la mobilisation des ressources nationales au Kenya grâce à une analyse juridique et politique. Project Impact. <http://www.healthpolicyplus.com/impacts.cfm?get=47>

Laos	<ul style="list-style-type: none"> Le processus de budgétisation est long, ce qui peut entraîner des retards de décaissement.¹⁴⁰
Nigéria	<ul style="list-style-type: none"> Les fonds sont souvent débloqués tardivement au niveau national. En 2018, ils ont été décaissés au troisième trimestre (le décaissement du financement par les États peut être davantage retardé).¹⁴¹
Pakistan	<ul style="list-style-type: none"> Le financement provincial est très fragmentaire, avec de multiples sources fédérales et provinciales et un niveau élevé de financement hors budget provenant des donateurs. Entraîne des retards dans les flux de financement et des revenus imprévisibles.¹⁴² Il y a eu un certain retard dans le décaissement aux provinces des fonds des donateurs provenant du Fonds fiduciaire multidonateurs.¹⁴³
République du Congo	<ul style="list-style-type: none"> Le financement est souvent incomplet et décaissé en fin d'année (en 2018, environ 15 % ont été décaissés en octobre).¹⁴⁴
Soudan	<ul style="list-style-type: none"> Un large éventail d'acheteurs crée un système de financement complexe pour les établissements.¹⁴⁵ Les fonds sont souvent décaissés tardivement au niveau national, certains paiements ne parvenant jamais aux prestataires.¹⁴⁶

1.6 DÉFI : RÉPARTITION ET APPROVISIONNEMENT INÉQUITABLES EN RH

Pays	Contexte
Côte d'Ivoire	<ul style="list-style-type: none"> Ressources humaines insuffisantes et inégalement réparties et manque d'informations sur les ressources humaines existantes au niveau infranational et dans le secteur privé.¹⁴⁷
Inde	<ul style="list-style-type: none"> Le nombre d'employés, leur répartition et leur rémunération sont décidés par les États, avec de grandes variations entre les États et une mauvaise répartition.¹⁴⁸
Indonésie	<ul style="list-style-type: none"> Le système d'information sur la gestion des ressources humaines est faible et la main-d'œuvre est inégalement répartie au niveau régional et entre les zones rurales et urbaines.¹⁴⁹
Kenya	<ul style="list-style-type: none"> Disparités importantes dans la répartition des ressources humaines entre les comtés. Le paiement tardif des salaires entraîne des grèves sporadiques des professionnels de santé.¹⁵⁰
Laos	<ul style="list-style-type: none"> Le financement au niveau national du personnel de santé est limité et les niveaux locaux doivent pourvoir les postes vacants avec des postes contractuels, qui sont moins attractifs.¹⁵¹
Nigéria	<ul style="list-style-type: none"> Une récente augmentation des salaires a davantage mis à rude épreuve la capacité des États à assurer le paiement en temps opportun des professionnels de santé.¹⁵²
Pakistan	<ul style="list-style-type: none"> Le PEV n'a pas conservé ses ressources humaines depuis la déconcentration des pouvoirs en raison de la faible rémunération, de l'ingérence politique, de la sous-utilisation des agents vaccinateurs et des professionnels de santé féminins, et des occasions limitées de renforcement des capacités du personnel sur site. La lourde charge des ressources humaines laisse peu de place aux coûts opérationnels.¹⁵³

¹⁴⁰ Banque mondiale, évaluation du système de financement de la santé au Laos.

¹⁴¹ Gavi, rapport d'évaluation conjointe du Nigéria, 2019.

¹⁴² Kazmi, S., Nair, D., Oelrichs, R. et al. (2016). Collaborer pour améliorer la vaccination au Pakistan. Banque mondiale.

<https://www.rbhealth.org/sites/rbf/files/Collaborating%20to%20improve%20immunization%20in%20Pakistan.pdf>

¹⁴³ Gavi, rapport d'évaluation conjointe du Pakistan, 2019.

¹⁴⁴ Communications du groupe principal de pays membre du LNCT de la République du Congo.

¹⁴⁵ Banque mondiale, Organisation mondiale de la Santé et UNICEF, Vers la réalisation de la CSU : Soudan.

¹⁴⁶ Banque mondiale, Organisation mondiale de la Santé et UNICEF, Vers la réalisation de la CSU : Soudan.

¹⁴⁷ Gavi, rapport d'évaluation conjointe, 2018.

¹⁴⁸ Gavi, rapport d'évaluation conjointe de l'Inde, 2019.

¹⁴⁹ Efendi, F., Kurniati, A. (2019). Profil de pays de l'Indonésie en ce qui concerne les ressources humaines pour la santé.

https://www.researchgate.net/publication/258217131_Human_Resources_for_Health_Country_Profile_of_Indonesia

¹⁵⁰ Gavi, Rapport d'évaluation conjointe du Kenya, 2019.

¹⁵¹ Qian, Y., Yan, F., & Wang, W., Défis liés au renforcement du personnel de santé en République démocratique populaire lao.

¹⁵² Gavi, rapport d'évaluation conjointe du Nigéria, 2019.

¹⁵³ Haque, M., Waheed, M., Masud, T., et al. (novembre 2016). Le Programme élargi de vaccination du Pakistan et le National Immunization Support Project : Une analyse

économique. Banque mondiale. <https://openknowledge.worldbank.org/bitstream/handle/10986/25864/111815-WP-PAKImmunizationEA-PUBLIC.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

République du Congo	<ul style="list-style-type: none"> • Ressources humaines insuffisantes et inégalement réparties.¹⁵⁴
Timor oriental	<ul style="list-style-type: none"> • Ressources humaines, formation et supervision inadéquates dans les zones rurales.¹⁵⁵
Vietnam	<ul style="list-style-type: none"> • Les zones rurales disposent de ressources humaines insuffisantes, en partie à cause de la concurrence avec le secteur privé, que l'on retrouve essentiellement dans les zones urbaines.¹⁵⁶

¹⁵⁴ Gavi, rapport d'évaluation conjointe du Congo, 2017.

¹⁵⁵ Gavi, rapport d'évaluation conjointe du Timor oriental, 2017.

¹⁵⁶ Coe, M. et Gergen, J., mémoire du Vietnam.