



Observateur du Fonds mondial

LETTRE D'INFORMATION

Numéro 88 : 5 juillet 2019

OFM est une lettre d'information indépendante du Fonds mondial.

[OFM en direct >>](#)

[Site Aidspan >>](#)

[Contactez-nous >>](#)

AU SOMMAIRE :

1. **RAPPORT : l'Observatoire régional de traitement communautaire catalyse les investissements du Fonds mondial en Afrique occidentale**

PAR GEMMA OBERTH

En janvier 2017, le Fonds mondial a accordé 3,6 millions d'euros à la Coalition internationale pour la préparation aux traitements (ITPC) pour la mise en œuvre d'un observatoire régional de traitement communautaire dans onze pays d'Afrique occidentale. L'ITPC a récemment publié un nouveau rapport détaillant ses principales constatations, son analyse et les occasions de plaider qui émergent après un an et demi de mise en œuvre. Le rapport met en évidence les principales lacunes le long du continuum de prise en charge du VIH, et présente des exemples de réussite du plaidoyer en matière de réduction des ruptures de stock et d'amélioration de la qualité des données au niveau des établissements. Explications de l'auteure principale du rapport.

2. **ANALYSE : Les programmes du Fonds mondial en proie à des difficultés liées au contexte monétaire problématique au Zimbabwe**

PAR SAMUEL MUNIO ET DJESIKA AMENDAH

Le Zimbabwe a récemment entrepris des réformes visant à réduire la « dollarisation » de son économie, et vient d'interdire l'utilisation de toute monnaie étrangère. Le changement dans la politique monétaire a eu un effet nuisible sur les subventions du Fonds mondial, provoquant des retards dans certains aspects de la mise en œuvre des subventions, augmentant leurs coûts transactionnels, engendrant des difficultés de comptabilité, affectant le moral du personnel de santé et réduisant l'aptitude de l'État à acheter des antirétroviraux.

3. ACTUALITE : Le nouveau portail Data Explorer du Fonds mondial aspire à raconter une histoire au travers des données

PAR ANDREW GREEN

Le Fonds mondial a remplacé la section « Portefeuille de subventions » de son site Web par Data Explorer, une plateforme interactive permettant d'examiner les financements du Fonds mondial et de consulter les résultats de ces investissements. Le nouveau portail offre des occasions d'affiner et visualiser des données qui n'étaient pas disponibles auparavant. Ses concepteurs affirment qu'il devrait à terme être élargi et inclure davantage d'informations sur les investissements des donateurs dans le Fonds mondial et l'impact des subventions du Fonds.

4. ACTUALITE : Sir Elton John unit sa voix à celle du Président Macron pour appeler à mobiliser 14 milliards de dollars pour la reconstitution des ressources du Fonds mondial

PAR ADELE SULCAS

La colonne « D'intérêt » de ce numéro de l'OFM met en lumière l'appel conjoint de Sir Elton John et du Président français Emmanuel Macron à mobiliser 14 milliards de dollars pour la reconstitution des ressources du Fonds mondial, la promesse de sauver « un million de vies » faite par le Japon lors de son engagement à l'occasion de la sixième reconstitution des ressources, le lancement de la campagne #FillUpTheFund d'un groupe d'ONG allemandes, le nouveau plan sur les droits humains de l'Afrique du Sud dans le contexte de la tuberculose et du VIH et la dépénalisation de l'homosexualité au Botswana.

DOSSIER SPECIAL : COMMENT LE FONDS MONDIAL CONTRIBUE A RENFORCER LES SYSTEMES DE SANTE DES PAYS RECIPIENDAIRES

5. ANALYSE : Construire et renforcer un système de santé en s'appuyant sur le Fonds mondial : l'exemple du Rwanda

PAR THIERRY RAMOS

Le volontarisme politique du Rwanda l'a conduit à devancer la stratégie du Fonds mondial sur les systèmes résistants et pérennes pour la santé pour intégrer les financements de la lutte contre les trois pandémies afin de renforcer son système sanitaire. La revue de la littérature montre que cette intégration a largement participé à la dynamique positive du système rwandais depuis 20 ans et a eu effet catalytique dans la lutte contre les pandémies.

6. ANALYSE : Transformer durablement et en profondeur la chaîne d'approvisionnement en produits de santé dans les pays à ressources limitées : quels leviers d'innovation pour le Fonds mondial ?

PAR DR ALASSANE BA et DR KARL HOUNMENO

Le médicament, et en particulier l'accès aux produits de santé de qualité, est un enjeu mondial. Etant donné que plus de 60% des ressources financières du Fonds mondial sont dédiées aux produits de santé, il est essentiel de maîtriser la chaîne d'approvisionnement dans un contexte d'augmentation de la demande (avec la mise à l'échelle des traitements ARV, changement des directives de traitement, nouvelles technologies de diagnostic, augmentation du nombre de centres de prise en charge). Cela passe nécessairement par des réformes de la chaîne d'approvisionnement, un alignement des partenaires sur une feuille de route commune, et un leadership des gouvernements des pays en développement.

7. ANALYSE : Le Fonds mondial et la participation communautaire

PAR SIMON KABORE

Un des acquis importants du Fonds mondial de lutte contre le VIH, le paludisme et la tuberculose est le renforcement des communautés et de la société civile dans la gouvernance des interventions sanitaires et la délivrance des services de santé. Le Fonds mondial semble avoir suscité des innovations réformatrices des systèmes de santé, alors qu'il n'était pas vu au départ que comme un instrument financier, mais doit pour cela bénéficier du soutien des partenaires, en particulier de l'OMS qui joue un rôle naturel de leader dans ce domaine.

8. ANALYSE : Les conséquences de la crise Ebola 2014-15 sur les systèmes de santé de la Guinée, la Sierra Leone et du Libéria

PAR LAURENT AVENTIN

La crise Ebola de 2014-2015 qui a touché la Guinée, la Sierra Leone et le Libéria a provoqué d'importants dysfonctionnements dans les services de santé au-delà des victimes directes de l'épidémie. Les populations les plus vulnérables, en particulier les femmes les enfants, les personnes vivant avec le VIH mais également les patients souffrant du paludisme ou de la tuberculose ont payé un prix élevé du fait du manque d'accès aux soins et de la défiance vis-à-vis des structures de soins.

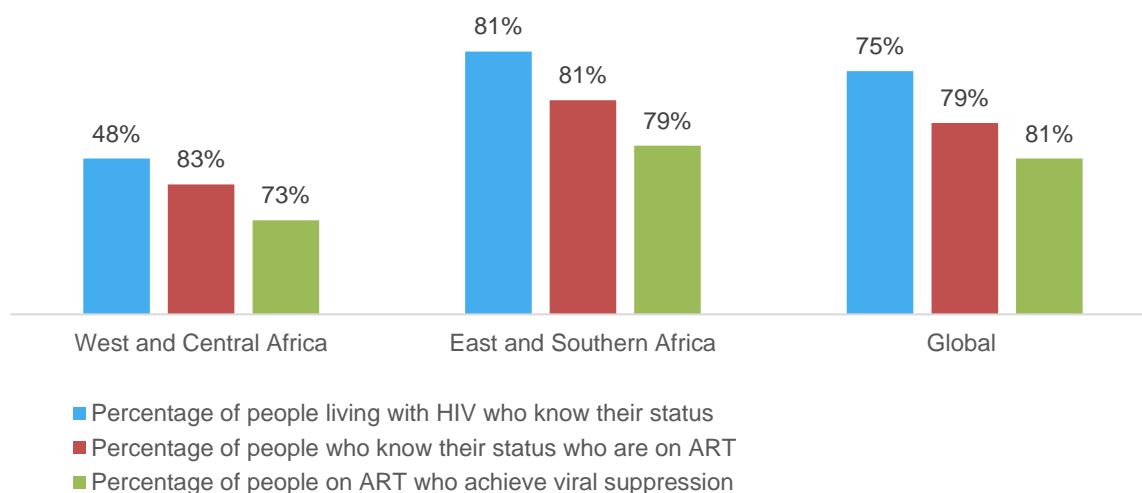
1. ANALYSE : l'Observatoire régional de traitement communautaire catalyse les investissements du Fonds mondial en Afrique occidentale

Une subvention de suivi communautaire allège les ruptures de stock et améliore la qualité des données

Gemma Oberth

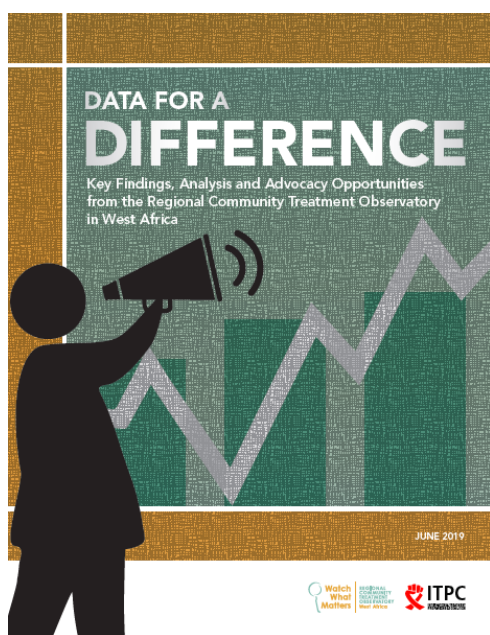
L'Afrique occidentale et centrale est l'une des régions les plus difficiles pour les subventions du Fonds mondial. Il ressort d'un [examen consultatif](#) récent du Bureau de l'Inspecteur général (BIG) que les systèmes de santé faibles et le suivi insuffisant sont liés à une exécution déficiente des subventions et à des progrès lents de la lutte contre les maladies. Les données de l'ONUSIDA montrent que la région est loin d'atteindre ses cibles de traitement du VIH (Figure 1).

Figure 1. Progrès au regard des cibles 90-90-90, par région (ONUSIDA, 2017)



Selon le rapport du BIG, l'insuffisance de données détaillées nuit à la prise de décisions au niveau régional (voir l'[article](#) du numéro 86 de l'OFM). Le plan de rattrapage de l'ONUSIDA pour l'Afrique occidentale et centrale appelle à la mise en place de systèmes de suivi communautaire concernant les stocks de produits, les frais des services et la qualité des soins.

En janvier 2017, le Fonds mondial a accordé 3,6 millions d'euros à la Coalition internationale pour la préparation aux traitements (ITPC) pour la mise en œuvre d'un [observatoire régional de traitement communautaire](#) (RCTO-WA) dans onze pays de la région : Bénin, Côte d'Ivoire, Gambie, Ghana, Guinée, Guinée-Bissau, Libéria, Mali, Sénégal, Sierra Leone et Togo. La subvention appuie le réseau national de personnes vivant avec le VIH de chaque pays dans le cadre de la collecte et de l'analyse des données au niveau des établissements tout le long du continuum de prise en charge du VIH. Il soutient également le plaidoyer fondé sur les données aux niveaux national et régional en faveur de meilleures prestations de services.



Dans [un nouveau rapport intitulé « Data for a Difference »](#), l’ITPC expose ses principales constatations, son analyse et les occasions de plaider qui émergent après un an et demi de mise en œuvre de cette subvention.

Les réseaux nationaux ont bénéficié d’une formation intensive, après quoi le RCTO-WA a réalisé 538 visites mensuelles de suivi dans 103 établissements de santé répartis dans les 11 pays entre juillet 2017 et juin 2018. Les établissements visés accueillent plus de 80 000 personnes sous traitement antirétroviral.

L’observatoire a également mené 279 entretiens avec des informateurs clés et 110 groupes de réflexion avec

des prestataires de services et des bénéficiaires.

Les résultats du suivi communautaire sont présentés dans le rapport selon cinq critères – disponibilité, accessibilité, acceptabilité, accessibilité financière et caractère approprié.

Disponibilité

Le RCTO-WA fait état d’une fréquence de ruptures de stock de 8,8 % pour les tests de dépistage du VIH, de 23,4 % pour les antirétroviraux et de 17,2 % pour les fournitures de laboratoire de mesure de la charge virale (réactifs et consommables), avec toutefois des différences considérables d’un pays à l’autre (Tableau 1).

Tableau 1. Fréquence des ruptures de stock enregistrées aux établissements de santé couverts par le RCTO-WA

Pays	Ruptures de stock de kits de dépistage du VIH	Ruptures de stock d’antirétroviraux	Ruptures de stock de fournitures de laboratoire pour la charge virale
	Pourcentage moyen de visites d’établissements de santé au cours desquelles une rupture de stock a été constatée (IC 95 %)		
Tous pays confondus	8,8 (6,4-11,2)	23,4 (19,8-27,0)	17,2 (14,0-20,4)
Bénin	0,0 (0,0-0,0)	0,0 (0,0-0,0)	16,7 (0,0-38,7)
Côte d’Ivoire	2,9 (0,0-6,1)	13,3 (6,8-19,8)	0,0 (0,0-0,0)
Gambie	0,0 (0,0-0,0)	16,2 (7,4-24,9)	50,0 (38,0-62,0)
Ghana	2,6 (0,0-7,7)	10,3 (0,7-19,8)	0,0 (0,0-0,0)
Guinée	45,5 (32,2-58,7)	34,5 (21,9-47,2)	54,5 (41,2-67,8)

Guinée-Bissau	8,3 (0,0-24,7)	16,7 (0,0-38,7)	0,0 (0,0-0,0)
Libéria	5,3 (0,0-12,4)	47,4 (31,3-63,4)	7,9 (0,0-16,5)
Mali	16,7 (0,0-34,0)	22,2 (2,9-41,6)	5,6 (0,0-16,2)
Sénégal	12,7 (3,9-21,5)	21,8 (10,9-32,8)	20,0 (9,4-30,6)
Sierra Leone	5,5 (0,8-10,2)	23,1 (14,4-31,7)	5,5 (0,8-10,2)
Togo	0,0 (0,0-0,0)	46,7 (32,0-61,4)	13,3 (3,4-23,3)

Les ruptures de stock d'antirétroviraux duraient en moyenne 41 jours. Dans le cas le plus extrême, un établissement de santé de Côte d'Ivoire a connu une rupture de stock de ténofovir et de lamivudine qui a duré près de sept mois. L'observatoire régional de traitement communautaire s'attache à alléger ces ruptures de stock.

« À l'hôpital Bethesda de Cotonou, nous avons remarqué que le site n'avait pas reçu de réactifs de laboratoire depuis plus de dix mois », a indiqué Valentin Roch Houngbo, coordonnateur du Réseau béninois des associations de personnes vivant avec le VIH (REBAP+). « Nous avons présenté ces données au coordonnateur adjoint du Programme national de lutte contre le sida à une de nos réunions de groupes consultatifs communautaires, et une solution a été trouvée. Lors de notre visite de suivi suivante, le site était approvisionné. »

Accessibilité

Si les ruptures de stock sont une préoccupation majeure dans la région, les données qualitatives de l'observatoire issues des entretiens avec des informateurs clés et des groupes de réflexion mettent en lumière les longues distances à parcourir pour se rendre dans les établissements de santé, qui constituent un obstacle à l'accès aux services de dépistage du VIH et au traitement antirétroviral (Figures 2 et 3).

Figure 2. Raisons données pour l'absence d'accès aux services de dépistage du VIH (n=289)

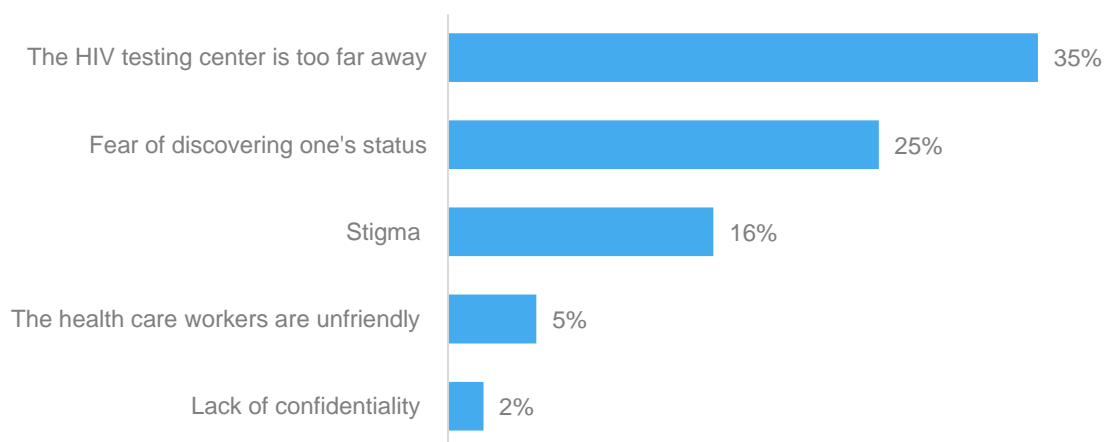
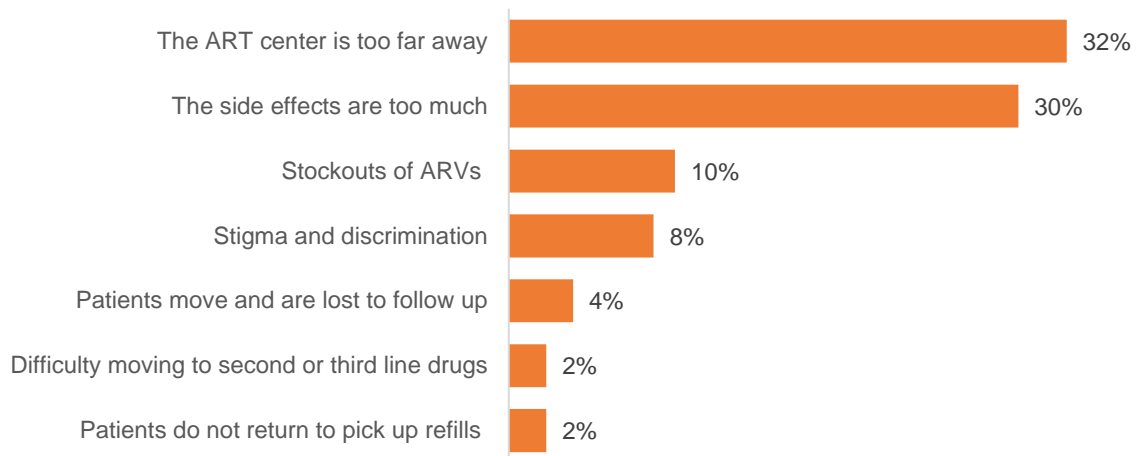


Figure 3. Raisons données pour l'absence d'accès au traitement antirétroviral (n=321)



Le RCTO-WA utilise ces données pour plaider en faveur d’options différenciées de prestation de services pour que les services de dépistage du VIH et de traitement antirétroviral puissent être rendus disponibles au niveau communautaire.

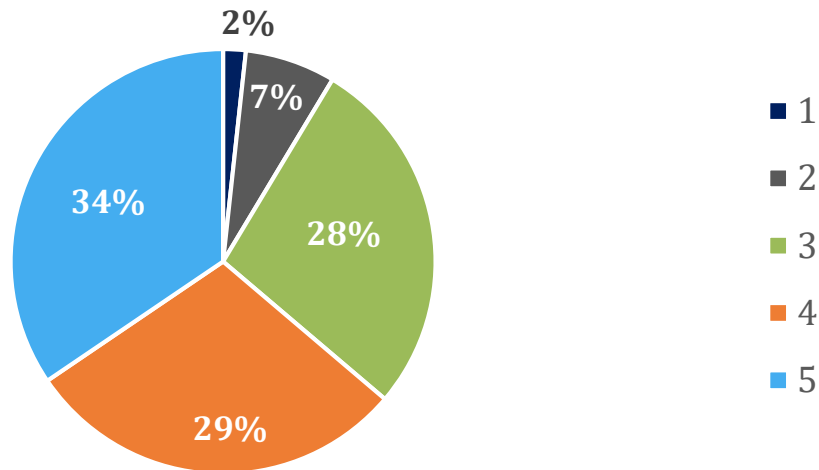
« Le 4 mars 2019, nous avons présenté nos données sur le suivi communautaire dans la salle de conférence du Programme national de lutte contre le VIH/sida, et souligné le faible recours aux services, en particulier parmi les populations clés », a déclaré Martin Philip Ellie, gestionnaire de programme au Réseau de personnes séropositives au VIH de la Sierra Leone (NETHIPS). « Après notre présentation, nous avons obtenu l’engagement des pouvoirs publics concernant l’élaboration d’une politique de prestation de services différenciée pour la Sierra Leone. Le gouvernement et le Secrétariat national de lutte contre le sida ont signé cette politique en mai 2019. »

Acceptabilité

Le rapport de l’ITPC souligne que la mauvaise qualité des soins peut être aussi critique que le non accès aux services de santé, citant une [étude récente](#). L’observatoire régional demande aux gens d’évaluer la qualité des services dont ils bénéficient aux établissements de santé suivis sur une échelle de un (note minimale) à cinq (note maximale).

Un tiers des personnes consultées ont donné une note inférieure ou égale à 3 sur l’échelle de 1 à 5 (Figure 4). La qualité des soins a reçu la note la plus basse parmi les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (3,16/5,00) et la plus élevée parmi les femmes enceintes (4,00/5,00). Les adolescentes et les jeunes femmes âgées de 15 à 24 ans ont donné à la qualité des soins une note inférieure à celle de leurs homologues masculins (3,73/5,00 contre 3,86/5,00).

Figure 4. Note moyenne de la qualité des soins (sur 5) aux établissements de santé couverts par le RCTO-WA (n=55)



Le Réseau gambien des sociétés de soutien contre le sida (GAMNASS) a utilisé les données de l'observatoire pour obtenir l'engagement du comité spécial santé de l'Assemblée nationale à interpeller le ministère de la Santé et le Secrétariat national de lutte contre le sida concernant des plans d'amélioration des résultats des établissements de santé.

Quant au Réseau malien des associations de personnes vivant avec le VIH (RMAP+), il s'est servi des données du RCTO-WA pour améliorer la qualité des données et le suivi des patients. Au cours d'une récente visite de suivi à l'hôpital universitaire Gabriel Touré à Bamako, RMAP+ a attiré l'attention des responsables de l'établissement de santé sur les problèmes de saisie de données sur les résultats des tests de charge virale. Les infirmiers enregistrent dorénavant les résultats pour chaque patient plutôt que les regrouper par date.

Selon Gavin Reid, conseiller technique en matière de systèmes et ripostes communautaires au Fonds mondial, le suivi communautaire est une priorité importante pour le Fonds. « Les communautés et les bénéficiaires des services ont un rôle crucial à jouer dans l'élaboration de faits probants concernant la disponibilité, l'accessibilité et la qualité des services », estime M. Reid. « Utiliser ces données collectées par l'observatoire régional pour faire face aux goulots d'étranglement en temps opportun est essentiel pour améliorer la réactivité et l'efficacité des programmes de lutte contre le VIH et atteindre les cibles nationales et mondiales ».

Accessibilité financière

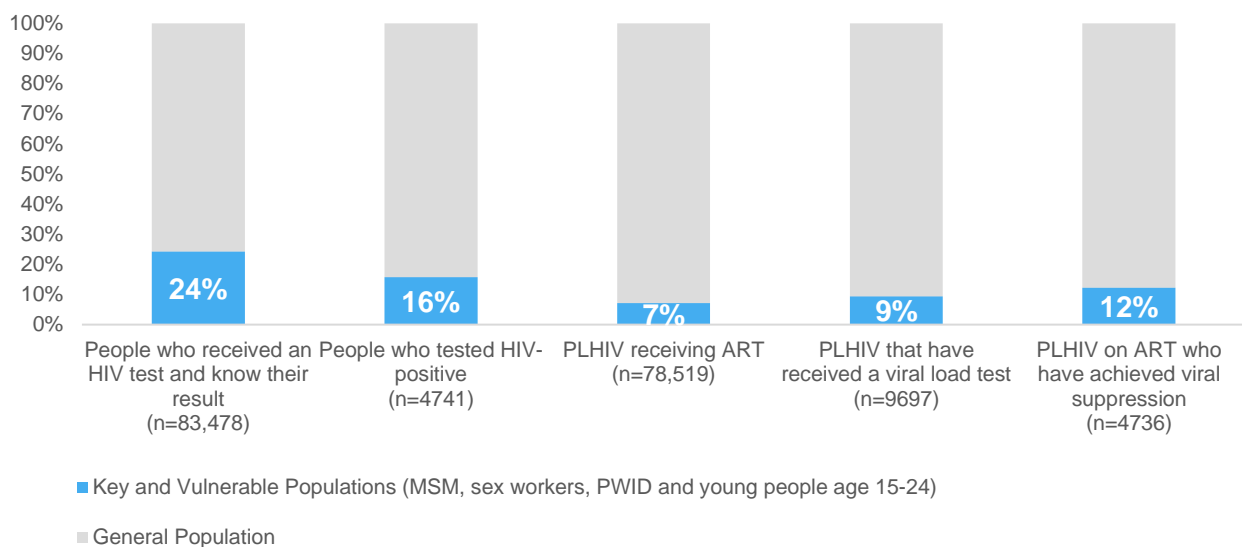
Malgré les [frais élevés que les patients doivent débours](#) pour leurs soins de santé dans la région, moins de 5 % (n=334) des personnes interrogées aux établissements de santé suivis par le RCTO-WA ont qualifié ces frais d'obstacle à l'accès aux services. Le rapport de l'ITPC reconnaît que cette constatation est pour le moins surprenante, et entend étudier la question de manière plus approfondie lors de futures visites de suivi.

Caractère approprié

Enfin, les données du RCTO-WA révèlent si les services de santé fournis aux établissements de santé suivis sont ciblés et adaptés aux populations clés et vulnérables dont les besoins sont les plus grands. En dépit de l'engagement des pays signataires de la [Déclaration de Dakar](#) à renforcer l'information stratégique sur les populations clés, seuls 38 des 103 (37 %) établissements de santé visés communiquent des données pour au moins une population clé.

Lorsque des données sont effectivement communiquées, l'analyse de l'observatoire fait état d'un clair problème de mise en relation avec les soins pour les populations clés. Les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, les travailleurs du sexe, les consommateurs de drogues injectables et les jeunes (15-24 ans) représentent 16 % des personnes dont le test de dépistage du VIH s'avère positif, mais 7 % seulement des personnes sous traitement antirétroviral aux établissements surveillés par le RCTO-WA (Figure 5).

Figure 5. Populations clés et vulnérables atteintes le long de la cascade aux établissements de santé suivis par le RCTO-WA



Le Réseau national de personnes vivant avec le VIH du Ghana (NAP+) a tiré parti des données du RCTO-WA pour établir un dialogue avec les imams, les groupes de femmes et les chefs à Tamale, et discuter des manières de s'attaquer aux obstacles liés aux droits humains et au genre entravant l'accès aux services des populations clés.

Difficultés de mise en œuvre

Gérer une subvention d'une telle ampleur et d'une telle portée ne va pas sans difficultés. « Les différences en termes de couverture géographique des activités nationales et les différentes capacités des réseaux nationaux ont présenté des difficultés », affirme Alain Manouan, directeur du projet de suivi du traitement communautaire d'ITPC. « Nous avons innové en classant les activités nationales de suivi selon différents niveaux », poursuit M. Manouan. « Certaines faisaient des progrès, certaines au niveau des districts et d'autres au niveau national. Cela nous a permis d'apporter un soutien plus efficace à nos sous-récepteurs. »

Le bureau régional de l'ITPC pour l'Afrique occidentale, basé en Côte d'Ivoire, réalise des contrôles trimestriels d'assurance qualité dans chacun des onze pays, supervise la collecte de données, vérifie l'exactitude des données et appuie l'analyse des données et la planification du plaidoyer. Cela prend du temps et coûte cher, mais c'est nécessaire à la réussite de la subvention.

« Il est important que les gens sachent qu'ils peuvent faire confiance aux données communautaires », estime Solange Baptiste, directrice exécutive de l'ITPC. « La rigueur dont nous faisons preuve dans la vérification des données que nous collectons est la raison pour laquelle notre plaidoyer est pris au sérieux aux niveaux national, régional et mondial ».

Priorités pour l'avenir

Le rapport se termine par un plan de plaidoyer fondé sur les données, élaboré par le Comité consultatif régional du RCTO-WA lors de sa réunion d'octobre 2018 à Abidjan (Côte d'Ivoire).

À l'heure actuelle, les principales priorités de l'ITPC et de ses partenaires en matière de plaidoyer sont les suivantes :

- accroître la disponibilité d'options de dépistage du VIH ailleurs que dans les établissements de santé, notamment des services de dépistage communautaires ;
- améliorer la communication le long de la chaîne d'approvisionnement afin d'éviter les ruptures de stock d'antirétroviraux ;
- accroître le financement afin de garantir la disponibilité de machines de détermination de la charge virale et de fournitures de laboratoire adéquates.

« Des approches différenciées de prestation de services ont émergé du plaidoyer du RCTO-WA », affirme Sonia Florisse, gestionnaire de portefeuille du Fonds pour la subvention de l'ITPC. Et de signaler que les 11 réseaux nationaux appuyés dans le cadre de la subvention plaident en faveur d'une plus grande accessibilité et de services communautaires. « Partout, les subventions de lutte contre le VIH du Fonds mondial appuient désormais la mise en œuvre de ces démarches différenciées. De cette manière, la subvention de l'ITPC a eu un effet catalyseur pour les investissements du Fonds mondial dans les pays couverts », explique-t-elle.

Les activités de suivi communautaire de l'observatoire régional se poursuivront jusqu'à la fin du mois de juin 2019, après quoi l'ITPC publiera un deuxième rapport de plaidoyer. L'ITPC se prépare également à accueillir un événement d'apprentissage du RCTO-WA en octobre 2019 à Abidjan, afin de partager les leçons tirées de la subvention et de renforcer les capacités d'autres entités à déployer le modèle de l'ITPC. « Au final, ce que nous avons réussi à accomplir dans le cadre de cette subvention est un mécanisme de suivi communautaire qui génère des données de qualité pour des actions ciblées », commente Mme Baptiste. « Cela signifie que toute communauté, où qu'elle se trouve dans le monde, peut adapter ce modèle pour tout problème auquel elle juge utile de s'attaquer ».

Les résultats enregistrés en Côte d'Ivoire ont encouragé le PEPFAR à prévoir un financement dans son plan opérationnel de pays 2019 pour poursuivre les travaux de l'observatoire de traitement communautaire.

À l'approche du cycle de financement 2020-2022 du Fonds mondial, d'autres occasions de maintenir les avancées et de mettre à l'échelle le modèle de l'ITPC sont envisagées. « Les exemples de réseaux à même de convaincre les programmes nationaux de modifier les pratiques des prestataires en matière de VIH sont extrêmement puissants », estime Mme Florisse. « On peut penser qu'il s'agit de petits pas, mais ils font progresser les droits des patients et, au final, les droits humains ».

Autres ressources :

- *Rapport intégral de l'ITPC, ['Data for a Difference: Key Findings, Analysis and Advocacy Opportunities from the Regional Community Treatment Observatory in West Africa'](#)*
- *Résumé du rapport de l'ITPC, ['Regional Community Treatment Observatory West Africa Fact Sheet'](#)*

Gemma Oberth est une consultante indépendante, auteure principale du rapport de l'ITPC. Elle est également consultante directement auprès du Fonds mondial, appuyant l'Initiative stratégique sur les questions liées aux communautés, aux droits et au genre. Aidspace en a été informé et n'a pas considéré ce fait comme constituant un conflit d'intérêts compte tenu de la contribution non rémunérée de l'auteure à l'OFM en vue de faire connaître les conclusions du rapport de l'ITPC.

2. **ANALYSE : Les programmes du Fonds mondial en proie à des difficultés liées au contexte monétaire problématique au Zimbabwe**

Les subventions du Fonds mondial en difficulté dans le contexte des réformes de dédollarisation

Samuel Muniu et Djesika Amendah

Le Zimbabwe a récemment réformé sa politique monétaire dans le but de réduire sa dépendance à l'égard du dollar US et d'autres devises, et de rendre sa propre monnaie, le bond note, la seule monnaie ayant cours légal et le principal instrument d'échange. Ces réformes, entamées en octobre 2018, ont nui aux subventions du Fonds mondial au Zimbabwe. Elles ont entraîné des retards de mise en œuvre, des problèmes financiers et de comptabilité, ont affecté le moral du personnel de santé et réduit l'aptitude de l'État à se procurer des antirétroviraux, entre autres conséquences négatives, selon [une nouvelle analyse d'Aidspace](#) sur laquelle repose cet article.

Les données sur lesquelles repose l'analyse proviennent d'un examen de la demande de financement du Zimbabwe au Fonds mondial, de la politique monétaire du pays et d'entretiens avec des membres du personnel des bénéficiaires principaux, des maîtres d'œuvre des subventions du Fonds mondial, du Secrétariat du Fonds mondial et de la société civile. Les entretiens ont été menés entre la fin mai et début juin.

Le Zimbabwe, pays enclavé situé dans le sud de l'Afrique, a abandonné son ancienne monnaie, le dollar zimbabwéen, en avril 2009, après que le pays eut enregistré la [pire hyperinflation](#) de l'histoire récente : le dollar zimbabwéen avait perdu 79,6 milliards de pour cent de sa valeur au plus fort de la crise d'hyperinflation de 2008 (hyperinflation qui avait suivi une réforme territoriale visant à redistribuer les terres agricoles de la minorité de Zimbabwéens blancs). Le pays a adopté le dollar US et d'autres devises comme mode de paiement, ce qui a certes stabilisé l'économie, mais a mené à une perte de compétitivité des produits locaux. En 2016, le Zimbabwe a introduit le « bond note », une quasi-monnaie alors utilisée uniquement pour les transactions nationales, dans son économie, pour remédier à une pénurie de dollars US due à la sortie de ceux-ci du pays sous forme de paiement des importations. Les bond notes étaient émis à parité avec le dollar US.

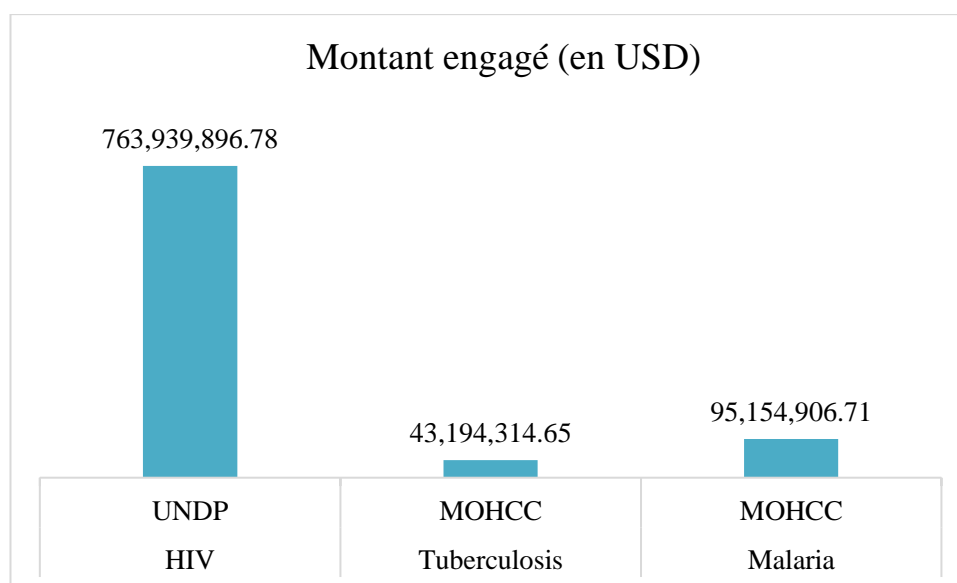
Figure 1 : Situation géographique du Zimbabwe en Afrique



Profils du Zimbabwe en matière de VIH, de tuberculose et de paludisme et politique monétaire

Le Zimbabwe a un des taux de [prévalence du VIH](#) les plus élevés d’Afrique (13,3 % chez les adultes) et figure parmi les 30 pays du monde aux taux les plus élevés de tuberculose, selon l’ONUSIDA et l’OMS. En 2017, l’[incidence de la tuberculose](#) était élevée, avec 221 nouveaux cas pour 100 000 habitants, par rapport au taux mondial de 133 nouveaux cas. Durant la saison des pluies, près de la moitié des Zimbabwéens risquent de contracter le [paludisme](#). C’est à ce titre que le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme apporte son soutien au Zimbabwe depuis 2003 dans la lutte contre les trois maladies. Le Fonds mondial a alloué 500 millions de dollars au Zimbabwe pour lutter contre le VIH, la tuberculose et le paludisme au cours de la période de mise en œuvre 2018–2020. Le plus gros de ces fonds a été consacré au VIH (85 %), les programmes de lutte contre le paludisme et la tuberculose recevant respectivement 10 % et 5 %.

Figure 2 : Subventions actives du Fonds mondial au Zimbabwe



Le 1^{er} octobre 2018, dans une tentative de dédollarisation de l'économie, la banque centrale du Zimbabwe a ordonné aux banques de détail de diviser les comptes en devises en deux catégories, les comptes de transactions en monnaies étrangères, appelés Nostro, et les comptes de transactions en monnaie locale, libellés en bond notes, appelés Real Time Gross Settlement (RTGS), soit règlement brut en temps réel.

La [décision de la banque centrale](#) a établi un taux de change fixe de 1:1 entre le dollar US et le bond note. Mais en raison du manque de confiance des Zimbabweens dans le bond note, [celui-ci s'est déprécié](#) et s'échangeait sur le marché noir à un taux de 1:4. La banque centrale n'a pas fourni de mécanisme interbancaire de transfert de devises d'une banque à l'autre, ce qui rendait impossible d'effectuer des paiements en devises.

En février 2019, reconnaissant les difficultés économiques, la banque centrale a introduit un mécanisme de transfert de devises entre banques et permis aux forces du marché de déterminer le taux de change de la monnaie locale (appelée depuis février 2019 le dollar RTGS) vis-à-vis du dollar US et d'autres devises. Le 29 mai 2019, le [taux de change entre le dollar RTGS et le dollar US](#) était de 1:8 sur le marché noir.

Retards de mise en œuvre des subventions du Fonds mondial

La nouvelle [politique monétaire](#) annoncée le 1^{er} octobre 2018 au Zimbabwe a ralenti la mise en œuvre des subventions du Fonds mondial en raison de diverses difficultés de paiement de biens et services, selon les personnes interrogées par Aidsplan. Dans un premier temps, le transfert en monnaie étrangère entre banques n'était plus possible, du fait de l'absence (à l'époque) d'un cadre de transfert interbancaire en devises. Lorsque les paiements se faisaient en dollars US depuis la banque du donneur d'ordre, les bénéficiaires d'une autre banque étaient payés en bond notes. Or, les prestataires de services et les fournisseurs refusaient d'accepter les paiements en bond notes, dont la valeur était inférieure sur le marché noir. Ils préféraient les dollars US, dont l'accès était restreint.

Augmentation des coûts transactionnels

Dans le cadre de la réforme de sa politique monétaire, le Zimbabwe a introduit le 1^{er} octobre 2018 une [taxe de 2 % sur toutes les transactions électroniques](#). Cette taxe s'appliquait également aux maîtres d'œuvre des subventions du Fonds mondial, à l'exception du PNUD, le récipiendaire principal de la subvention VIH, en raison des privilèges et immunités dont bénéficient les Nations Unies. Au niveau du pays, les récipiendaires principaux mettent en œuvre les subventions du Fonds mondial selon une structure descendante au travers d'autres organisations, qui agissent en tant que sous-récepteurs ou sous-sous-récepteurs. Or, dans le cadre de la nouvelle politique monétaire du Zimbabwe, le transfert des fonds en aval, des récipiendaires principaux aux organisations inférieures, entraînait l'application de la taxe de 2 % à chaque niveau. Le montant final des ressources du Fonds mondial pour les programmes de lutte contre le VIH, la tuberculose et le paludisme au Zimbabwe se voyait ainsi réduit sous l'effet de ces taxes transactionnelles. Le PNUD a interpellé les autorités du Zimbabwe sur la question, et en mars 2019, celles-ci ont accepté d'exempter les fonds du Fonds mondial de cette taxe et de rembourser le montant déjà versé.

Autres difficultés financières et comptables

Au Zimbabwe, après l'entrée en vigueur de la nouvelle politique monétaire, les [taux de change officiels et sur le marché noir](#) différaient considérablement, les taux du marché noir étant toujours plus élevés que le taux officiel. Cet écart et la dépréciation de la monnaie locale ont contribué à une tarification différente des produits et services en fonction de la monnaie préférée des fournisseurs, ce qui créait à son tour un décalage entre le coût défini dans le budget des subventions et le coût unitaire proposé. Ces écarts de prix créent des difficultés de comptabilité, car les prix des produits et des services varient en fonction de la monnaie. Pire encore, les produits et services proposés dans la monnaie locale s'avéraient plus chers pour les subventions en raison de l'obligation d'utiliser le taux de change officiel fixé par la banque centrale. Le rapport coût-efficacité s'avérait de ce fait difficile à établir.

Impact sur le moral du personnel de santé

Suite aux difficultés du gouvernement à payer les salaires du personnel de santé au plus fort de la crise d'hyperinflation en 2008, le Fonds mondial a mis sur pied, en collaboration avec le gouvernement et d'autres partenaires de développement, un [programme harmonisé de rétention des agents de santé](#), afin d'éviter qu'ils ne quittent le Zimbabwe pour d'autres pays. Ce programme fournissait aux agents de santé des compléments de salaires mensuels.

Depuis lors, les subventions du Fonds mondial au Zimbabwe assurent les compléments de salaires des agents de santé qui participent à la prestation de services, à titre d'incitation et de rétention du personnel de santé. Les réformes monétaires requéraient que les paiements locaux se fassent dans la monnaie locale, malgré la préférence des agents de santé pour les dollars US. De ce fait, le paiement des compléments de salaires des plus de 24 000 agents de santé des subventions du Fonds mondial étaient retardés, ce qui affectait leur moral et leur capacité à fournir les services, d'après les personnes que nous avons interrogées. Les autorités ont fini par céder et accepter que les agents de santé soient payés en dollars US.

Incapacité de l'État à acheter des antirétroviraux

Dans le cadre de son engagement de cofinancement envers le Fonds mondial, le Zimbabwe s'est engagé à acheter 20 pour cent des antirétroviraux requis au moyen de ressources nationales obtenues grâce à [la cotisation sida](#) (AIDS levy en anglais), un fonds innovant considéré comme une meilleure pratique internationale servant à accroître le financement national des programmes de lutte contre le VIH. Les employeurs officiels et leurs employés contribuent à hauteur de 3 % de leurs bénéfices et revenus à la cotisation sida, qui est administrée par le Conseil national de lutte contre le sida.

La cotisation sida est actuellement prélevée en dollars RTGS, la monnaie locale, alors que le Conseil national de lutte contre le sida a besoin de dollars US pour ses achats d'antirétroviraux. Compte tenu de l'accès limité du Conseil aux dollars US, le Zimbabwe n'a pas encore pu honorer son engagement en ce qui concerne les achats d'antirétroviraux. En outre, le montant collecté au titre de la cotisation sida s'est déprécié dans le temps (du fait de la dépréciation du dollar RTGS au regard du dollar US), et ne suffit donc plus à acheter autant

de médicaments qu'avant la dépréciation. Par ailleurs, le montant collecté au titre de la cotisation sida est inférieur en termes absolus, du fait de la nature procyclique de cette taxe – lorsque l'économie se porte bien (croissance de l'emploi et des sociétés à but lucratif), les recettes de la cotisation sida sont plus élevées, et inversement lorsque l'économie souffre. Étant donné que le Zimbabwe est en récession depuis 2015 sous l'effet de la sécheresse et de la chute des prix des produits de consommation, le montant prélevé au titre de la cotisation sida est lui aussi inférieur. Pour éviter les ruptures de stock et l'interruption du traitement de 1,1 million de personnes actuellement sous traitement, le Conseil national de lutte contre le sida a demandé au PNUD d'acheter davantage d'antirétroviraux avec les ressources du Fonds mondial.

Malgré l'impossibilité actuelle d'acheter des antirétroviraux avec les dollars RTGS provenant de la cotisation sida, le Zimbabwe compte toujours assumer ses engagements de cofinancement, d'après Gerald Gwinji, ancien secrétaire permanent du ministère de la Santé et de la Protection de l'Enfance. Le pays envisage d'échanger son engagement de cofinancement, qui requiert des devises, pour d'autres activités en matière de VIH qui peuvent être payées dans la monnaie locale.

Élargissement du rôle du PNUD

Depuis 2009, le Fonds mondial soumet le Zimbabwe à la politique de sauvegarde supplémentaire, le PNUD agissant en qualité de bénéficiaire principal. Au cours de la période de mise en œuvre 2015-2017, le ministère de la Santé et de la Protection de l'Enfance est devenu le bénéficiaire principal des subventions tuberculose et paludisme du Fonds mondial, tandis que le PNUD est resté bénéficiaire principal de la subvention VIH, d'un montant bien supérieur. Le PNUD est également demeuré administrateur de fonds pour le compte du ministère. Les réformes de la politique monétaire ont réduit la capacité du ministère de la Santé et de la Protection de l'Enfance à acheter des produits de santé, en raison de son accès limité aux devises. Pour surmonter ce problème, le rôle du PNUD a été élargi et comprend désormais l'achat de produits de santé aux frais du ministère de la Santé. La politique monétaire n'a pas eu d'incidence sur les achats de produits de santé liés au VIH et à la tuberculose obtenus au travers du mécanisme d'achat groupé du Fonds mondial et du Service pharmaceutique mondial.

Conclusion

En raison des conséquences négatives de la modification de la politique monétaire sur la mise en œuvre des subventions du Fonds mondial au Zimbabwe, la mise en œuvre des programmes soutenus par le Fonds dans ce pays risque d'être retardée, à moins que les maîtres d'œuvre mettent en place des plans d'accélération de la mise en œuvre.

***Note de la rédaction :** Tandis que l'OFM se préparait à publier ce numéro, des dépêches d'actualité ont annoncé l'interdiction par le Président Emmerson Mnangagwa de l'utilisation de monnaies étrangères à compter du 24 juin 2019. Le RTGS sera désormais la seule monnaie ayant cours légal dans le pays. Le Zimbabwe compte instaurer sa propre nouvelle monnaie d'ici mars 2020. En mai 2019, le Zimbabwe a convenu de mesures de rétablissement des*

échanges avec le Fonds monétaire international pour la première fois en près de dix ans. À cette fin, le FMI évaluera les progrès économiques du Zimbabwe en janvier 2020.

Autres ressources :

- *Analyse 2019 d'Aidspan : 'Global Fund Programs in Challenging Monetary Environments: Example of Zimbabwe'*
- *Données 2018 de l'ONUSIDA*, Genève, Suisse. Obtenues (en anglais) à l'adresse suivante : https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/unaids-data-2018_en.pdf
- *Rapport 2018 de l'OMS sur la lutte contre la tuberculose dans le monde*, obtenu (en anglais) à l'adresse suivante : <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/274453/9789241565646-eng.pdf?ua=1>
- *President's Malaria Initiative (2018). Zimbabwe Malaria Operational Plan*. Obtenu à l'adresse suivante : <https://www.pmi.gov/docs/default-source/default-document-library/malaria-operational-plans/fy-2018/fy-2018-zimbabwe-malaria-operational-plan.pdf?sfvrsn=7>
- *S. H. Hanke et A. K. Kwok (2009). On the measurement of Zimbabwe's hyperinflation. Cato Journal;29(2):353*
- *Reserve Bank of Zimbabwe (2018). Strengthening the Multi-Currency System for Value Preservation & Price Stability*, obtenu à l'adresse suivante : <https://www.rbz.co.zw/documents/mps/mpsOct2018.pdf>

Reserve Bank of Zimbabwe (2019). *Establishment of an Inter-Bank Foreign Exchange Market to Restore Competitiveness*. Obtenu à l'adresse suivante : <https://www.rbz.co.zw/documents/mps/mpsfeb2019.pdf>

3. **ACTUALITE : Le nouveau portail Data Explorer du Fonds mondial aspire à raconter une histoire au travers des données**

En ligne depuis avril, l'explorateur de données relie l'information sur les subventions du Fonds mondial et les résultats, tout en offrant de nouvelles manières d'affiner et visualiser l'information

Andrew Green

Avec le [lancement](#), en avril, de [Data Explorer](#), le Fonds mondial a créé un nouveau portail reliant les données sur ses investissements et les résultats de ces financements, et offrant aux utilisateurs divers points de départ pour raffiner ces informations et visualiser les résultats. Selon le personnel du Fonds mondial, l'explorateur de données sera élargi à terme pour relier l'information déjà contenue dans le portefeuille des subventions et les données sur les investissements des donateurs dans le Fonds et l'impact de ces investissements.

Cela représente un changement par rapport à la plateforme [Portefeuille de subventions](#) (Grant Portfolio), qui intégrait des données sous un format qui mettait l'accent sur les documents et les histoires, mais peu interactif quant aux données. Le portefeuille de subventions devrait être désactivé ce mois-ci, bien que toute l'information offerte soit déjà disponible dans l'explorateur de données.

« Nous voulions nous concentrer exclusivement sur les données », a expliqué à Aidspan John Busch, responsable numérique principal au Secrétariat du Fonds mondial. « Pas simplement fournir un tableau de bord, mais l'histoire que les données racontent. Nous voulions une expérience de communication fondée sur les données. »

Le nouveau portail permet aux utilisateurs de filtrer rapidement l'information par lieu, composante, type de partenaire et statut de subvention. Il met également en évidence les résultats pertinents et identifie les documents pertinents. Tandis que dans le portefeuille de subventions, les points de départ étaient des listes de subventions individuelles renvoyant aux documents et aux informations pertinents sur les résultats des subventions, l'explorateur de données lance une carte qui permet à l'utilisateur de consulter des subventions spécifiques. Il lui permet également de voir des résultats dynamiques combinant les informations de différentes subventions, tandis que le portefeuille de subventions générait des résultats statiques.

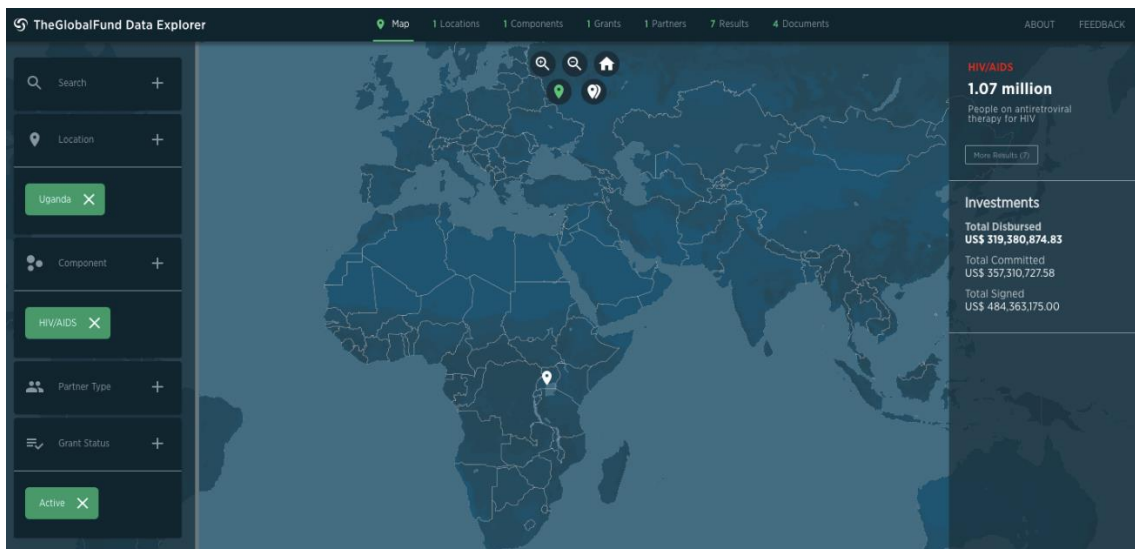


Figure 1 : Capture d'écran d'une recherche dans l'explorateur de données sur les subventions VIH/sida de l'Ouganda

Le projet de l'explorateur de données a commencé en 2017, selon M. Busch. Il était devenu de plus en plus évident qu'à mesure que le Fonds mondial accumulait les données, l'interface du portefeuille de subventions n'était plus à la hauteur. Le Secrétariat avait par ailleurs reçu des commentaires d'utilisateurs des données, dont il ressortait qu'ils souhaitaient un accès plus facile à un éventail plus large d'informations, explique M. Busch.

« Nous devons pouvoir décortiquer un grand nombre de facettes », a expliqué à Aidspace Murad Hirji, architecte numérique principal au Secrétariat du Fonds mondial. « Ce n'était tout simplement pas faisable dans la structure du site Web telle qu'elle était. » L'équipe a commencé à mener des entretiens avec plus de 30 utilisateurs et à élaborer un plan de développement fondé sur les principaux besoins de ces utilisateurs, avec la perspective d'élargir la plateforme à terme, d'introduire davantage de données et des manières supplémentaires de ventiler l'information.

L'explorateur de données permettra à l'équipe d'intégrer des informations additionnelles qui n'étaient pas disponibles sur l'ancien site, notamment sur les investissements des donateurs dans le Fonds mondial, en même temps que les données sur les subventions du Fonds mondial et les résultats programmatiques continuent d'augmenter.

« Globalement, je pense que l'une des caractéristiques intéressantes est le fait que le système est extensible », affirme M. Busch. « Nous nous sommes demandés quelle histoire doit être présentée, quelles données seront disponibles. Ensuite nous pouvons commencer à ajouter des composants. »

Dans sa version actuelle, l'explorateur de données est axé sur la présentation des informations disponibles sur les subventions et les résultats. Une recherche sur les subventions VIH/sida actives en Ouganda, par exemple, donne un seul résultat, sur lequel l'utilisateur peut cliquer pour consulter les investissements durant le cycle de vie de la subvention et la notation de la subvention. Sept indicateurs de données sont également présentés, dont le nombre de

personnes sous traitement antirétroviral et le nombre de tests de dépistage du VIH. Il y a également des liens vers quatre documents de proposition.

Une personne qui consultait régulièrement les données depuis la plateforme Grant Portfolio a expliqué à l'OFM qu'elle avait eu quelques difficultés à accéder aux documents depuis le portail Data Explorer. D'après son expérience, les documents de subvention pertinents ne semblaient pas être reliés de manière intuitive à la subvention elle-même dans le système, et elle n'a finalement pas pu les trouver.

Les développeurs de l'explorateur de données ont indiqué que le portail est un projet en construction et qu'ils continuent d'inviter les commentaires au travers du portail. Ils ont déjà publié [une série de mises à jour](#), le portail contenant désormais les subventions multipays et une meilleure fonction de recherche au moyen de filtres. Une nouvelle section sur les promesses et les contributions au Fonds mondial devrait être disponible avant la conférence des donateurs qui aura lieu à Lyon (France). M. Busch a également indiqué que l'équipe s'attache en ce moment à rendre les données sur les résultats plus attrayantes visuellement et plus interactives « qu'un simple tableau de données ».

À terme, a expliqué M. Busch, l'intention est de développer une plateforme reliant clairement et facilement les données pertinentes autour de quatre piliers : des investissements des donateurs dans le Fonds mondial aux investissements programmatiques, aux résultats et enfin, à l'impact. Il y a également des plans visant à en faire une source ouverte, pour que des personnes externes au Fonds mondial puissent contribuer au développement de l'explorateur de données.

M. Busch peut même s'imaginer que l'explorateur de données évolue à terme au point de contenir des informations d'organisations partenaires, comme le plan d'urgence du Président des États-Unis pour la lutte contre le sida. Cela permettrait de peindre un tableau « un peu plus complet », a-t-il ajouté, s'agissant de donner des détails des investissements et des résultats. Cela s'inscrirait dans la lignée de la [nouvelle méthodologie de communication de l'information](#) du Fonds mondial, selon laquelle les résultats nationaux ont davantage d'importance que par le passé. L'ancienne méthodologie offrait un mélange de résultats des programmes individuels et de résultats nationaux.

Autres ressources :

- [*Article de la version anglaise de l'OFM contenant des informations sur le lancement de l'explorateur de données*](#)
- [*Annonce par le Fonds mondial du lancement de l'explorateur de données*](#)
- [*Annonce par le Fonds mondial \(en anglais\) d'améliorations apportées à l'explorateur de données*](#)
- [*Article de la version anglaise de l'OFM sur la nouvelle méthodologie de communication de l'information du Fonds mondial*](#)

4. **ACTUALITE : actualité sur le partenariat au sein du Fonds mondial**

Sir Elton John se joint à l'appel en faveur de la reconstitution des ressources, promesse de don du Japon, lancement de la campagne #FillUpTheFund, décision historique du Botswana sur les droits LGBT, plan de l'Afrique du Sud sur les droits humains dans le contexte de la tuberculose et du VIH

Adèle Sulcas

Sir Elton John unit sa voix à celle du Président Macron pour appeler à mobiliser 14 milliards de dollars pour la reconstitution des ressources du Fonds mondial

Le 21 juin, le Fonds mondial a publié une dépêche saluant l'appel lancé à la communauté internationale par Elton John et le Président Macron en vue de mobiliser 14 milliards de dollars lors de la prochaine reconstitution des ressources du Fonds mondial, à l'occasion de laquelle la France accueillera la conférence des donateurs à Lyon en octobre 2019. Ils ont lancé cet appel le jour même où Emmanuel Macron décernait à Sir Elton John la plus haute distinction honorifique française, la Légion d'honneur, pour la contribution qu'il a apportée tout au long de sa vie aux arts et à la lutte contre le VIH. Le Fonds mondial citait les paroles d'Elton John qui, tout en reconnaissant que d'incroyables progrès ont été réalisés dans la lutte contre le VIH et le sida, affirme que « nous ne pouvons pas relâcher notre vigilance » et qu'« il est essentiel que les ressources du Fonds mondial soient pleinement reconstituées si nous voulons consigner cette maladie aux archives de l'histoire ». Elton John a fondé en 1993 la Fondation de lutte contre le sida portant son nom afin de fournir traitement, soins et soutien aux personnes vivant avec le VIH. La Elton John AIDS Foundation est depuis devenue partenaire du Fonds mondial.

[Lire la dépêche du Fonds mondial dans son intégralité....](#)

+++++

Le Japon fait une promesse de don pour la sixième reconstitution des ressources et s'engage à « sauver un million de vies »

Le 21 juin 2019, Shinzo Abe, le Premier ministre japonais, a annoncé une promesse de 840 millions de dollars pour le Fonds mondial à l'occasion de la réunion de l'organisme japonais responsable de la promotion des objectifs de développement durable, pour la prochaine période triennale de financement. Cette somme, supérieure de 5 pour cent à la contribution du Japon lors de la période précédente, contribuera à sauver un million de vies (dans le cadre de l'objectif de sauver 16 millions de vies visé dans l'argumentaire d'investissement du Fonds mondial). Le Japon est un fervent partisan du Fonds mondial depuis qu'il a inscrit les maladies infectieuses à l'ordre du jour du sommet du G8 qui s'est tenu à Kyushu-Okinawa en 2000 et qui a ouvert la voie à la création du Fonds mondial en 2002, dont le Japon est le cinquième contributeur.

[Lire la dépêche du Fonds mondial sur la promesse de don du Japon...](#)

+++++

Lancement de la campagne Fill Up the Fund en Allemagne et en ligne

La campagne allemande Fill Up the Fund, en faveur de la sixième reconstitution des ressources du Fonds mondial, a été lancée officiellement. Neuf ONG participent à cette campagne conjointe : Deutsche Stiftung Weltbevölkerung (DSW), Aktionsbündnis gegen Aids, Freunde des Globalen Fonds Europa, Global Citizen, Kindernothilfe, ONE, Oxfam, Plan International et World Vision. L'élément le plus important de la campagne est une série de vidéos auxquelles prennent part des personnalités politiques et des influenceurs à l'appui du Fonds mondial. Douze vidéos ont été réalisées à ce jour – avec entre autres la participation de la ministre fédérale allemande pour la coopération et le développement économiques, [Heidmarie Wieczorek-Zeul](#) et de [Kordula Schulz-Asche](#), membre de Bündnis 90/Die Grünen. Les vidéos sont disponibles sur le site Web de la campagne : fillupthefund.de. Le site est disponible uniquement en allemand, étant donné que la campagne vise principalement les parlementaires et le public allemands, a indiqué à l'OFM Katja Tielemann-Ruderer, responsable principale du plaidoyer de DSW.

[Consulter le site Web de la campagne #FillUptheFund...](#)

+++++

Le Botswana dépénalise l'homosexualité

Le 11 juin dernier, la Haute Cour de justice du Botswana a déclaré inconstitutionnelles les dispositions légales datant de l'époque coloniale qui pénalisaient l'homosexualité. Le tribunal est parvenu à cette décision à l'unanimité, concluant que les « lois sur la sodomie » portent atteinte à la vie privée, sont discriminatoires et ne servent aucun intérêt public. Le New York Times a repris les paroles du juge Michael Leburu, selon qui « la dignité humaine souffre lorsque des groupes minoritaires sont marginalisés ». Le Fonds mondial a publié un communiqué de presse saluant cette décision. Un représentant du Réseau du Botswana sur les questions d'éthique, de droit et de VIH/sida a déclaré que les éléments de preuve de la programmation axée sur les populations clés, entre autres interventions stratégiques, ont fait une différence considérable dans le plaidoyer qui a abouti à cette décision de justice, après qu'un particulier anonyme ait contesté la législation en 2018.

[Lire la dépêche du Fonds mondial dans son intégralité...](#)

[Lire les articles du New York Times, du Guardian et d'Al Jazeera...](#)

+++++

Plan de l'Afrique du Sud sur les droits humains dans le contexte du VIH et de la tuberculose

Le Conseil national de lutte contre le sida de l'Afrique du Sud a lancé le 12 juin un plan triennal destiné à s'attaquer aux inégalités de genre et aux obstacles liés aux droits humains entravant l'accès aux services de santé liés au VIH et à la tuberculose dans le pays, juste avant le lancement de la neuvième conférence sud-africaine sur le sida à Durban. Ce plan, qui appuie le plan stratégique national de l'Afrique du Sud en matière de VIH, de tuberculose et d'infections sexuellement transmissibles, reconnaît les lacunes persistantes de l'accès aux populations les plus touchées, indique le communiqué de presse du Fonds mondial. Il s'attachera en particulier à éliminer la stigmatisation et la discrimination associées au VIH et à la tuberculose. Le plan a été lancé par le ministre de la santé Zweli Mkhize à Gug Dlamini Park, baptisé en souvenir d'une jeune femme lapidée en décembre 1998 après avoir révélé son statut séropositif. Le ministre a évoqué le baromètre de stigmatisation de 2014 de l'Afrique du Sud, dont il ressort que les pires formes de stigmatisation viennent du cercle familial, des communautés et des fonctionnaires publics.

[Lire la dépêche du Fonds mondial dans son intégralité...](#)

[Lire la dépêche de l'agence de presse du gouvernement sud-africain...](#)

DOSSIER SPECIAL : COMMENT LE FONDS MONDIAL CONTRIBUE A RENFORCER LES SYSTEMES DE SANTE DES PAYS RECIPIENDAIRES

5. ANALYSE : Construire et renforcer un système de santé en s'appuyant sur le Fonds mondial : l'exemple du Rwanda

Le Rwanda a très tôt saisi l'opportunité représentée par le Fonds mondial pour renforcer son système de santé

Thierry Ramos

Si depuis sa création, le Fonds mondial a reconnu l'importance des systèmes de santé pour lutter contre les trois pandémies, c'est dans la stratégie 2017-2022 « Investir pour mettre fin aux épidémies » que la construction de systèmes résistants et pérennes pour la santé est devenue un pilier stratégique de son intervention. La sortie concomitante de rapports d'évaluation ou d'audit des investissements du Fonds mondial pour construire des systèmes résistants et pérennes par le Comité technique d'examen des propositions et le Bureau de l'Inspecteur Général est une occasion d'étudier comment certains pays se sont appuyés sur le Fonds mondial et ont très tôt saisi l'opportunité représentée par le financement de la lutte contre les trois pandémies pour construire et renforcer leur système sanitaire. A ce titre, la perspective du Rwanda sur les vingt dernières années offre plusieurs enseignements largement documentés par la littérature scientifique.

La perspective positive du système sanitaire rwandais depuis 20 ans

Suite au génocide des Tutsis en 1994, le Rwanda a mis en œuvre des réformes d'envergure à la fin des années 1990 et au début des années 2000 pour reconstruire puis renforcer son système sanitaire, notamment dans la perspective de l'atteinte des objectifs du millénaire pour le développement (ODM) puis désormais dans le cadre des objectifs de développement durable (ODD). Ces premières réformes consistaient notamment en une décentralisation des services sanitaires, l'initiation du financement basé sur la performance et la création des mutuelles de santé communautaires (1). Vint ensuite l'extension du programme de santé communautaire en 2007 aboutissant en 2009 à ce qu'il y ait quatre agents de santé communautaire formés dans chaque village du pays. Entre 2010 et 2015, ces réformes ont permis une meilleure couverture de la population notamment en zone rurale et l'amélioration de la qualité générale des services (2); elles ont aussi produit des résultats tangibles considérés comme positifs, notamment en matière de VIH/Sida (3) : chute de la mortalité liée au sida d'environ 80%, atteinte des objectifs de l'ONUSIDA en matière de prévention universelle de la transmission mère-enfant (PTME) et de couverture des traitements antirétroviraux (4). Dans le même temps, la couverture du régime national d'assurance maladie a dépassé 90% (5).

Un facteur régulièrement avancé pour expliquer cette réussite et celui de la gouvernance et du leadership rwandais qui s'est traduit, au-delà du caractère volontariste des réformes du secteur sanitaire, par une volonté d'alignement de l'aide extérieure aux politiques gouvernementales.

Ainsi, l'appui des bailleurs extérieurs s'est notamment concrétisé dans le soutien à des initiatives telles que les mutuelles de santé et le financement basé sur les résultats. Les relations entre le Rwanda et le Fonds mondial et les synergies créées entre le programme VIH et le secteur sanitaire offrent une bonne illustration de cette démarche.

La volonté d'intégration des programmes du Fonds mondial dans le secteur sanitaire rwandais

La relation du Rwanda avec le Fonds mondial a très vite été marquée par la volonté rwandaise d'intégrer les interventions spécifiques au VIH, la tuberculose et le paludisme aux efforts de renforcement des soins de santé primaire pour fournir aux populations un accès plus équitable aux services de santé et renforcer le système sanitaire.

Néanmoins, en 2002, l'afflux de fonds ciblant la lutte contre le VIH (Banque mondiale, Fonds mondial, PEPFAR) a d'abord conduit à des duplications de services, l'utilisation d'approches différentes et une difficulté à suivre les activités mises en œuvre, certains partenaires rapportant directement aux bailleurs les résultats de leurs activités sans passer par la partie nationale. Cette situation a amené la nécessité d'une meilleure coordination qui s'est concrétisée par la création d'une équipe de coordination technique en 2005, dirigée par le ministère de la santé et comprenant des partenaires techniques et des organisations non gouvernementales. Cette équipe a notamment obtenu le déploiement d'un système de rapportage électronique appelé TRACnet, en 2005, permettant de renseigner un ensemble d'indicateurs de santé mensuels dans une base de données centralisée pour mieux suivre les différentes activités implémentées dans la lutte contre le VIH.(1)

Le Rwanda, dans sa volonté nouvelle de mieux coordonner les financements, a alors trouvé dans le Fonds mondial, un partenaire ouvert au financement d'interventions allant au-delà des pandémies. Très vite, le programme VIH du Rwanda a ainsi été caractérisé par des efforts d'intégration non seulement de la prévention et du contrôle mais aussi des problématiques connexes telles que la tuberculose, la malnutrition et le renforcement du système (5).

Au niveau décentralisé, les fonds verticaux du Fonds mondial et de PEPFAR ont ainsi été utilisés pour réhabiliter des infrastructures de santé et mettre en place des plateformes de traitements dans les territoires ruraux qui ont peu à peu été utilisées pour renforcer les soins de santé primaires. Malgré les craintes, l'intégration des services VIH aux soins de santé primaires n'a pas entraîné le déclin de la fourniture de ces services. L'étude sur l'intégration des services VIH dans les soins de santé primaire (6) montre même que cette démarche a eu un effet catalytique et a conduit tant à une augmentation de la fourniture de services de santé reproductive qu'à une plus grande utilisation des plateformes de soins (6).

Au niveau national, de façon similaire, le renforcement de la chaîne d'approvisionnement et de livraison pour les antirétroviraux a ensuite été utilisée pour d'autres types de médicaments. Les systèmes d'informations créés pour suivre les traitements VIH ont été modifiés pour suivre les autres traitements. Les travailleurs de santé dans les services de maternité ont été formés dans le cadre des programmes de PTME et ont ensuite procédé aux accouchements quel que soit le statut de la mère (3).

L'appui du Fonds mondial aux mutuelles de santé et au financement basé sur les résultats

L'appui du Fonds mondial au système de santé rwandais s'est également concrétisé plus directement via l'attribution, en 2006, d'une subvention de 34 Millions sur cinq ans pour le passage à l'échelle du système de mutuelles de santé communautaires qui était jusqu'alors testé sur trois régions. La création des mutuelles de santé est une des réformes clés du secteur sanitaire rwandais. Il est important de noter que cette subvention est l'une des premières accordées par le Fonds mondial visant au renforcement des systèmes de santé (avec celles du Laos et du Malawi). L'objectif de cette subvention était de renforcer l'accès financier aux soins de santé en subventionnant l'assurance maladie pour les plus pauvres afin de lutter contre les trois maladies. Cet objectif a été atteint à l'issue de la subvention et l'amélioration de l'accès financier a permis une utilisation croissante des services de santé et par conséquent, l'amélioration de l'état de santé de la population (7).

Les financements du Fonds mondial ont également participé au déploiement du système de financement basé sur les résultats au niveau communautaire et hospitalier, autre caractéristique majeure du système sanitaire rwandais. Au Rwanda, la mise en place du financement basé sur les résultats est l'expression d'une volonté politique du gouvernement (8). Les nombreuses publications sur le sujet sont divisées sur le rôle qu'a pu avoir ce dispositif de financement en tant qu'outil stratégique pour réformer le système de santé et répondre de façon adéquate aux besoins des communautés et des patients (9). Néanmoins, il est possible de dire que ce système a certainement amélioré la disponibilité des prestataires de soins (dont les agents de santé communautaires (10)) et certaines opérations des structures sanitaires sans qu'un lien ne puisse être fait vis-à-vis d'améliorations structurelles et globales du système sanitaire (11). Par ailleurs, le programme VIH a particulièrement bénéficié de la mise en œuvre du financement basé sur les résultats via l'appui du Fonds mondial au système, puisque certains indicateurs choisis s'inséraient dans la cascade de soins du VIH (nombre de nouveaux adultes et de nourrissons sous ARV, nombre de femmes enceintes séropositives sous traitement antirétroviral, nombre de patients séropositifs recevant un Test CD4 conformément aux directives nationales) (1). Depuis 2014, le Rwanda est d'ailleurs le seul portefeuille d'envergure du Fonds mondial assujéti à un modèle de financement en fonction des résultats.

La gestion des subventions de l'aide extérieure et la contrepartie domestique

Le volontarisme du Rwanda et la volonté de coordination des bailleurs se sont également reflétés dans la façon de mobiliser l'aide extérieure. Ainsi dès 2010, 58,4% de l'aide étrangère au Rwanda passait par le système national (4). Concernant le VIH, en 2011, les mécanismes de coordination furent intégrés avec ceux d'autres programmes maladies dans une unité unique d'exécution des projets du Rwanda Biomedical Centre (« RBC ») afin de faciliter l'intégration des programmes. Depuis lors, les financements du Fonds mondial sont mis en œuvre par le ministère de la Santé en qualité de récipiendaire principal et le Rwanda Biomedical Centre (« RBC ») en qualité de sous-récepteur et de principal partenaire de mise en œuvre. L'ensemble des financements dans le secteur de la santé provenant de l'aide extérieure (Fonds mondial, Banque mondiale, GAVI, coopérations bilatérales) passent désormais par cette unité unique d'exécution des projets.

Au-delà de cette volonté centralisatrice de la gestion des financements, la réussite du Rwanda dans l'utilisation de l'aide extérieure est intrinsèquement liée à la mobilisation de ressources nationales complémentaires. En effet, l'augmentation de l'aide extérieure n'a pas eu d'effet d'éviction sur les investissements du gouvernement et a été associée positivement avec la fourniture de services pour la santé maternelle et infantile et les maladies infectieuses dans les centres de santé ruraux (12). Depuis 2016-2017, le gouvernement consacre d'ailleurs 16.5% de son budget à la santé (respectant ainsi la déclaration d'Abuja de 2001 où les pays membres de l'Union africaine s'étaient engagés à consacrer 15% de leur budget national à la santé) et le pays respecte par ailleurs ses obligations de financement de contrepartie conformément aux politiques du Fonds mondial (13).

Les financements du Fonds mondial au Rwanda pour le cycle 2017-2019

Depuis 2003, le Fonds mondial a investi environ 1,4 milliard de dollars au Rwanda. 210 millions de dollars sont actuellement engagés dans des subventions actives. Malgré une réduction continue des financements du Fonds mondial (baisse de 30% pour le dernier cycle), le Rwanda continue à obtenir les résultats attendus dans le cadre de ses subventions. Cela est probablement lié au modèle de financement qui est particulier dans le pays dans la mesure où c'est un financement de la stratégie nationale. En vertu de ce modèle, le pays regroupe et alloue tous les financements publics et ceux octroyés par le Fonds mondial aux plans stratégiques nationaux de lutte contre les trois maladies du Rwanda (13). L'approche de financement de la stratégie nationale a, selon une évaluation indépendante menée par Euro Health Group, amélioré l'efficacité des subventions, produit des résultats et offert un « bon rapport coût/efficacité ». (14) Il est un composant essentiel de la pérennité des programmes dans le pays. Compte tenu de la réussite de ce modèle, il est d'ailleurs envisagé de le mettre à l'essai dans des pays qui répondraient aux critères nécessaires à sa mise en œuvre.

Le Rwanda est-il un exemple répliquable ?

L'amélioration du système sanitaire au Rwanda est en partie liée à plusieurs facteurs endogènes. Ainsi, la décentralisation des services de santé pour augmenter la couverture sanitaire a probablement bénéficié du fait que le Rwanda est un pays à superficie réduite avec une population qui parle la même langue (1). Plusieurs études qualitatives ont par ailleurs relevé que les processus et les mécanismes de promotion de la redevabilité aux différents niveaux de la pyramide sanitaire (facteur important pour un système s'appuyant sur le financement basé sur les résultats) se sont appuyés sur la culture traditionnelle rwandaise avec ses valeurs intégrées d'une « société cohérente et inclusive » (8). De plus, la dynamique positive du système sanitaire rwandais est certainement plurifactorielle même si l'existence des agents de santé communautaire et des mutuelles de santé est régulièrement considérée comme un des facteurs ayant le plus participé à l'amélioration des résultats sanitaires (2).

Reste qu'il est possible de retenir de l'exemple rwandais une volonté de coordination des différentes ressources extérieures dans des programmes renforçant le système de santé dans son ensemble, et ce grâce à un leadership fort (1). Cela a permis une intégration graduelle des différentes initiatives financées par les bailleurs, dont le Fonds mondial, dans le circuit de financement national et un transfert de responsabilité, appuyé par des ressources nationales dédiées au développement de capacités, aspect fondamental d'une durabilité de long terme

des améliorations sanitaires (8). Cette intégration ne s'est pas faite au détriment des programmes de contrôle des pandémies mais a eu un effet catalytique qui a notamment permis d'améliorer les résultats dans la lutte contre le VIH, la tuberculose et le paludisme (1).

Ressources additionnelles :

1. Nsanzimana S, Prabhu K, McDermott H, Karita E, Forrest JI, Drobac P, et al. Improving health outcomes through concurrent HIV program scale-up and health system development in Rwanda: 20 years of experience. *BMC Medicine*. 9 sept 2015;13(1):216.
2. Sayinzoga F, Bijlmakers L. [Drivers of improved health sector performance in Rwanda: a qualitative view from within](#). *BMC Health Serv Res* [Internet]. 8 avr 2016 [cité 19 juin 2019];16.
3. Jay J, Buse K, Hart M, Wilson D, Marten R, Kellerman S, et al. [Building from the HIV Response toward Universal Health Coverage](#). *PLoS Med* [Internet]. 16 août 2016 [cité 25 juin 2019];13(8).
4. Binagwaho A, Farmer PE, Nsanzimana S, Karema C, Gasana M, de Dieu Ngirabega J, et al. Rwanda 20 years on: investing in life. *Lancet*. 26 juill 2014;
5. Farmer PE, Nutt CT, Wagner CM, Sekabaraga C, Nuthulaganti T, Weigel JL, et al. [Reduced premature mortality in Rwanda: lessons from success](#). *BMJ* [Internet]. 18 janv 2013 [cité 25 juin 2019];346.
6. Price JE, Leslie JA, Welsh M, Binagwaho A. Integrating HIV clinical services into primary health care in Rwanda: a measure of quantitative effects. *AIDS Care*. 1 mai 2009;21(5):608-14.
7. Kalk A, Natalie Groos, Jean-Claude Karasi, Elisabeth Girrback. Health systems strengthening through insurance subsidies: the GFATM experience in Rwanda. *Tropical Medicine & International Health*. 1 janv 2010;15(1):94-7.
8. Samuels F, Amaya AB, Balabanova D. Drivers of health system strengthening: learning from implementation of maternal and child health programmes in Mozambique, Nepal and Rwanda. *Health Policy Plan*. 1 sept 2017;32(7):1015-31.
9. Ireland M, Paul E, Dujardin B. Can performance-based financing be used to reform health systems in developing countries? *Bull World Health Organ*. 1 sept 2011;89(9):695-8.
10. Condo J, Mugeni C, Naughton B, Hall K, Tuazon MA, Omwega A, et al. Rwanda's evolving community health worker system: a qualitative assessment of client and provider perspectives. *Hum Resour Health*. 13 déc 2014;12:71.
11. Ngo DKL, Sherry TB, Bauhoff S. Health system changes under pay-for-performance: the effects of Rwanda's national programme on facility inputs. *Health Policy Plan*. févr 2017;32(1):11-20.

12. Lu C, Cook B, Desmond C. Does foreign aid crowd out government investments? Evidence from rural health centres in Rwanda. *BMJ Global Health*. 1 août 2017;2(3):e000364.
13. Bureau de l'Inspecteur Général, [Rapport de suivi d'audit des subventions du Fonds mondial au Rwanda](#), Genève, 25 février 2019.
14. C. Baran, A. Sulcas. [Rwanda's pioneering National Strategy Financing model improved Global Fund grant performance](#), says external report.

6. ANALYSE : transformer durablement et en profondeur la chaîne d'approvisionnements en produits de santé dans les pays à ressources limitées : quels leviers d'innovation pour le Fonds mondial ?

Dr Alassane Ba et Dr Karl Hounmenou

Introduction

Le médicament, et en particulier l'accès aux produits de santé de qualité, est un enjeu mondial. Il se révèle également un enjeu stratégique (en termes financiers par le maintien du tissu industriel, la création d'emplois, la course à l'innovation, et l'attractivité des pays producteurs) et politique (l'offre de soins accessible étant un devoir des Etats envers leur population, qui garantit la stabilité sociale) crucial. C'est pourquoi en septembre 2016, le Groupe de haut niveau du Secrétaire général des Nations Unies sur l'accès aux médicaments appelait, dans son rapport intitulé « Rapport de haut niveau du Secrétaire Général des Nations Unies sur l'accès aux médicaments : Promouvoir l'innovation et l'accès aux technologies de la santé » à l'élaboration d'une nouvelle approche pour réduire l'écart entre les innovations médicales et l'accès aux médicaments.

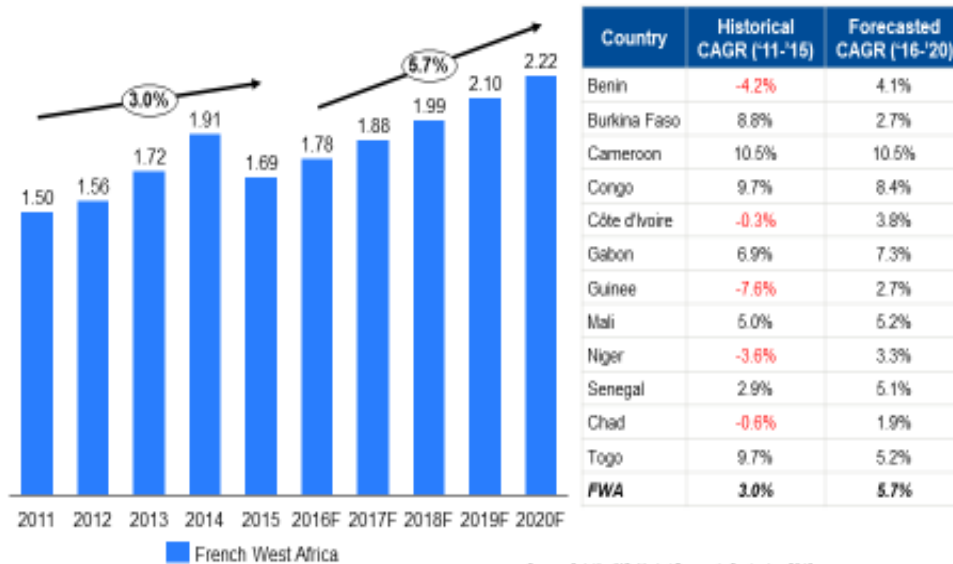
Quelques chiffres pour comprendre les enjeux

En 2017, le marché mondial du médicament a dépassé le seuil des 1 000 milliards de dollars de chiffre d'affaires (environ 826 milliards d'euros), en croissance de 6 % par rapport à 2016. Le marché américain (Etats-Unis) reste le plus important, avec 45 % du marché mondial, loin devant les principaux marchés européens (Allemagne, France, Italie, Royaume- Uni et Espagne), qui réalisent 16,5 % de parts de marché, le Japon (7,8 %) et les pays émergents (Chine et Brésil), 10,7 %. La France demeure le deuxième marché européen derrière l'Allemagne, selon les données fournies par le Quintilesi Ms Outlook for Global Medecines Through 2021.

Le continent africain, qui ne représente que 13 % de la population mondiale, concentre 24 % de la morbidité mondiale, mais seulement 6 % des dépenses de santé et moins de 1 % de la production pharmaceutique mondiale. En 2016, les dépenses de santé en Afrique étaient estimées à 150 milliards de dollars dont 100 milliards de dollars d'importation en produits de santé. Les dépenses dans ce domaine ont quintuplé entre 2000 et 2012, et cette croissance ne fait que commencer, comme le montre le tableau ci-dessous.

FWA expected to grow at a CAGR of 5.7% between 2016 to 2020 to reach USD2.2Bn by 2020

FWA Total Pharmaceutical sales forecast \$ Bn, 2011-2020F



Les besoins toujours plus importants des populations des pays en développement, et l'avènement et la diffusion rapide des génériques expliquent en partie cette tendance puisqu'elle a permis aux populations un meilleur accès aux médicaments. Cependant les ressources limitées des pays en voie de développement ont exacerbé les déséquilibres sociétaux (classe moyenne, indigents, populations urbaines et rurales, etc.) et ont également conduit à s'interroger sur les capacités des systèmes de santé à assurer la prise en charge globale et intégrée de toutes les couches de la société, en particulier pour les plus pauvres qui continuent de se voir refuser l'accès aux médicaments.

Soigner les populations avec moins d'un dollar par jour grâce à la mise en place de la couverture sanitaire universelle repose sur une forte capacité de la chaîne d'approvisionnement. Aucun pays ne fera de progrès substantiels vers la Couverture Sanitaire Universelle sans une forte capacité de la chaîne d'approvisionnement en termes d'achats stratégiques (affectation efficace et équitable des ressources financières, humaines, techniques, informationnelles et organisationnelles aux processus achat qui sont limités) et de distribution des produits jusqu'au dernier kilomètre et pour tous (avec la garantie de la prise en charge des plus vulnérables sur le plan économique).

Les contraintes d'accès aux produits de santé

Des contraintes juridiques et réglementaires

La performance de la chaîne d'approvisionnement est dépendante de la maîtrise des fonctions clés régaliennes que sont les aspects juridiques et réglementaires, or, on constate que les

autorités de régulations pharmaceutiques sont de plus en plus dépourvues de moyens techniques et financiers à la hauteur de leurs ambitions. Les fonctions clés telles que l'enregistrement des médicaments (le processus d'autorisation de mise sur le marché) l'homologation, le contrôle de l'importation, l'inspection, la traçabilité pharmaceutique, le contrôle qualité, le système d'information pharmaceutique, la pharmacovigilance demeurent fragiles entraînant ainsi des conséquences néfastes sur la chaîne d'approvisionnement. De plus en plus de déserts pharmaceutiques et inégalités d'accès aux produits de santé La chaîne d'approvisionnement est caractérisée par son incapacité à livrer les produits au dernier kilomètre et à tous. Dans les zones rurales mal desservies et peu accessibles, les patients effectuent de longs trajets pour se procurer les produits de santé. Ces derniers, ainsi que les infirmiers des postes de santé, sont réduits à utiliser leurs propres ressources financières à la recherche des produits essentiels de santé posant le problème de l'égalité d'accès aux produits de santé et favorisant des achats non sécurisés sur les marchés ou les pharmacies de rue.

Une chaîne d'approvisionnement fragmentée

En 2018, le Fonds mondial a réalisé un diagnostic de la chaîne d'approvisionnement dans un certain nombre de pays. Les résultats ont montré que la chaîne d'approvisionnement est très fragmentée avec souvent plus de 20 parties prenantes (centrale d'achat nationale, grossistes privés, partenaires, ONG) qui interviennent sur les différentes fonctions de la chaîne d'approvisionnement et souvent sur une fonction unique (quantification, achat, financement, stockage, distribution). Cela entraîne des ruptures de stocks dans certaines zones alors que des risques de péremption sont observables dans d'autres parties du pays pour les mêmes produits. Du fait de la multiplication des bailleurs et de leurs règles différents en matière de recouvrement des coûts, il apparaît que certains patients d'une même région sont pris en charge alors que d'autres doivent acheter leur traitement.

Coexistence de différents circuits d'approvisionnement

Ce même diagnostic a identifié plusieurs circuits qui se superposent et cohabitent sans une réelle vision systémique : circuit national, circuit privé (recours aux grossistes privés lors de ruptures de stocks notamment), circuit national PEV pour les vaccins, circuit national CNTS pour les intrants du sang, et de nombreux circuits parallèles (comme celui qui assure la distribution des moustiquaires imprégnées, les suppléments nutritionnels, les antirétroviraux pédiatriques, et les produits distribués par les ONG). Ces pratiques entraînent un défaut de traçabilité pharmaceutique des produits de santé et un risque de santé publique en cas de rappel de lots (impossibilité d'identifier les produits par lot, fabricant, importateur, distributeur, quantités distribuées, quantités consommées).

Changer, innover pour rendre performante la chaîne d'approvisionnement

Etant donné que plus de 60% des ressources financières du fonds mondial sont dédiées aux produits de santé, il est essentiel de maîtriser la chaîne d'approvisionnement dans un contexte d'augmentation de la demande (avec la mise à l'échelle des traitements ARV, changement des directives de traitement, nouvelles technologies de diagnostic, augmentation du nombre de centres de prise en charge).

Utiliser les nouvelles technologies et les outils informatiques

Le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, de par son investissement dans le renforcement des systèmes de santé, peut contribuer à la transformation de la chaîne d'approvisionnement en débloquent le potentiel existant (ressources humaines, ressources financières) grâce à l'utilisation des nouvelles technologies

de l'information et de la communication. La digitalisation permettra de capturer les informations de la chaîne d'approvisionnement de façon numérique, d'améliorer l'assurance qualité des données logistiques permettant ainsi une amélioration de sa performance. Ce changement va permettre de gagner en productivité grâce à l'automatisation de nombreuses tâches mais également à la capacité de traiter de plus en plus d'informations. Le block Chain pourrait permettre de mieux tracer les médicaments et de lutter efficacement contre les médicaments falsifiés et de qualité inférieure, puisque cette technologie peut intervenir à chaque étape de la chaîne du médicament, de la fabrication au patient.

Accompagner les pays pour changer les dynamiques du marché

Passer d'un mode passif et cloisonné (cloisonnement des différentes fonctions et des partenaires), à un mode proactif et systémique de la chaîne d'approvisionnement nécessite d'abord un changement des dynamiques du marché dans les pays, en favorisant l'entrée de nouveaux produits et fabricants (pour avoir un impact sur l'accès au plus grand nombre et une diminution des prix). Pour cela, il convient de diminuer les obstacles à l'entrée des produits pour favoriser la concurrence, une augmentation du pouvoir de négociation des pays, un équilibrage du pouvoir de négociation des fournisseurs actuels et la mise en place de nouveaux produits de remplacement pour avoir un impact sur le marché (80 % des produits commercialisés proviennent hors des frontières de l'Afrique).

Ces évolutions dans la dynamique du marché passent également par la mise en place de mécanismes d'achats groupés entre les pays (une vieille utopie qui peut devenir réalité) permettant de faire des économies d'échelle et de lutter contre le monopole de quelques fournisseurs sur certains produits ; cela ne pourra se faire que par une réelle volonté politique et une harmonisation des procédures de passation de marché.

Stimuler le leadership et la volonté politique

Par ailleurs, renforcer le leadership et la volonté politique est urgente car il s'agit d'un secteur crucial dont les gouvernements doivent se saisir. Accompagner les réformes en cours des autorités de régulation pharmaceutique et la mise en place de l'Agence Africaine du Médicament permettrait d'avancer rapidement dans les procédures d'octroi des autorisations de mise sur le marché des produits de santé. Mais cette volonté d'harmonisation sera incomplète si elle ne s'accompagne pas d'un effort d'harmonisation et d'alignement de tous les partenaires sur cette feuille de route pour éviter les duplications et les systèmes parallèles. Un système de transfert des compétences et des activités du Fonds mondial vers le système national d'approvisionnement et le principe de gestion des risques est nécessaire. Les partenaires sont également cruciaux pour accompagner le changement de modèle économique des centrales d'achats en médicaments essentiels devenu urgent, encourager et accompagner la mise en place de mécanisme de partenariat public-privé pour la distribution des produits de santé.

Enfin, la gouvernance et la transparence pharmaceutique ne seront que plus efficaces si l'on implique les patients eux-mêmes et les organisations de la société civile, qui jouent un rôle de lanceurs d'alerte et d'observation constructive des pratiques pharmaceutiques.

Ressources additionnelles

BIG, [Rapport d'audit Gestion des investissements pour des systèmes résistants et pérennes pour la santé](#), Genève, 3 mai 2019.

Le Fonds mondial. [Politiques pour améliorer l'accès aux médicaments](#). Genève, 25 avril 2018.

Le Fonds mondial. [Subvention du Fonds mondial à la République du Mali](#), Genève, 20 novembre 2017.

BIG, [Rapport d'audit Processus de la chaîne d'approvisionnement du Fonds mondial dans les pays](#), 28 avril 2017.

7. ANALYSE : le Fonds mondial et la participation communautaire

Les révolutions engagées et les risques d'occasions manquées

Simon Kaboré

Un des acquis importants du Fonds mondial de lutte contre le VIH, le paludisme et la tuberculose est le renforcement des communautés et de la société civile dans la gouvernance des interventions sanitaires et la délivrance des services de santé. Le Fonds mondial semble avoir suscité des innovations réformatrices des systèmes de santé, alors qu'il n'était pas vu au départ comme une organisation d'orientation ou de normalisation des politiques, ce rôle étant dévolu à l'Organisation Mondiale de la Santé. Quelles ont été les évolutions de la participation communautaire apportée par le Fonds mondial, qui ont révolutionné l'approche classique ? Ces évolutions sont-elles susceptibles d'être exploitées pour une réforme de nos systèmes de santé ? Nous traitons de ces questions dans la présente analyse.

La politique de référence en matière de participation communautaire en Afrique est l'Initiative de Bamako. Elle a été adoptée lors d'une conférence internationale dans la capitale malienne en 1987, comme une stratégie de relance des soins de santé primaires adoptés lors de la conférence d'Alma Ata en 1979. Cette conférence avait été conjointement organisée par l'OMS et l'Unicef, les deux institutions naturellement leaders dans la mise en œuvre de l'Initiative : l'OMS, en termes de conception et de normalisation des directives et l'UNICEF en tant qu'acteur de l'opérationnalisation des chaînes d'approvisionnement en médicaments. La vision de ces deux institutions en matière de participation communautaire a donc été, et continue d'être, très déterminante pour l'implication des acteurs communautaires dans le système de santé.

La vision restrictive de la participation communautaire

Plusieurs définitions du concept de participation communautaire ont été proposées, mais parmi les plus utilisées figure celle des Nations Unies. Elle décrit la participation communautaire dans le processus global de développement comme « *la création d'occasions qui permettent à tous les membres de la communauté et à la société en général de contribuer activement, d'influencer le processus développemental ainsi que de partager équitablement les bénéfices du développement* » (Midgley, 1981).

De cette définition découlent deux visions principales de la participation communautaire dans le système de santé.

La première vision, plus proche de la définition des Nations Unies, définit la participation communautaire comme « *l'implication de la communauté dans l'administration et le financement des services de santé. Une pareille implication suppose que la communauté participe à la planification, l'organisation, l'exécution et au contrôle des soins de santé primaires, utilisant au maximum les ressources locales et nationales et d'autres ressources disponibles* » (Agudelo, 1983). Cette définition a le mérite d'évoquer l'implication communautaire dans toute la chaîne de gouvernance et de gestion du système de santé.

A l'opposé de cette vision figure celle plus ancienne de l'OMS et l'UNICEF, apparue simultanément au lancement de la stratégie des soins de santé primaires en 1978. Elle définit

la participation communautaire comme étant « *un processus par lequel les individus et les familles, d'une part prennent en charge leur propre santé et leur propre bien-être comme ceux de la communauté, d'autre part développent leur capacité de concourir à leur propre développement comme à celui de la communauté* » (UNICEF-OMS, 1978). En ne considérant que les individus et les familles pour caractériser la communauté, l'UNICEF et l'OMS, ne prennent pas en compte les formes organisées des communautés au-dessus des familles. C'est sans doute pour cela que les organisations à base communautaire et les organisations gouvernementales ne font pas partie du schéma de mise en œuvre de l'Initiative de Bamako. Les comités de gestion communautaires des centres de santé ne sont alors composés que de représentants individuels issus directement des familles, mais non d'organisations qui auraient pu offrir des laboratoires de réflexions stratégiques et des cadres d'action de redevabilité. Un autre élément restrictif de la vision de l'OMS et de l'UNICEF, concerne la prérogative de contrôle par les communautés.

Tout comme cette notion est absente de leur définition, elle est également absente de la stratégie de mise en œuvre de l'Initiative de Bamako. Très peu d'importance a été accordée au contrôle du système de santé du niveau central au niveau périphérique par les communautés. Il a été surtout question de définir comment chaque communauté prise isolément contribuait à prendre en charge financièrement sa propre santé, sans se poser des questions sur les responsabilités de l'État, qui perçoit pourtant des impôts de ces mêmes communautés, et dont le devoir est d'offrir à sa population des services sociaux de base.

Pour l'OMS et l'UNICEF, le premier objectif de la participation communautaire est « *d'encourager les communautés à participer à la mise en place d'un système de financement communautaire de l'approvisionnement en médicaments et autres produits essentiels* » (AFR/RC49/13).

Force est de constater que cette priorité a pris le pas sur les prérogatives des communautés à participer à l'identification de leurs besoins, à l'organisation du système de soins et au contrôle de la gestion.

Les révolutions menées par le Fonds mondial

Le Fonds mondial est essentiellement un mécanisme de financement de la lutte contre les 3 pathologies que sont le VIH, le paludisme et la tuberculose, qui ne pouvait ignorer le renforcement des systèmes de santé. Il n'était pas censé édicter des politiques, mais financer les actions de lutte basées sur les orientations et normes existantes énoncées par des institutions plus habilitées telle que l'OMS.

Cependant, la nature du Fonds mondial, dont le partenariat avec les autorités publiques, la société civile, les institutions techniques, le secteur privé et les personnes touchées par les maladies constitue le fondement même, était une opportunité pour les acteurs de la société civile, qui n'avaient pas voix au chapitre dans les délibérations de l'OMS, de se faire entendre. La composition hétéroclite du partenariat du Fonds mondial devint par la force des choses un laboratoire d'idées, de convergence d'expériences et d'acteurs en mal de reconnaissance. A travers ses « notes d'information », le Fonds mondial a diffusé des réflexions, des principes et des directives qui ont stimulé la participation communautaire et promu l'équité en matière de santé.

La première « révolution » du Fonds mondial porte sur la définition des acteurs communautaires. Alors que la vision de l'UNICEF et de l'OMS se limite aux individus, leurs familles, les comités de gestion communautaires des centres de santé et les agents de santé communautaires, la [note d'information sur le renforcement des systèmes communautaires](#), éditée en février 2016, inclut dans les acteurs communautaires les membres de la communauté

(individus et familles), les organisations et les réseaux communautaires formels et informels, ainsi que d'autres organisations de la société civile. On doit sans doute cette vision du Fonds mondial à l'engagement des acteurs de la société civile, et particulièrement des organisations des personnes infectées par le VIH pour susciter une réponse au mal qui les décimait. C'est une vision plus large, plus fidèle et plus reconnaissante des acteurs de première ligne qui ont travaillé à dessiner l'engagement international contre le VIH, et par ricochet celui contre le paludisme, la tuberculose et le renforcement des systèmes de santé.

La deuxième « révolution » du Fonds mondial porte sur les prérogatives des acteurs communautaires en matière de santé. La note d'information contredit le confinement dans lequel étaient maintenus les acteurs de la société civile : *« ils peuvent jouer divers rôles dont la nature dépend précisément de leurs capacités et du contexte »* :

- *Gestion et prestation de services, y compris de services cliniques en établissement de soins et de services de santé en dehors de ces établissements, tels que l'éducation par les pairs, la sensibilisation, le traitement, les soins et la prise en charge au niveau communautaire ainsi que d'autres services sociaux ;*
- *Soutien aux personnes marginalisées ou victimes de discrimination qui n'ont pas accès à des services de santé adaptés à leurs besoins ;*
- *Actions de mobilisation parmi les personnes marginalisées afin d'améliorer les conditions sociales, y compris l'accès à des services de meilleure qualité ;*
- *Prise en considération des déterminants de la santé au sens large, notamment les inégalités entre les genres et les droits de l'homme ;*
- *Plaidoyer en faveur de politiques et de cadres législatifs favorables et appropriés, de la gouvernance, du suivi stratégique et de la responsabilité ;*
- *Suivi et plaidoyer en faveur d'une meilleure protection des droits de l'homme et d'un meilleur accès aux soins de santé.*

Ainsi, la participation communautaire n'est plus simplement vue comme une contribution financière pour assurer l'approvisionnement et le fonctionnement des centres de santé. Elle inclut désormais la délivrance de services de santé par des structures sanitaires créées par des organisations communautaires, la défense des populations marginalisées, le contrôle et l'interpellation des acteurs du système de santé. De cette ouverture découle la troisième « révolution » de la vision du Fonds mondial sur la participation communautaire.

A l'image des six piliers de l'OMS sur le renforcement des systèmes de santé, le Fonds mondial identifie quatre axes d'interventions sur le renforcement des systèmes communautaires : suivi au niveau communautaire de l'obligation redditionnelle - plaidoyer pour la responsabilité sociale, mobilisation sociale - renforcement des liens communautaires, collaboration et coordination - renforcement des capacités institutionnelles, planification et développement du leadership dans le secteur communautaire. La définition de ces axes de renforcement ouvre la perspective d'une consolidation très visible des systèmes communautaires en lien avec les systèmes publics de santé, contrairement aux directives de l'OMS qui n'évoquent les acteurs communautaires que dans le pilier sur les ressources humaines, en termes d'agents de santé communautaire. Selon la vision du Fonds mondial, à travers les quatre axes d'intervention, il est possible de retrouver les acteurs communautaires dans les 6 piliers de renforcement des systèmes communautaires.

La quatrième « révolution » imposée par le Fonds mondial concerne la définition des catégories de personnes vulnérables. Depuis le lancement de la stratégie des soins de santé primaires, les groupes dits vulnérables se résument essentiellement aux indigents, aux

femmes enceintes et aux enfants. Sur la base de données probantes liées à l'infection à VIH, le Fonds mondial a identifié d'autres groupes de populations, qui méritent des interventions spécifiques et dont les droits doivent être protégés. Il s'agissait particulièrement des hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes (homosexuels), les professionnels (Iles) du sexe, les usagers des drogues injectables et les prisonniers. De ce fait, la dimension de l'équité en matière de santé prenait une autre dimension, et devenait presque la porte d'entrée pour une équité et une justice sociale inclusive.

La dernière « révolution » retenue pour cette analyse est décrite par [une note d'information](#) publiée en décembre 2016 sur la mise en place des systèmes résistants et pérennes pour la santé avec les investissements du Fonds mondial. La note décrit de la meilleure façon la différence de la vision du « système pour la santé » et celle du « système de santé » : « à la différence des systèmes de santé, les systèmes pour la santé ne se limitent pas aux établissements de santé et s'étendent jusque dans les communautés pour atteindre les personnes qui ne se rendent pas toujours dans les centres de santé, particulièrement les plus vulnérables et les plus marginalisées. Les systèmes pour la santé s'intéressent aux personnes, plutôt qu'aux contraintes et aux maladies. »

Cette assertion est une reconnaissance implicite des échecs de nos systèmes de santé actuels en mal d'innovation et de réactivité.

Les risques d'occasions manquées

Les innovations en matière de participation communautaires dans les systèmes de santé du Fonds mondial, sont basées sur des données probantes et sont plus avant-gardistes que les propositions actuelles de l'OMS en la matière. Le Fonds mondial, fort de son poids financier, tente d'imposer ces innovations dans les pays de mise en œuvre de ses subventions.

Cependant, sans le soutien proactif de l'OMS dans les pays, les innovations peinent à être opérationnalisées dans les subventions, et les interventions, quand elles sont mises en œuvre, n'ont pas un impact suffisant pour transformer les systèmes en place. A titre d'exemple, plusieurs subventions accordées par le Fonds mondial ne prennent pas en compte les 4 domaines d'intervention du renforcement des systèmes communautaires. Le Fonds mondial appuie actuellement l'élaboration de plans stratégiques de santé communautaire qui occultent l'implication des acteurs de la société civile et la prise en compte des droits des populations clés.

Le prochain cycle de financement du Fonds mondial devra veiller à voir comment, au-delà du pouvoir financier, donner aux innovations qu'il finance, la légitimité et la reconnaissance qu'elles méritent, afin qu'elles aient un effet réel sur les politiques, et à termes un impact bénéfique pour les populations.

Le Ministère de l'Europe et des Affaires Étrangères français a déjà donné le ton en organisant en janvier 2019 à Paris, une rencontre sur le rôle de la société civile dans le renforcement des systèmes de santé. La réflexion a débuté et mérite d'être poursuivie, car nous ne pouvons pas nous offrir le luxe de faire du surplace ou pire encore, de reculer, malgré les sommes colossales investies.

Ressources additionnelles :

- Le Fonds Mondial, [Note d'information Mise en place de systèmes résistants et pérennes pour la santé avec les investissements du Fonds mondial](#), 15 décembre 2016 Genève, Suisse.

- [Déclaration d'Alma Ata sur les soins de santé primaires](#), 12 septembre 1978.
- Le Fonds mondial, [Maximiser l'impact en renforçant les systèmes et les ripostes communautaires](#), Genève, Novembre 2016
- Le Fonds mondial, [La mise en place de systèmes résistants et pérennes pour la santé](#), Genève, février 2018.

8. ANALYSE : Les conséquences de la crise Ebola 2014-15 sur les systèmes de santé de la Guinée, la Sierra Leone et le Libéria

Laurent Aventin

L'épidémie d'Ebola de 2014-2015 en Afrique de l'Ouest, qui s'est essentiellement concentrée sur la Sierra Leone, la Guinée et le Libéria, était la plus importante de l'histoire de cette maladie encore méconnue. Avec 28 616 cas et 11310 décès au total (1), cette crise a marqué les populations et affecté les systèmes de santé de manière durable.

Au-delà des décès directement provoqués par la maladie à virus Ebola (MVE), la crise a engendré un nombre beaucoup plus important de victimes; d'une part en raison des dysfonctionnements des systèmes de santé des trois pays, d'autre part, du fait de la rupture de confiance des populations dans leurs services de santé.

Les populations les plus vulnérables comme les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes ont été les premières victimes collatérales de l'épidémie d'Ebola, du moins au regard des cas qui ont été notifiés via le système national de surveillance sanitaire ou encore les études qui se sont particulièrement intéressées aux conséquences en cascade de la crise Ebola. Si à notre connaissance, il n'existe pas encore d'étude comparative de cet impact dans les trois pays via une méthodologie commune, des résultats ont été mesurés dans chacun des trois pays, souvent à partir de méthodologie et d'approches différentes.

Une diminution de la fréquentation des formations sanitaires

L'une des premières conséquences directes de l'épidémie d'Ebola est la peur des populations qui s'est caractérisée par une diminution significative de la fréquentation des services de santé. C'est du moins ce que montre une étude conduite en Sierra Leone. Outre le mécontentement des usagers face à l'inefficacité du personnel de santé, certaines rumeurs à propos d'Ebola faisaient état d'une contamination volontaire aux populations par les services de santé eux-mêmes (2). Les auteurs affirment qu'il y a eu une diminution des consultations dans les formations sanitaires, notamment pour les enfants atteints de paludisme et les femmes qui devaient se présenter pour les consultations pré et postnatales ou encore pour accoucher. Le constat est similaire pour le suivi des personnes vivant avec le VIH. Dans ce contexte, le Fonds mondial a financé des campagnes de traitement de masse notamment en Sierra Leone, dont le but était de soigner rapidement les patients atteints de paludisme dont les symptômes se confondaient avec ceux d'Ebola.

Une recrudescence des perdus de vue dans la lutte contre le VIH/sida

Les acteurs de terrain présents dans l'un des trois pays touchés par la MVE ont remarqué qu'au cours de l'épidémie, le nombre de perdus de vue parmi les personnes vivant avec le VIH avait anormalement augmenté. C'est par exemple le cas de l'ONG Solthis qui travaille avec l'hôpital national de Donka en Guinée. Entre avril et décembre 2014, la proportion de perdus de vue parmi les patients recevant un traitement antirétroviral a augmenté de 0% à 42%. En l'absence de prise de traitement, ces perdus de vue présentent un risque de résistance

aux antirétroviraux. Par défaut de traitement, la hausse de la charge virale chez ces patients constitue un risque accru de transmission du VIH aux partenaires (3).

Santé maternelle et infantile

La diminution de la fréquentation des centres de santé et des hôpitaux a eu pour première conséquence une augmentation de la morbidité et de la mortalité liée au retard ou à l'absence de prise en charge des cas de paludisme. Certains auteurs n'hésitent pas à affirmer que le nombre de victimes du paludisme a été supérieur à celui des décès directement provoqués par le virus Ebola (4). Au Liberia, la crise Ebola aurait empêché la délivrance d'environ 100 000 traitements antipaludéens, si bien que le nombre de cas de paludisme était 50% plus élevé en décembre 2016 qu'en décembre 2013 (5). Ce « retour en arrière » dans la lutte contre le paludisme, bien qu'inquiétant, laisse cependant présager une amélioration de ces chiffres en raison de la confiance retrouvée des populations pour leur formation sanitaire (FOSA). Cela passe cependant par la communication et l'information auprès des populations sur la MVE.

Les systèmes de santé impactés

Dans les trois pays, selon l'Organisation Mondiale de la Santé, 874 personnels de santé ont été touchés par la MVE, parmi lesquels 509 sont décédés. Cet état des lieux est probablement sous-estimé car il date de 2015 (6). Cet impact morbide sur le personnel de santé est d'autant plus inquiétant que le renforcement des systèmes de santé passe par un besoin urgent et accru de personnel qualifié dans les années à venir. L'OMS estime que le déficit de personnel de santé au niveau mondial est d'environ 7,2 millions, dont une grande part en Afrique ; ce qui signifie que l'efficacité des systèmes de santé et la disponibilité d'une offre de service restent limitées. « Le sous-investissement chronique affectant l'éducation et la formation du personnel de santé dans certains pays, conjugué à l'inadéquation entre les stratégies de formation, les systèmes de santé et les besoins de la population, se traduisent par des pénuries chroniques de personnel. À cela s'ajoute les difficultés du déploiement du personnel de santé en milieu rural, dans les lieux isolés et mal desservis » (7).

On relève également une inadéquation des structures de santé pour la prise en charge d'Ebola. Les maladies épidémiques sont généralement prises en charge dans le service des maladies infectieuses des hôpitaux ou des centres de santé disposant d'un service adéquat. Face à Ebola, alors qu'il est important d'isoler rapidement les patients, ce mode opératoire est inadapté au risque – comme cela s'est vu – de transmettre le virus à d'autres patients et au personnel de santé. La disparition des sanatoriums dans les années 70-80 n'a pas permis de faciliter l'isolement des patients et a donc participé à la propagation de l'épidémie au sein même des structures de soin.

La violence de l'épidémie a contribué à l'échec d'une prise en charge adaptée dans les structures de soins nationales : absence de traitement efficace, période d'incubation courte, taux de morbidité élevé, équipements de protection initialement inappropriés, protocoles de tri des patients méconnus ou inappliqués dans la plupart des formations sanitaires, diagnostic et prise en charge des patients qu'il a fallu adapter en cours d'épidémie, peur des populations et désaffection des services de santé, conséquences durables sur la santé des survivants...

Enfin, le retour à la normale des taux de fréquentation des services de santé reste globalement difficile : Selon Wagenaar BH et al., au Libéria, il a fallu 23 mois après le début de l'épidémie, et 11 mois après la fin de la déclaration du dernier cas d'Ebola, pour que les taux de fréquentation des services de santé atteignent ceux d'avant l'épidémie. Les auteurs estiment que 770 000 consultations ont été perdues, essentiellement dans les soins de santé primaire et particulièrement les consultations prénatales, les consultations postnatales et la vaccination BCG ou pentavalent (5).

Une résilience positive : le cas de la Guinée Conakry

Dès septembre 2014, l'ONG Médecins Sans Frontières (MSF) s'indigne de l'inaction mondiale face à la MVE qui vient de faire 400 morts dans les trois pays en seulement une semaine (8). Cette « mauvaise publicité » fera réagir la communauté internationale. Les coopérations occidentales débloquent des financements d'urgence, la France crée une Task Force interministérielle EBOLA (TFE) en octobre 2014 pour appuyer essentiellement la Guinée Conakry. L'USAID, l'UE, l'OMS et le système des Nations Unies - pour ne citer que ces opérateurs - mobilisent d'importants moyens pour contenir l'épidémie.

Durant la crise en Guinée, face aux difficultés d'isolement des patients dans les structures de santé existantes, 38 centres de traitement des épidémies (Ctepi) sont construits en un temps record pour la prise en charge des patients infectés par une maladie à potentiel épidémique.

La création, le 4 juillet 2016, d'une agence spécialisée, l'Agence Nationale de Sécurité Sanitaire, est également une réponse directe à l'épidémie d'Ebola (9). Cet établissement gère (ou co-gère) aujourd'hui la surveillance épidémiologique du territoire, le dispositif des laboratoires de surveillance et de diagnostic des maladies à potentiel épidémique, les 38 Ctepi, un centre d'opération d'urgence ainsi que des équipes régionales et préfectorales polyvalentes d'alerte et de riposte (dispositifs ERARE & EPARE) . En 2017, le recrutement exceptionnel de médecins et de personnels de santé a permis de satisfaire le fonctionnement de ces nouvelles structures et de pallier la perte des personnels soignants en 2014 et 2015. La construction et l'ouverture récente (22 octobre 2018) d'un Institut Pasteur à Conakry dédié à la formation, à la recherche et au diagnostic relève également d'une décision du renforcement sanitaire dans le cadre de la surveillance épidémiologique de la MVE (10).

Renforcer les systèmes de santé

Au-delà des conséquences négatives de la crise Ebola, une prise de conscience des opérateurs internationaux s'est accrue sur la nécessité de renforcer au plus vite les systèmes de santé des pays les plus vulnérables. Le Fonds Mondial de lutte contre le VIH/sida, la tuberculose et le paludisme a fait le constat que dans les trois pays, les services de santé de base, notamment les services de traitement et de prévention du VIH, de la tuberculose et du paludisme, se sont retrouvés à l'arrêt. Cette situation a conduit le Fonds mondial à investir 103 millions de dollars dans le renforcement des systèmes de santé dans les trois pays entre 2016 et 2018 (11). Cette politique devrait être élargie à d'autres pays dont les systèmes de santé sont jugés vulnérables.

Conclusion

Ces urgences à caractère épidémiques mettent à l'épreuve les systèmes de santé qui se doivent d'être résilients face à ces chocs. L'épidémie qui sévit depuis plus d'un an en République Démocratique du Congo, qui a touché plus de 2000 patients et causé la mort d'au moins 1346 patients se charge de nous le rappeler. Le contexte d'insécurité dans certaines zones comme le Nord Kivu et l'Iturie, la résistance des patients aux mesures de prévention et de traitement, et les chocs culturels (autour de l'enterrement digne des personnes décédées) continuent d'être au centre des préoccupations des autorités et des organisations qui combattent la maladie.

Références

1. [WHO. Situation report: Ebola virus disease](#)—10 June 2016. Geneva: World Health Organization; 2016.
2. Elston JWT, Moosa AJ, Moses F, et al. Impact of the Ebola outbreak on health systems and population health in Sierra Leone. *J. of Public Health*, December 2016, 38(4): 673–678.
3. Ndawinz J, Cissé M, S K Diallo M et al. Prevention of HIV spread during the Ebola outbreak in Guinea. *The Lancet*, 2015, 385(April 11): 1393.
4. Plucinski MM, Guilavogui T, Sidikiba S, Diakite N, Diakite S, Dioubate M, et al. Effect of the Ebola-virus-disease epidemic on malaria case management in Guinea, 2014: a cross-sectional survey of health facilities. *Lancet Infect Dis*. 2015;15(9):1017–23
5. Wagenaar BH, Augusto O, Beste J, Toomay SJ, Wickett E, Dunbar N, et al. (2018) The 2014–2015 Ebola virus disease outbreak and primary healthcare delivery in Liberia: Time-series analyses for 2010–2016. *PLoS Med* 15(2): e1002508
6. [World Health Organisation Ebola situation report](#)—1st July 2015
7. [WHO. Ressources humaines pour la santé : stratégie mondiale à l'horizon 2030](#). Genève
8. Barroux R. Ebola : Médecins sans frontières dénonce l'inaction mondiale malgré l'urgence. *Le Monde*, 4 septembre 2014.
9. <https://anss-guinee.org/>
10. <https://www.pasteur.fr/fr/institut-pasteur/institut-pasteur-monde/actualites/institut->

Ceci est le numéro 88 de la lettre d'information de l'Observateur du Fonds mondial (OFM). Pour nous faire parvenir des commentaires, des suggestions de sujets ou des remarques, vous pouvez écrire à la rédactrice en chef à l'adresse suivante : christelle.boulanger@aidspan.org. Pour vous abonner à l'OFM, rendez-vous sur www.aidspan.org. Les articles sont également disponibles en anglais.

La lettre d'information indépendante et gratuite de l'OFM couvre l'actualité du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme et offre analyses, commentaires et opinions. (<http://www.theglobalfund.org/fr/>).

Aidspan (www.aidspan.org) est une ONG internationale basée à Nairobi, au Kenya, dont la mission est d'agir comme un observateur indépendant du Fonds mondial et de fournir des services qui peuvent profiter à tous les pays désireux d'obtenir un financement du Fonds et d'en faire un usage efficace. Aidspan se finance grâce aux subventions des gouvernements et des fondations. Aidspan n'accepte aucun financement de la part du Fonds mondial, ne fournit aucun travail rémunéré de consultance et son contenu est gratuit.

Le Conseil d'administration et le personnel du Fonds mondial n'ont aucune influence sur le contenu de l'OFM ni sur aucune des autres publications d'Aidspan, et ne sont aucunement responsables de ces contenus.

La lettre d'information de l'OFM est disponible en anglais et en français.

Rédactrice en chef de l'OFM : Christelle Boulanger (christelle.boulanger@aidspan.org). Directrice exécutive d'Aidspan : Ida Hakizinka (ida.hakizinka@aidspan.org).

La reproduction des articles de la lettre d'information est autorisée avec la mention : « Source : lettre d'information de l'Observateur du Fonds mondial (www.aidspan.org/gfo), un service d'Aidspan ».

Pour vous désabonner, cliquez [ici](#).

© 2019 Aidspan. Tous droits réservés.