



Observateur du Fonds mondial

LETTRE D'INFORMATION

Numéro 89 : 27 juillet 2019

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

[OFM en direct >>](#)

[Site Aidspan >>](#)

[Contactez-nous >>](#)

AU SOMMAIRE :

1. ANALYSE : [Décision du Comité de la stratégie \(CS\) sur la méthodologie d'allocation](#)

PAR ADELE SULCAS

Lors de la dernière réunion du Conseil d'administration du Fonds mondial, qui s'est tenue à Genève en mai 2019, le Conseil a approuvé la décision sur l'actualisation de la méthodologie d'allocation pour la période d'allocation 2020/2022, mais a demandé au Comité de la stratégie de revoir et d'approuver la procédure d'ajustement qualitatif. L'ajustement qualitatif constitue l'étape finale du processus d'allocation des ressources et permet d'adapter les sommes allouées, déterminées par un barème, aux contextes et aux problématiques spécifiques des pays. A la demande du Conseil d'administration, la réunion de juillet du Comité de la stratégie finalisera et approuvera la procédure.

2. ANALYSE : [Défis persistants au niveau du Secrétariat du Fonds mondial et de la mise en œuvre qui entravent l'absorption des subventions](#)

PAR ANN ITIBU

Le Fonds mondial est en bonne voie pour respecter sa cible de 75% de taux d'absorption des subventions d'ici 2022. Cependant, certains pays ont encore du mal à dépenser les fonds alloués dans les délais impartis. Les problèmes d'absorption sont particulièrement évidents pour les pays qui sont des « contextes d'intervention difficiles », pour les subventions qui comportent une part moins importante d'achats de produits de santé et pour les gouvernements récipiendaires. Les

défis au niveau du Secrétariat du Fonds mondial ainsi qu'au niveau de la mise en œuvre locale empêchent souvent un pays de dépenser la totalité de ses financements.

3. ACTUALITE : [Autres nouvelles relatives au partenariat du Fonds mondial](#)

PAR ADELE SULCAS

La colonne « nouvelles » de ce numéro de l'OFM met en lumière la promesse de don du Royaume-Uni de 1,4 milliard de livres sterling au Fonds Mondial, la signature d'un nouveau cadre stratégique entre le Fonds Mondial et l'ONUSIDA pour l'appui aux pays, le bulletin de juillet du Fonds Mondial sur la reconstitution des ressources, et la création de l'Académie de l'Organisation mondiale de la Santé.

DOSSIER SPECIAL : L'APPORT DES ACTEURS COMMUNAUTAIRES A LA LUTTE CONTRE LES PANDEMISS
--

4. ENTRETIEN : [Entretien avec Viviana MANGIATERRA](#)

PAR CHRISTELLE BOULANGER

Responsable de la division « Systèmes Résilients et Pérennes pour la Santé » depuis 2014, Viviana a consacré la majeure partie de sa carrière à la santé maternelle et infantile au sein de l'OMS, puis à la Banque Mondiale. Recrutée pour conceptualiser l'engagement du Fonds mondial dans le domaine du renforcement des systèmes de santé, elle a élaboré les outils et le cadre qui ont donné naissance au pilier RSSH de la stratégie 2017-2022. Appelée en tant que professeure associée à l'Université de Boconi à Milan, Viviana quittera le Fonds mondial en septembre et dresse un bilan des progrès effectués dans le domaine du renforcement des systèmes de santé.

5. ANALYSE : [Le renforcement des systèmes de santé dans les pays en développement : implication de la société civile et des usagers dans la gouvernance](#)

PAR PERRINE DUROYAUME ET CHRSTELLE BOULANGER

Le recours aux dynamiques communautaires dans le suivi et l'évaluation des services publics, en particulier dans les domaines de la santé et de l'environnement, est une pratique fréquente et documentée depuis les années 70 et la conférence d'Alma-Ata. Elle répond aussi aux enjeux de redevabilité sociale des systèmes de santé à l'égard des populations. Face à la supposée lourdeur de systèmes de suivi descendants, pilotés à une échelle nationale, basés sur des indicateurs prédéfinis, les observatoires communautaires seraient eux au plus près des réalités des usagers et les mieux placés pour les documenter. Les données collectées au niveau local sont considérées comme des sources alternatives précieuses pour le pilotage des politiques publiques, servant à alimenter un suivi stratégique et opérationnel.

6. ANALYSE : [Changer de paradigme pour mettre fin à la tuberculose : l'engagement communautaire pour mettre fin à la tuberculose en Afrique de l'Ouest et du Centre](#)

PAR Dr NUCCIA SALERI

En Afrique de l'Ouest et du Centre, presque la moitié des personnes atteintes de TB ne sont pas déclarées, en particulier les populations plus vulnérables et les enfants. Des efforts supplémentaires sont nécessaires afin d'étendre les outils de diagnostic rapide, mettre en œuvre un dépistage actif dans les groupes à haut risque avec l'appui des acteurs communautaires afin de lever les barrières dans l'accès aux soins. Un changement de paradigme est en cours, grâce à l'intérêt accru des professionnels de la TB pour le rôle des acteurs communautaires et de la société civile dans la lutte contre la tuberculose, et c'est l'objet de cet article.

7. ENTRETIEN : [Entretien avec Olivia NGOU, directrice du Réseau Civil Society for Malaria Elimination \(CS4ME\)](#)

PAR CHRISTELLE BOULANGER

Olivia Ngou travaille depuis plus de 10 ans dans la lutte contre le paludisme en Afrique, elle est également actuellement membre actif du conseil d'administration d'UNITAID et du Fonds mondial dans la délégation des communautés, et du comité de pilotage RBM CRSPC. Elle est à l'origine de la déclaration de la société civile réunie au congrès mondial de Melbourne en juillet 2018, appelant à une plus grande implication des communautés dans la lutte contre le paludisme. C'est dans ce cadre qu'est né CS4ME, la Civil Society for Malaria Elimination, plateforme de partage et de soutien aux OSC impliquées dans la lutte contre le paludisme. Cet entretien permet de revenir sur les immenses progrès accomplis en matière de réduction des cas de paludisme et de décès, et sur le rôle de la société civile pour accélérer cette lutte.

1. ANALYSE : Décision attendue sur la procédure d'ajustement qualitatif après les réunions du Comité du Fonds mondial en juillet

Le Comité de la stratégie a pris une décision en amont de la réunion du Conseil d'administration en novembre

Adèle Sulcas

La semaine prochaine, les Comités rattachés au Conseil d'administration du Fonds mondial, le Comité de la stratégie (CS), le Comité de l'audit et des finances (CAF), et le Comité d'éthique et de gouvernance (CEG) se rencontreront chacun pendant deux jours, entre le 15 et le 19 juillet. Les réunions de Comité sont fermées, et les discussions qui s'y tiennent ne sont généralement pas rendues publiques par la suite - à moins qu'une partie de ce qui y est produit ne prenne la forme de recommandations à l'intention du Conseil d'administration du Fonds mondial.

La dixième réunion du Comité de la stratégie se tiendra les 18 et 19 juillet. Un point connu à l'ordre du jour, inclus dans la décision approuvée par le Conseil d'administration lors de la 41ème réunion du Conseil en mai 2019, est une décision que devra prendre le Comité (et non une recommandation à formuler à l'intention du Conseil d'administration) concernant la procédure d'ajustement qualitatif pour les allocations de la période 2020/2022.

La décision adoptée (document du Conseil GF / B41 / DP03 - voir cet [article dans le numéro 96 de l'OFM](#)) approuve la méthodologie d'allocation actualisée pour déterminer les sommes allouées aux pays pour la période d'allocation 2020/2022. Le Conseil a également décidé qu'un montant maximal 800 millions de dollars sur les fonds disponibles pour les sommes allouées aux pays sera consacré aux mises à l'échelle, à l'impact et aux réductions progressives. (Sur un plan plus technique, le Conseil a également pris note des paramètres techniques présentés dans un document annexe accompagnant la décision et a réaffirmé les principes essentiels du modèle de financement présentés en annexe d'un document issu de la 35ème réunion du Conseil.)

Suite à la décision, le Conseil d'administration a chargé le Comité de revoir et d'approuver, lors de sa réunion de juillet 2019, la méthode qu'adoptera le Secrétariat dans le cadre de la procédure d'ajustement qualitatif, qui fait partie de la méthodologie d'allocation. (Le Conseil d'administration a délégué au Comité de la stratégie le pouvoir d'approuver les facteurs d'ajustement qualitatif.)

Procédure d'ajustement qualitatif

La procédure d'ajustement qualitatif est la dernière étape du processus d'allocation du Fonds mondial qui détermine les sommes finalement allouées aux subventions. Son objectif est d'ajuster le financement aux pays en adaptant la somme proposée par le barème d'allocation au contexte du pays. (Le barème d'allocation est calculé en fonction de la charge de morbidité et de la

capacité économique du pays, entre autres.) Les facteurs susceptibles d'influencer les décisions d'ajustement qualitatif sont notamment les écarts de réalisation des objectifs d'impact, les problèmes d'absorption du financement, les problèmes de performance programmatique, la présence de populations clés et les contextes de transition.

Pour la période d'allocation 2017/2019, le Comité de la stratégie a approuvé une procédure d'ajustement qualitatif en deux phases. La première phase permet aux ajustements de raffiner les allocations en tenant compte de l'incidence du VIH parmi les populations clés, afin de mieux prendre en considération le fardeau disproportionné du VIH parmi les populations clés dans les pays à faible prévalence (moins de 2%). La deuxième phase concerne quant à elle un ajustement global pour tenir compte des principaux facteurs contextuels et programmatiques tels que la capacité d'absorption, les risques liés au contexte, la marge budgétaire et des considérations liées à la pérennité et à la transition.

Préoccupations des circonscriptions

Plusieurs circonscriptions du Conseil d'administration du Fonds mondial ont fait des retours au Comité de la stratégie, en amont de sa réunion du mois de juillet, pour exprimer leurs préoccupations ou pour mentionner des points qu'elles souhaitaient que le Comité aborde en réunion. Les représentants de certaines circonscriptions ont partagé leurs points de vue. Un certain nombre de points semblent préoccupants, notamment :

- **(Phase 1) Données insuffisantes sur les populations touchées de manière disproportionnée par la tuberculose :** en raison du manque de données, les ajustements des allocations n'ont pas pu être poursuivis pour la période 2017/2019. Les circonscriptions se demandent à présent comment l'ajustement prendra en compte ces populations si le Comité de la stratégie estime que les données restent insuffisantes ou sont trop probantes.
- **(Phase 2) Capacité d'absorption :** des préoccupations ont été exprimées au sujet de la façon de déterminer la capacité d'absorption, qui consiste en un "simple" calcul du taux de consommation budgétaire plutôt que de prendre en considération les tendances de l'absorption ainsi que les barrières ou les goulots d'étranglement.
- **(Phase 2) Risques liés au contexte :** certaines circonscriptions ont demandé que l'évaluation des risques liés au contexte inclue les risques liés à la transition (y compris, sans toutefois s'y limiter, les coûts encourus pour l'achat de produits de santé dans le cadre des achats par les pays plutôt que des achats groupés du Fonds mondial), aux droits humains, aux budgets, y compris le fardeau de la dette, à l'accès aux médicaments et aux produits de santé, ainsi qu'aux épidémies ponctuelles ou autres crises sanitaires.
- **(Phase 2) Impact antérieur :** les circonscriptions ont demandé au Comité de la stratégie d'envisager l'inclusion de facteurs supplémentaires pour l'évaluation de l'impact antérieur (en plus des tendances de l'incidence et de la mortalité), tels que l'impact des crises sanitaires (l'épidémie d'Ebola par exemple), une augmentation de la pondération lorsque l'incidence est à la hausse et la prise en compte des investissements passés dans les activités de prévention.
- **(Phase 2) Ecart de couverture :** certaines circonscriptions ont demandé d'élargir les facteurs considérés dans l'évaluation des écarts en matière de couverture des services, afin de mieux prendre en considération les obstacles liés à l'accès aux soins (y

compris les barrières juridiques et celles liées aux droits humains et au genre). En outre, il a été suggéré au Comité de la stratégie que les équipes de pays et la Division de la gestion des subventions soient informées de tout élément contextuel ayant influencé l'allocation finale, afin d'orienter de façon constructive le développement des futures requêtes de financement d'un pays donné.

- **(Phase 2) Marge budgétaire :** Les circonscriptions affirment avoir appris que le Fonds mondial procède à des analyses de marge budgétaire pour mieux comprendre la capacité économique des pays, au-delà du revenu national brut par habitant – mais l'état de ce processus n'est pas clair pour eux. Elles ont donc demandé que soit considéré un certain nombre de questions concernant la marge budgétaire en tant qu'élément à prendre en compte dans les ajustements qualitatifs (nous ne pouvons pas répertorier toutes les questions ici par manque de place), notamment sur les indicateurs permettant de calculer de la marge budgétaire, sur la façon dont la viabilité de la dette est intégrée, et pour savoir si un ajustement lié à la marge budgétaire serait appliqué uniquement à certains pays ou à l'ensemble du portefeuille du Fonds mondial.

On ne sait pas encore quand ni comment le Secrétariat communiquera publiquement les délibérations du Comité de la stratégie et la décision relative à la procédure d'ajustement qualitatif adoptée lors de la réunion des 18 et 19 juillet. L'OFM a demandé au Secrétariat des informations sur la date à laquelle la décision sera rendue publique.

En novembre, dès que les résultats de la sixième reconstitution d'octobre seront connus, le Conseil d'administration approuvera lors de sa 42ème réunion les fonds destinés à être alloués pour la période 2020/2022. Le Secrétariat appliquera ensuite les ajustements qualitatifs aux sommes allouées ; il rendra des comptes au Comité de la stratégie sur tous les ajustements qualitatifs et sur leur justification, et au Conseil d'administration sur les ajustements de plus de 5 millions de dollars ou 15%.

Autres sujets prévus à l'ordre du jour des comités

La dixième réunion du Comité de l'audit et des finances, qui se tiendra du 16 au 17 juillet, devrait statuer sur trois points : le plan d'audit externe, le cadre d'investissement environnemental, social et de gouvernance, la politique modifiée en matière d'administration financière et la méthodologie de calcul des promesses de dons annoncées. Parmi les autres sujets qui devraient être à l'ordre du jour sous la forme de points d'information, on peut citer la performance financière, la mobilisation de ressources, un point sur les progrès du BIG (qui couvre également les actions concertées à mettre en oeuvre par la direction) et la gestion des risques.

La dixième réunion du Comité d'éthique et de gouvernance devrait discuter des prochaines étapes concernant le renforcement des processus de sélection des comités, point qui avait été inscrit à l'ordre du jour de la 41ème réunion du Conseil d'administration en mai 2019, avant d'être retiré le deuxième jour de la réunion pour permettre de plus amples consultations, suite aux objections de la circonscription des Etats-Unis et de la Délégation des ONG des pays industrialisés. Le Conseil d'administration a alors reporté cette décision à la réunion de novembre 2019. (Voir [l'article dans le numéro 86 de l'OFM](#))

Le CGE n'est pas censé prendre de décision, mais plutôt débattre sur la façon d'avancer sur plusieurs sujets, notamment l'initiative relative à la culture de gouvernance, les enseignements tirés du processus de sélection des dirigeants du Conseil d'administration, et un

point sur l'état d'avancement du travail du Secrétariat pour lutter contre le harcèlement sexuel, et sur l'accord de privilèges et immunités. Le Chargé d'éthique viendra faire un point d'information durant la réunion.

Lectures complémentaires :

- [Décision](#) du Conseil d'administration du Fonds mondial de mai 2019 sur l'actualisation de la méthodologie d'allocation des subventions (en anglais)

- [Article](#) de l'OFM sur les décisions adoptées lors de la 41ème réunion du Conseil

2. ANALYSE : Défis persistants au niveau du Secrétariat du Fonds mondial et de la mise en œuvre qui entravent l'absorption des subventions

Néanmoins, la capacité d'absorption s'est améliorée malgré les défis de longue date

Ann Ithibu

À l'approche de la sixième reconstitution des ressources du Fonds mondial pour la prochaine période de mise en œuvre, 2020/2022, la question de savoir si les subventions du Fonds mondial sont correctement absorbées est devenue importante. C'est d'ailleurs un des sujets abordé dans les récents rapports du Bureau de l'Inspecteur général (BIG) du Fonds mondial, du Secrétariat et des organisations de la société civile. Selon le Fonds mondial, la capacité d'absorption est la mesure du pourcentage des dépenses réelles par rapport au budget total de la subvention. Parfois, en l'absence de données sur les dépenses réelles, le pourcentage des décaissements par rapport au budget total de la subvention est utilisé comme indicateur indirect.

Le taux d'absorption des subventions du Fonds mondial était de 75 % en moyenne dans le monde entre 2015 et 2017, en voie pour atteindre l'objectif de 75% d'ici 2022, selon le [rapport de performance stratégique du Secrétariat pour 2018 \(en anglais\)](#). Les taux d'absorption étaient globalement les plus élevés en Afrique australe et en Afrique de l'Est (83%), suivis de près par l'Europe de l'Est et l'Asie centrale (EEAC; 79%) et les Amériques affichaient les taux les plus bas (72%). Le [rapport consultatif du BIG sur la mise en oeuvre des subventions en Afrique de l'Ouest et du Centre \(AOC\) \(en anglais\)](#) souligne que ce taux moyen d'absorption masquait de grandes disparités entre les pays. Par exemple, en AOC, entre 2014 et 2017, la Côte d'Ivoire, le Sénégal et le Burkina Faso ont dépensé la quasi-totalité de leurs subventions – respectivement 97%, 94% et 93% -, tandis que la Mauritanie et la Guinée ont dépensé à peine le tiers de leur budget, soit 33% et 28% respectivement. Fait intéressant, le Secrétariat a noté qu'en 2018, le [taux d'absorption s'était amélioré](#) dans la plupart des pays, surtout en AOC.

Cet article est le premier d'une série d'articles sur la capacité d'absorption des subventions, et traite des causes fondamentales du faible taux d'absorption des bénéficiaires du Fonds mondial en Afrique subsaharienne, qui ont fait l'objet de récentes publications. Les sources d'informations de cet article sont les suivantes : le [rapport consultatif du BIG sur la mise en oeuvre des subventions en Afrique de l'Ouest et du Centre \(AOC\) \(en anglais\)](#), le [rapport de performance stratégique du Secrétariat pour 2018 \(en anglais\)](#) présenté au Conseil

d'administration lors de sa 41^{ème} réunion en mai, une analyse réalisée en 2017 par le Groupe technique de référence en évaluation (GTRE) sur la capacité d'absorption du Fonds mondial, les résultats d'une analyse situationnelle du taux d'absorption par les Récipiendaires Principaux (RP) de la société civile (commanditée par les Réseaux nationaux d'organisations prestataires de services dans la lutte contre le sida en Afrique de l'Est – EANNASO - et présentée lors d'une réunion des RP de la société civile en juin 2019 – lire l'[article dans ce numéro - en anglais](#)), et enfin, les expériences du Nigéria en matière d'absorption de subvention, présentées lors de la réunion par Oladeji Adeyemi, coordinateur du projet sur le VIH à l'Association pour la santé reproductive et familiale (ARFH).

Un taux d'absorption plus faible pour les pays classés contextes d'intervention difficiles, pour les subventions contenant moins d'achat de produits de santé, et pour les gouvernements récipiendaires

Certaines régions – comme l'Amérique latine et les Caraïbes (ALC), le Moyen - Orient et l'Afrique du Nord (MOAN) et l'AOC - semblent avoir un taux d'absorption plus faible que les autres. Toutefois, selon un rapport sur la performance stratégique du Secrétariat, il est plus probable que ce faible taux soit lié aux contextes d'intervention difficiles (CID) plutôt qu'à une région donnée. En 2018, les pays classés CID ont dépensé en moyenne 73% de leurs subventions, ce qui était inférieur aux pays qui ne sont pas dans cette catégorie (81%). La plupart des pays CID sont soit dans la région MOAN, soit dans la région AOC, ce qui fausse le taux moyen d'absorption de ces régions.

Le rapport à l'intention du Conseil d'administration a également noté que les subventions comprenant moins de produits de santé – les subventions Tuberculose (TB) et Systèmes de santé résilients et pérennes (SSRP) – sont susceptibles d'avoir un taux d'absorption plus faible. Les subventions TB avaient un taux d'absorption plus faible (69%) que les subventions VIH (83%) et paludisme (80%). Les pays ont dépensé en moyenne 66% des subventions SSRP. Une analyse plus poussée, réalisée par le Secrétariat, a révélé des inégalités entre le taux d'absorption des fonds destinés aux produits de santé et les autres. Le taux d'absorption des fonds destinés à financer les produits de santé était élevé pour toutes les maladies: VIH (89%), paludisme (87%) et tuberculose (73%). En revanche, le taux d'absorption des fonds pour les produits autres que les produits de santé, c'est-à-dire pour financer les activités dans les pays, était comparable pour toutes les maladies - VIH (72%), paludisme (70%) et tuberculose (69%) – mais inférieur à ceux des produits de santé.

Selon le Secrétariat, dans les régions ALC, EEAC et Asie, les gouvernements récipiendaires sont moins susceptibles d'absorber des fonds que les organisations multilatérales et que la société civile. Fait intéressant, en Afrique et dans la région MOAN, le taux d'absorption est identique, que les récipiendaires soient des gouvernements ou issus de la société civile.

Le Secrétariat a signalé une forte association entre le taux d'absorption et l'ancienneté de la subvention, et a identifié un phénomène qu'il a appelé "l'effet de la première année". Il n'est pas surprenant que le taux d'absorption soit plus faible durant la première année de mise en oeuvre par rapport aux années suivantes.

Selon l'analyse de 2017 du GTRE, la première année est celle où les récipiendaires démarrent la mise en oeuvre de la subvention et les retards sont fréquents ; ce n'est que la deuxième année que tout est en place au niveau des récipiendaires et qu'ils se concentrent sur la mise en œuvre des activités de la subvention.

Causes fondamentales du faible taux d'absorption des pays d'Afrique subsaharienne

Les diverses sources d'information de cet article ont identifié des causes presque identiques à l'origine du faible taux d'absorption, classées en deux grandes catégories: les causes liées au Secrétariat et celles liées aux pays. Nous avons également mis en lumière d'autres causes potentielles provoquant un faible taux d'absorption, mais qui ne relèvent ni du Fonds mondial ni des partenaires de mise en oeuvre.

Les défis au niveau du secrétariat

Le Fonds mondial a mis en place des processus, des politiques et des systèmes pour garantir une mise en oeuvre efficace des subventions tout en préservant ses investissements financiers. Malheureusement, certaines mesures d'atténuation des risques provoquent parfois un retard ou bloquent la mise en oeuvre des activités de la subvention, ce qui a pour conséquence de retarder ou de bloquer l'absorption des financements. En fait, l'analyse du GTRE a révélé que les parties prenantes estiment que le Fonds mondial accorde trop d'importance à la gestion des risques, au détriment de la mise en oeuvre des subventions.

Retards causés par le Fonds mondial

Dans certains cas, selon les participants à la réunion, le Fonds mondial retarde la signature de la subvention avec le RP, et donc le décaissement des fonds. Un exemple de cela est une subvention signée mi-mars mais antidatée du mois de janvier; à la date de signature, le RP avait perdu plus de deux mois de financements correspondant aux salaires du personnel et aux frais de fonctionnement. Les subventions dans ce cas de figure démarrent avec un taux d'absorption plus faible avant même le début de la mise en oeuvre. Après de tels retards, les RP ne réussissent souvent pas à rattrapper le retard d'exécution, ou bien peinent à le faire. Une analyse approfondie de la capacité d'absorption menée par la Groupe technique de référence en évaluation (GTRE) du Fonds mondial explique ces retards par l'absence ou la mauvaise qualité des documents demandés. Par exemple, les activités de formation et d'approvisionnement peuvent être retardées car il manque des plans (approuvés).

Le Secrétariat est également à l'origine de certains retards au moment de l'approbation des demandes de reprogrammation, selon le rapport consultatif du BIG et la présentation du Nigéria. Bien que la politique du Fonds mondial, sur papier, encourage une reprogrammation ciblée et en temps opportun tout au long du cycle de la subvention, les pays doivent parfois attendre jusqu'à six mois pour obtenir un retour de la part du Secrétariat sur leur demande de reprogrammation.

Conditions et exigences rigoureuses du Fonds mondial

Selon l'étude conduite par EANNASO, les exigences, les conditions et les procédures du Fonds mondial font peser un lourd fardeau sur les bénéficiaires chargés de la mise en oeuvre. Selon un bénéficiaire au Mali, cité par le BIG, « les programmes financés sont conçus pour se conformer aux règles et aux attentes du FM (Fonds mondial) plutôt que de répondre aux besoins et attentes réels du pays ».

L'une des mesures mises en place par le Secrétariat pour atténuer les risques consiste à obliger les bénéficiaires principaux à rembourser les dépenses inéligibles engagées sur financement de la subvention. En conséquence, les bénéficiaires craignent d'engager des dépenses inéligibles : les bénéficiaires principaux et les sous-bénéficiaires (SR) choisissent parfois de ne pas

mettre en œuvre des activités plutôt que de risquer d'encourir des dépenses inéligibles, ou bien demandent une validation supplémentaire de la part de l'équipe pays afin de se protéger.

Lors de la réunion de la société civile, Adeyemi a relevé que les visites fréquentes dans les pays de la part des équipes pays et des AFL détournent généralement l'attention de la mise en œuvre des activités des subventions. C'est une préoccupation que les parties prenantes dans les pays soulèvent fréquemment et ce, depuis quelques temps. Il a également évoqué les mauvaises relations entre les bénéficiaires responsables de la mise en œuvre de la subvention au Nigéria et les équipes de pays du Fonds mondial. De même, dans son rapport publié en 2016, le Centre de recherche sur la santé et la population africaine (APHRC) note que les mauvaises relations entre bénéficiaires locaux et les équipes pays du Fonds mondial conduisent fréquemment à des retours tardifs et à un retard de démarrage de la subvention dans les pays francophones. (A l'époque, l'APHRC, organisation basée au Kenya, appuyait les circonscriptions africaines pour influencer les décisions et politiques du Conseil d'administration du Fonds mondial).

Incapacité à tirer parti de la flexibilité existante dans les contextes d'intervention difficile

Le Fonds mondial a classé les pays caractérisés par une faible gouvernance, un accès insuffisant aux services de santé, une capacité limitée et une fragilité causée par des crises d'origine humaine ou naturelle comme étant des pays à contextes d'intervention difficiles (CID). Une fois classé dans la catégorie CID, un pays devrait idéalement bénéficier d'une flexibilité accrue, de partenariats et d'innovations plus importants pour atteindre un niveau d'efficacité de mise en œuvre des subventions similaire à celui des pays qui ne sont pas classés CID. Toutefois, dans la pratique, le Fonds mondial n'a pas encore pleinement exploité la flexibilité prévue tout au long du cycle des subventions en vue de réduire le fardeau administratif porté par les bénéficiaires. Par exemple, le rapport consultatif du BIG soulève que les pays CID étaient soumis aux mêmes procédures de reporting que les pays qui ne sont pas classés CID, procédures qui restent complexes et fastidieuses malgré les efforts déployés pour les simplifier. En pratique, les pays CID envoient leur rapport au minimum deux mois après la date de reporting, tandis que les pays non-CID prennent en moyenne 15 à 30 jours. Les retards de reporting entraînent des retards dans les décaissements puis dans la mise en œuvre des activités de la subvention, ce qui, à terme conduit à une exécution budgétaire moins importante.

Les défis au niveau du bénéficiaire

Faiblesse du dispositif de mise en œuvre

Le rapport consultatif du BIG soulève que les dispositifs de mise en œuvre ont une incidence sur la performance, le taux d'absorption et la pérennité des programmes. Les pays d'AOC qui ont un dispositif de mise en œuvre robuste et adapté à leur contexte national et qui dispose d'une capacité suffisante, connaissent un meilleur taux d'absorption : le Burkina Faso, le Sénégal, la République démocratique du Congo (RDC) et la Côte d'Ivoire font partie de ces pays.

Dans les dispositifs de mise en œuvre existants en AOC - et potentiellement dans le reste de l'Afrique - un décalage existe entre le rôle du bénéficiaire et leur mandat. Le rapport consultatif du BIG indique que la plupart des pays de l'AOC choisissent comme RP ou SR des subventions du Fonds mondial les programmes nationaux de lutte contre la maladie et d'autres entités nationales n'appartenant pas au ministère de la Santé.

Toutefois, sachant que les programmes et bénéficiaires nationaux ne relèvent pas du ministère de la Santé, ils n'ont ni lien d'autorité ni relation contractuelle avec les entités de prestation de services. Ce décalage entre le rôle et le mandat respectif de ces programmes nationaux et des bénéficiaires ne relevant pas du ministère de la Santé limite leur capacité à mener efficacement la mise en œuvre du programme. Les difficultés bureaucratiques et de coordination qui en résultent entravent la validation et la mise en œuvre des activités de la subvention dans les temps impartis et, en fin de compte, retardent ou bloquent l'utilisation des financements de la subvention.

Le rapport consultatif identifie la Mauritanie comme un cas extrême, qui implique un ensemble complexe de dispositifs de mise en œuvre avec un RP qui ne relève pas du ministère de la Santé. Entre 2014 et 2017, la Mauritanie a affiché la capacité d'absorption la plus faible d'AOC (28%).

Capacité limitée des bénéficiaires

Le Fonds mondial ne disposant pas d'une présence dans les pays, il se repose donc sur les institutions locales pour l'exécution des subventions. Cependant, les bénéficiaires n'ont pas toujours les capacités requises pour mettre en œuvre efficacement les activités. L'étude réalisée par EANNASO indique que les RP issus de la société civile manquent parfois des capacités requises pour détecter un faible taux d'absorption et communiquer l'information dans les temps, ou bien pour négocier les cibles financières avec le Secrétariat et l'AFL lors de la phase d'élaboration et de mise en œuvre des subventions. En outre, les RP de la société civile ont souvent une expérience limitée en matière de gestion des achats et de la chaîne d'approvisionnement. Les RP de la société civile choisissent parfois de sous-traiter cette fonction.

L'analyse réalisée par le GTRE révèle également que les lacunes des RP en matière de gestion financière et de gestion des SR étaient des causes importantes du faible taux d'absorption. Pour les RP étatiques, ces lacunes sont liées aux faiblesses des systèmes de santé de façon générale. Les autres faiblesses des systèmes de santé concernent la gestion des achats et de la chaîne d'approvisionnement, la gestion des stocks, le suivi et l'évaluation, et les ressources humaines.

Dans certains pays, les RP prennent également du retard au moment de la sélection des SR, probablement en raison de l'inefficacité du processus de recrutement des SR, ce qui retarde considérablement la mise en œuvre de certaines activités ; aucune disposition n'existe pour permettre aux RP de contractualiser avec les SR seulement après la signature de la subvention. En fin de compte, ces retards au moment de la sélection puis dans la mise en œuvre signifient qu'une partie du financement n'est pas dépensé, en particulier les fonds destinés aux salaires du personnel et aux frais de fonctionnement. Pire encore, selon Adeyemi, certains SR - en particulier les organisations à base communautaire - fournissent des documents insuffisants, ne se conforment pas correctement aux règles, soumettent des rapports de mauvaise qualité et manquent de leadership. RP comme SR sont également confrontés à un taux de rotation du personnel élevé.

L'étude conduite par EANNASO révèle que les RP de la société civile, malgré leurs capacités limitées, ne font pas appel à l'appui technique, ou ne l'utilisent pas. Selon cette étude, un appui technique pour le reporting financier, pour la planification et l'élaboration de cibles financières, ainsi que pour l'élaboration de stratégies et la négociation permettrait de renforcer les capacités dans ces domaines.

Épargne, génération de revenus, taux de change et gains d'efficacité

Les bénéficiaires finissent parfois par disposer de reliquats, non pas en raison d'une exécution budgétaire sous-optimale, mais parce qu'ils ont réalisé des économies et des gains d'efficacité et généré des revenus. Par exemple, certaines demandes de financement incluent des estimations de coûts des biens ou des services au niveau international, estimations qui sont souvent supérieures aux prix pratiqués localement. Cette pratique conduit à une budgétisation excessive et, par conséquent, à des reliquats.

Les bénéficiaires peuvent également réaliser des économies si le taux de change baisse au cours du cycle de la subvention. Cependant, ils ne peuvent pas reprogrammer les gains sans l'approbation préalable du Fonds mondial.

Un faible taux d'absorption qui échappe parfois au contrôle du Fonds mondial et des bénéficiaires

En fin de compte, certaines des causes responsables du faible taux d'absorption sont indépendantes de la volonté du Fonds mondial et des bénéficiaires responsables de la mise en œuvre, du moins à court terme. Selon l'étude réalisée par EANNASO et la présentation du Nigeria, un faible taux d'absorption résulte parfois d'une interruption des activités de la subvention, notamment en raison de changements au niveau des politiques et des priorités nationales. En Tanzanie par exemple, des [activités ciblant les populations clés ont dû être arrêtées ou ralenties](#) (*en anglais*) lorsque la politique du gouvernement a changé.

Bien que cela ne soit pas très répandu, les environnements de travail non sécurisés et l'instabilité des gouvernements peuvent également affecter la mise en œuvre des activités des subventions et, en définitive, l'utilisation des fonds, selon l'analyse du GTRE. Les épidémies, en particulier dans des contextes où les systèmes de santé sont faibles, peuvent également perturber la mise en œuvre des activités et compromettre l'exécution budgétaire, comme en témoigne l'épidémie d'Ebola dans trois pays - le Libéria, la Guinée et la Sierra Leone - entre 2014 et 2016. En effet, le Fonds mondial indique dans son rapport au Conseil d'administration que le taux d'absorption est nettement plus faible dans les pays touchés par Ebola.

Cet article est le premier d'une série en deux parties de l'Observateur du Fonds mondial sur la capacité d'absorption des pays d'Afrique subsaharienne. La deuxième partie de cette série traitera des stratégies réussies pour augmenter les taux d'absorption des fonds et des enseignements tirés.

Lectures complémentaires :

- [Rapport consultatif sur la mise en œuvre des subventions en Afrique de l'Ouest et du Centre \(WCA\) : surmonter les obstacles et améliorer les performances dans une région difficile](#) (GF-OIG-19-013) (document en anglais)
- 41^{ème} réunion du Conseil d'administration. [Rapport stratégique sur les résultats - fin 2018](#) (GF / B41 / 14) (document en anglais)
- [Faire progresser le taux d'absorption des subventions: le point de vue des pays africains bénéficiaires des financements du Fonds mondial](#) (document en anglais)
- [Revue de la stratégie, 2017](#) du Fonds mondial par le Groupe technique de référence en évaluation (GTRE).

3. ACTUALITE : Autres nouvelles relatives au partenariat du Fonds mondial

Promesse du Royaume-Uni de verser 1,4 milliard de livres sterling pour la reconstitution des ressources, signature d'un cadre stratégique entre l'ONUSIDA et le Fonds mondial, bulletin de juillet du Fonds Mondial sur la reconstitution des ressources, et création de l'Académie de l'Organisation mondiale de la Santé.

Adèle sulcas

Le Royaume-Uni s'engage à verser 1,4 milliard de livres sterling (1,8 milliard de dollars) au Fonds mondial pour la période 2020-2022

Voilà une nouvelle qui donne du baume au cœur des défenseurs du Fonds mondial (du moins, si l'on en croit [Devex - article en anglais](#)) : le Royaume-Uni a annoncé le 29 juin une promesse de don de 1,4 milliard de livres sterling (1,8 milliard de dollars) pour la sixième reconstitution des ressources du Fonds mondial, qui couvrira les trois prochaines années, 2020-2022. Cette promesse représente une augmentation de 16% par rapport à la contribution du Royaume-Uni pour les trois années en cours, 2017/2019. L'ancienne Premier Ministre Theresa May a fait cette annonce lors du sommet du G20 à Osaka, au Japon, où s'est tenue la première réunion conjointe des ministres des Finances et de la Santé du G20, et elle a encouragé les dirigeants à augmenter également leur contribution au Fonds mondial. (La semaine précédente, le Japon avait annoncé une contribution de 850 millions de dollars, soit une augmentation de 5%). La réunion conjointe des ministres était axée sur le financement durable de la santé en vue d'atteindre la couverture sanitaire universelle. Pour le directeur exécutif du Fonds mondial, Peter Sands, l'augmentation de 16% de la promesse britannique est une « formidable démonstration de leadership ».

[Lire le communiqué de presse complet du Fonds mondial...](#)

[Le Royaume-Uni s'engage à verser 1,4 milliard de livres sterling au Fonds mondial, redonnant du baume au cœur des défenseurs](#)

+++++++

L'ONUSIDA et le Fonds mondial signent un cadre stratégique sur l'appui aux pays

Le 27 juin, le Fonds mondial et l'ONUSIDA ont signé un cadre stratégique « de coopération et de collaboration pour renforcer et accélérer le soutien aux efforts des pays et mettre fin au sida ». Inutile de préciser que le Fonds mondial et l'ONUSIDA collaborent de manière approfondie et ce, depuis longtemps, comme le décrit ce cadre, qui mentionne également les domaines spécifiques de « coopération renforcée afin de mieux concentrer les efforts et les ressources là où elles sont les plus nécessaires ». Ces domaines comprennent la prévention du VIH et l'accès au traitement, la prestation de services réalisée par la communauté, le genre, les droits et la mobilisation des communautés, et un accent particulier mis sur l'accélération des progrès en Afrique de l'Ouest et du Centre (une région qui regroupe 11 des 22 contextes à interventions difficiles du Fonds mondial dans le monde – voir l'[article dans le numéro 86](#) de l'OFM).

[Lire le communiqué de presse complet de l'ONUSIDA...](#)

+++++++

Bulletin de juillet du Fonds Mondial sur la reconstitution des ressources à l'intention des partenaires

Le bulletin mensuel d'information du Fonds Mondial sur la reconstitution des ressources a été envoyé aux partenaires le 3 juillet, 100 jours avant la reconstitution, et récapitule les informations du mois écoulé (dont la majorité fait déjà partie des numéros précédents de l'OFM). Viennent en tête du bulletin la promesse de don de 1,4 milliard de livres sterling du Royaume-Uni, l'augmentation de 5% de la contribution japonaise, le soutien des dirigeants du G20, à l'occasion de leur réunion à Osaka, pour mettre fin aux trois maladies, et enfin l'appel de haut niveau de Sir Elton John et du président français Emmanuel Macron pour mobiliser « au moins » 14 milliards de dollars pour la reconstitution des ressources du Fonds mondial. Après la rubrique "Actualités", le bulletin présente [l'histoire de la médecin sud-africaine Zolelwa Sifumba](#), une survivante de la tuberculose multirésistante et la première personne à figurer dans la nouvelle série de photos et de vidéos du Fonds mondial, intitulée "Les visages de la lutte". Ensuite, une liste de lectures pertinentes en diverses langues du monde entier vient s'ajouter aux habituelles ressources, vidéos, blogs et guides que le bulletin offre chaque mois aux lecteurs. [S'inscrire pour recevoir le bulletin d'information sur la reconstitution des ressources \(en anglais\)](#)

+++++++

L'OMS et la France collaborent sur une "vision" pour l'Académie de l'OMS

La création de l'Académie de l'Organisation Mondiale de la Santé – une institution au service de l'enseignement continu tout au long de la vie dans le domaine de la santé – est loin d'être anodine et mérite beaucoup plus de roulements de tambour. Cela viendra sans aucun doute lorsque l'Académie se concrétisera, mais pour l'heure, nous célébrons l'un de ses premiers pas: le Directeur général de l'OMS, Tedros Adhanom Ghebreyesus, et le Président de la République française, Emmanuel Macron, ont signé le 11 juin une déclaration d'intention en vue de la création de l'Académie. Le communiqué de presse de l'OMS indique que l'Académie "ambitionne de dispenser des formations à des millions de gens, grâce à une plateforme numérique de pointe sur un campus installé à Lyon et par le biais d'antennes dans les six régions de l'OMS". En plus d'être dotée de divers environnements d'apprentissage de haute technologie, l'Académie réunira « les sciences de l'éducation pour adultes, les sciences comportementales, et des technologies pédagogiques de pointe (...), ainsi que les normes de l'OMS et elle disposera de données afin de dispenser un enseignement multilingue accrédité, adapté et à fort impact pour répondre à des besoins différents. » L'Académie sera ouverte à "un large éventail de parties prenantes de plusieurs secteurs susceptibles d'avoir une influence dans le domaine de la santé, notamment des dirigeants, des enseignants, des chercheurs, des agents de santé, des membres du personnel de l'OMS et le grand public."

[Lire le communiqué de presse complet de l'OMS...](#)

4. ENTRETIEN : Entretien avec Viviana MANGIATERRA

Responsable de la division « Systèmes Résilients et Pérennes pour la Santé » depuis 2014, Viviana a consacré la majeure partie de sa carrière à la santé maternelle et infantile au sein de l'OMS, puis à la Banque Mondiale. Recrutée pour conceptualiser l'engagement du Fonds mondial dans le domaine du renforcement des systèmes de santé, elle a élaboré les outils et le cadre qui ont donné naissance au pilier RSSH de la stratégie 2017-2022. Appelée en tant que professeure associée à l'Université de Boconi à Milan, Viviana quittera le Fonds mondial en septembre et dresse un bilan des progrès effectués dans le domaine du renforcement des systèmes de santé.

A votre arrivée au Fonds mondial en 2014, quels étaient les principaux défis ?

En 2014, le financement d'activités visant à renforcer les systèmes de santé et à intégrer les programmes était déjà inclus dans les subventions, mais la réflexion et le changement de paradigme ont vraiment débuté en 2016 dans le cadre de la préparation de la stratégie 2017-2022.

L'importance des investissements dans les systèmes de santé, nécessaires pour atteindre les résultats du FM, faisait déjà consensus et on a affiné la stratégie a commencé à affiner le travail. L'expérience d'Ebola s'est révélée cruciale : cette crise a anéanti les acquis dans les trois pays en affaiblissant terriblement le système de santé. Elle a conduit à l'arrêt des activités liées aux pandémies et à la disparition des patients qui ne se rendaient plus dans les centres de santé in pour se faire dépister ni pour se faire traiter. Le nexus avec le système communautaire étant très faible, aucune stratégie n'a permis d'accéder aux patients pendant des mois.

Enfin, cette réflexion se place également dans la perspective des objectifs du développement durables qui se veulent plus inclusifs et systématiques que les Objectifs du Millenium, et requièrent des réponses transversales, systémiques et pérennes.

Toute l'équipe a beaucoup travaillé pour la mise en place des études de ligne de base dans les pays, aux côtés de Mark Duyble et pour la première fois, l'investissement RSSH devenait un objectif stratégique en tant que tel et plus simplement un point d'action. Les concepts de résilience et de pérennisation contenus dans le titre témoignent de cette évolution, qui ne se traduit pas une grande différence en termes d'investissements chiffrés (environ 27% sont consacrés au système de santé) mais on a cherché à identifier des priorités.

Quels changements organisationnels cette évolution a-t-elle supposé ?

Nous avons d'abord développé une méthodologie pour suivre et mesurer les investissements faits dans le domaine des SRPS car nous avions une vision très parcellaire, les informations étaient très dispersées et personne n'avait une vision claire de la nature et du volume de l'investissement du Fonds mondial dans ce domaine. L'application de cet outil, qui se traduit par un tableau de bord (dashboard) nous a permis de mieux comprendre ce qui était financé et se faisait sur le terrain, et développer une culture de comment mieux optimiser ces investissements. De plus nous avons mené la réflexion au sein du Secrétariat avec le groupe des opérations sur les priorités à financer, en tenant compte du momentum global que représentent tous les bailleurs qui agissent sur les systèmes de santé.

En termes opérationnels, ce changement de paradigme se traduit également par une évolution vers une approche centrée sur le patient. Pour que cette approche prospère, il faut évidemment renforcer les liens avec l'environnement du patient, et avec le système communautaire. Ce dernier, quand il est fonctionnel, se révèle fondamental pour atteindre les patients, et est un facteur de résilience en cas de crise du système.

Les discussions ont également porté sur comment mieux suivre les indicateurs de système de santé. Jusque-là, les équipes avaient beaucoup investi dans les systèmes d'informations sanitaires et la chaîne d'approvisionnement, des données étaient disponibles notamment grâce aux audits de la chaîne d'approvisionnement. Mais il nous fallait compléter cette analyse par des données relatives aux ressources humaines en santé, sujet crucial, et à l'organisation et la performance du système communautaire. Des activités telles que le renforcement des stratégies nationales,

l'élaboration des stratégies de santé communautaire et la définition du rôle des agents de santé communautaire, et le bon gouvernement ont pris beaucoup d'importance. Avec les équipes opérationnelles, nous avons travaillé au concept d'intégration des services orientés sur le patient. La pérennisation se base sur des interventions bien alignées et incluses dans des paquets de services globaux, fournis au niveau local par les acteurs communautaires.

Quels ont été les pays récipiendaires précurseurs dans ce domaine ?

Certains pays ont démontré la valeur ajoutée des investissements du FM intégrés dans les plans nationaux de renforcement du système de santé. Certaines évaluations se sont révélées très positives, et ont montré que le leadership politique a constitué un élément essentiel des pays précurseurs en termes de santé primaire et communautaire. Le FM n'était pas leader dans ces processus, il s'est plutôt aligné sur la volonté des présidents des pays concernés. Le Fonds mondial a fait confiance, et les bons résultats sont encourageants.

Aujourd'hui, il y a de plus en plus de preuves scientifiques que les investissements en santé primaire et communautaire sont le levier d'une offre de soins accessible et de qualité. Le momentum plus global qui s'est formé autour de l'atteinte des ODD et la couverture santé universelle a permis de nouer des partenariats appuyés par l'Organisation Mondiale de la Santé. Le Fonds mondial est partie prenante de ce processus par le financement qu'il apporte, et par sa participation aux plateformes de santé primaire, au G7 guidé par la France. Le moment est idéal.

Certains exemples intéressants ne sont pas encore documentés comme le Bénin, l'Afghanistan qui offre des services intégrés dans des « family health houses » dans lesquelles les ASC fournissent des paquets de services intégrés, et dans lesquelles sont référées les patients par le biais de sages-femmes et d'agents communautaires qui les envoient pour effectuer les tests VIH et TB et recevoir leurs consultations prénatales et postnatales.

Y a-t-il, comme on l'entend souvent dire, une spécificité des pays francophones ?

La difficulté de faire évoluer un système de santé très médicalisé n'est pas propre à l'Afrique, l'Europe de l'est est un autre exemple. En Afrique, les besoins de santé non couverts et la rareté des ressources humaines en santé constituent une opportunité de promouvoir l'intégration des services. Il faut repenser le système en faisant une large place aux ASC qui se déplacent dans les villages. Il faut jouer sur les cultures et les traditions pour pénétrer dans les communautés car c'est là que les gens sont à risque, et n'ont pas un accès facile à des services de santé. Les approches les plus innovantes sont très ancrées localement et c'est ce qui fait leur succès. Des activités comme la prévention ne peuvent pas être menées depuis les formations sanitaires, elles doivent être ancrées au niveau des villages pour être adaptées et efficaces.

Comment le Secrétariat prépare-t-il le prochain cycle pour mieux intégrer les SRPS ?

Nous sommes en train d'affiner les outils pour aider à la rédaction des notes conceptuelles, les guides techniques, pour aider les pays à réfléchir sur les investissements prioritaires pour les

SRPS en lien avec la stratégie nationale. En effet il y a de nombreux besoins, il convient de fixer des priorités, en tenant compte des contraintes financières et de la durée relativement courte des subventions (3 ans). Nous sommes aujourd'hui en meilleure position qu'il y a 3 ans, un effort a été fait pour renforcer les pays dans l'élaboration de leurs stratégies nationales, qui indiquent les priorités. Si cette stratégie est suffisamment robuste, intégrée et dotée d'un budget, elle guidera utilement les priorités choisies pour les 3 ans. Par ailleurs, un travail conjoint avec les gouvernements des pays récipiendaires pour définir leurs capacités à mobiliser des ressources domestiques est crucial. Ces investissements en santé auront des conséquences positives sur l'économie et le développement de ces pays, les dirigeants en sont conscients.

Il faut reconnaître que nos investissements restent limités et revêtent un caractère « catalytique », ils ne peuvent en aucun cas couvrir tous les besoins, ce qui nous invite à dialoguer également avec le reste des partenaires techniques et financiers.

Justement, quel dialogue entretenez-vous avec les autres partenaires sur le système de santé ?

Je note une grande évolution, il y a en effet beaucoup plus de partenariat qu'il y a 5 ans. Il y a une vraie volonté de s'aligner entre bailleurs, et de se placer dans une position de soutien aux gouvernements des pays récipiendaires. Aujourd'hui, il n'existe plus aucun investissement du Fonds mondial qui ne soit aligné au PNDS, nous évitons le saupoudrage, et appuyons les stratégies nationales. Nous faisons de grands efforts pour nous aligner avec GAVI notamment. Nous organisons des réunions trimestrielles au cours desquelles nous analysons les résultats du DHMIS, et nous prévoyons d'intégrer à notre tableau de bord RSS les indicateurs d'immunisation pour aligner nos exercices de dialogue pays. Cet effort d'intégrer nos données permettra de mieux identifier les investissements prioritaires.

Le GFF et la Banque mondiale se sont montrés intéressés par le tableau de bord, et ce dernier sera également utilisé dans la prochaine vague de GFF. Cela peut permettre de partir de la même analyse de la situation du système de santé et de développer un plan financier global pour réfléchir aux besoins de tous les partenaires. Le partenariat se construit également avec nos partenaires bilatéraux comme les français, les allemands et les scandinaves. Ces partenaires sont également membres de CCM, ils y siègent, ce qui peut contribuer à porter ces sujets sur la table des discussions. Avec la France, le dialogue est engagé sur le système communautaire, le renforcement du système grâce aux intégrées des centres de santé primaire comme première ligne d'investissement, la Grande Bretagne quant à elle souhaite porter l'effort sur la couverture santé universelle.

Que vous ont appris les dernières études TERG et OIG ?

Ces études se sont révélées passionnantes car un regard externe nous apprend toujours des choses. Les études conduites ont fourni des analyses très précises : le TRP a analysé la partie programmatique et les notes conceptuelles, le TERG la mise en œuvre de la stratégie, et le BIG s'est centré sur les goulots d'étranglement en particulier dans la chaîne d'approvisionnement et le recueil des données. Toutes ces informations sont d'autant plus utiles que le nouveau cycle commencera bientôt.

Nous avons développé une feuille de route SRPS sur la base de toutes ces recommandations. Nous étions déjà conscients de certaines difficultés, notamment le besoin de renforcer les

capacités pour mener le dialogue pays, en particulier celles du CCM à faciliter ces discussions SRPS (et la stratégie d'évolution des CCM est une réponse). Nous avons également tenu compte de requêtes très précises concernant les formulaires de requête de financement, les guides techniques fournis qui doivent être complétés. La conclusion de toutes ces études, c'est que la stratégie est pertinente, et les outils développés utiles, mais que l'opérationnalisation n'est pas systématique ni suivie d'effets.

Il est également nécessaire de former les professionnels du Secrétariat, et de renouveler le pool d'experts, ce qui est difficile car c'est un domaine très large. Il nous faut créer des mécanismes internes de formation, soutenir les équipes pays et discuter avec les partenaires pour être en capacité de rapidement mettre à disposition les ressources techniques nécessaires pour les pays.

Enfin, ces études ont souligné l'importance de bien mesurer les résultats grâce à des indicateurs plus précis qui permettent de suivre l'investissement du FM. Nous travaillerons avec les partenaires techniques et financiers et avec l'OMS afin de produire un cadre de performance doté d'indicateurs plus proches de la mesure des investissements.

Conclusion

Les 3 prochains années seront cruciales pour les investissements dans les systèmes de santé pérennes et résilients. Le contexte est favorable à ce développement en particulier le cadre conceptuel de la couverture santé universelle qui devient le parapluie de toutes les activités dans ce domaine. Les prochaines échéances (G7, G20, UHC) ainsi que la restructuration de l'OMS convergent toutes vers le renforcement des systèmes de santé. Les planètes sont alignées pour que les résultats soient positifs.

5. ANALYSE : Le renforcement des systèmes de santé dans les pays en développement : implication de la société civile et des usagers dans la gouvernance

L'engagement et la veille communautaire pour mettre aux épidémies en Afrique de l'Ouest et du Centre

Perrine Duroyaume, Christelle Boulanger

26 juillet 2019

Enjeux et problématiques

La veille communautaire sonne comme un sujet déjà familier. Le recours aux dynamiques communautaires dans le suivi et l'évaluation des services publics, en particulier dans les domaines de la santé et de l'environnement, est une pratique fréquente et documentée depuis les années 70 et la conférence d'Alma-Ata. Elle répond aussi aux enjeux de redevabilité sociale des systèmes de santé à l'égard des populations.

Les communautés, parce qu'elles regroupent des utilisateurs/usagers/patients potentiels des services de santé en ont ainsi un savoir expérientiel d'un intérêt aujourd'hui reconnu pour l'amélioration des services de santé. Elles sont considérées en effet comme les mieux placées pour observer des évolutions, documenter les résultats, appréhender les effets attendus comme inattendus des projets de développement. Dans une approche participative, elles sont les plus légitimes pour évaluer leurs besoins et contribuer à la mise en œuvre de services de base ou leur renforcement.

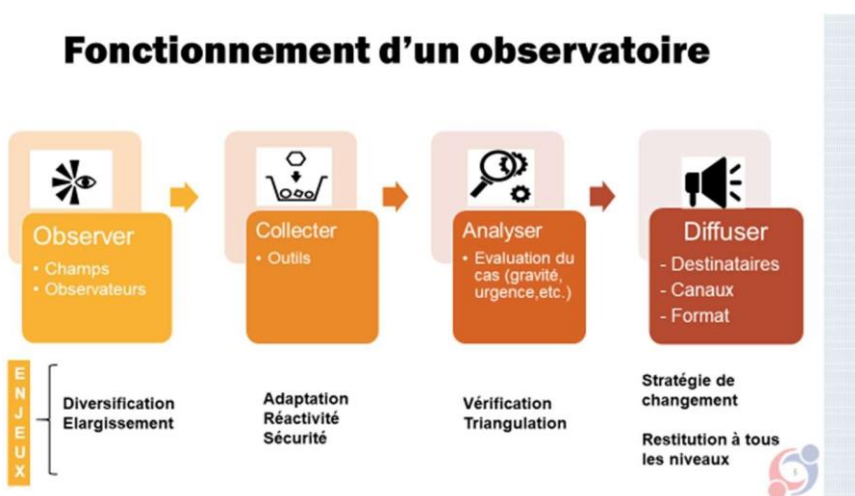
Face à la supposée inertie/lourdeur de systèmes de suivi descendants, pilotés à une échelle nationale, basés sur des indicateurs prédéfinis, les observatoires communautaires seraient eux au plus près des réalités des usagers et les mieux placés pour les documenter. Les données collectées au niveau local sont considérées comme des sources alternatives précieuses pour le pilotage des politiques publiques, servant à alimenter un suivi stratégique et opérationnel.

Cette fonction est largement présente dans la plupart des observatoires. Cependant, plusieurs d'entre eux agissent comme des lanceurs d'alerte. Loin d'être une simple option dans les modalités de fonctionnement, la diffusion d'alertes nous montre bien au contraire le rôle particulier que les observatoires peuvent jouer, avec en toile de fond, leur vision de la démocratie sanitaire.

Tout particulièrement dans le secteur de la lutte contre les pandémies, on voit en effet se dessiner un autre rôle que celui de collecte de données. Les associations de lutte contre le VIH/SIDA se sont emparées très tôt de la défense des droits des patient.e.s et du respect des législations : surfacturation des médicaments et des examens, ruptures de stock, discriminations... autant de dysfonctionnements qui donnent lieu à des alertes.

Le fonctionnement des observatoires

L'exercice de schématisation se heurte à deux principales contraintes : la complexité de ces dispositifs (différentes échelles, temps d'actions, modes de diffusion,...) et diversité des formes, chacun des observatoires ayant son originalité.



L'observation

La première étape concerne la définition des champs à observer (accès aux médicaments, tarification, discriminations...) qui sont extensibles. Deuxième étape : identifier qui va observer. Elle peut reposer sur un petit nombre de personnes, comme être élargie à la communauté des usagers et aux agents de santé. Plusieurs observatoires misent sur la diversification des sources d'informations pour couvrir le maximum de centres de santé et collecter une masse de données significatives. Elargissement et diversification permettent aussi un ancrage local, avec l'optique de renforcer un pouvoir et une parole citoyenne. Les ONG porteuses proposent des actions de sensibilisation aux droits et devoirs pour inciter les usagers à s'exprimer et à participer activement à l'observatoire. Les observatoires communautaires visent le renforcement du pouvoir d'agir des usagers,

La collecte et la remontée des données

Les outils de collecte sont divers : alertes par téléphone, entretiens hebdomadaires, questionnaires trimestriels, lignes vertes, application smartphone. Derrière cette multiplicité des canaux, il faut y voir 2 préoccupations : d'une part, avoir un outil adapté à la nature de l'observateur et sa forme de participation. Par exemple, ligne verte et application smartphone sont adaptées à un usage élargi au plus grand nombre. Seconde préoccupation : avoir un outil qui facilite la transmission, qui soit réactif, et sécurisé. Par exemple, si on doit les comparer, la ligne verte est plus adaptée au lancement d'alerte que le questionnaire trimestriel.

L'analyse des données et des informations remontées

Celle-ci se fait souvent au niveau des équipes des organisations porteuses. Selon la gravité du cas, des vérifications et investigations sont menées. En parallèle à ce traitement des alertes, les données collectées font l'objet de rapports publiés régulièrement qui donnent à voir des tendances et des évolutions.

La diffusion

L'enjeu est d'assurer une restitution à tous les niveaux. Pour cela, il existe plusieurs canaux de diffusion. Pour faire face à une alerte et résoudre une solution urgente, il faut savoir cibler les responsables au bon niveau. Par exemple, la rétro-information peut se faire directement auprès des responsables des structures de santé dans les jours qui suivent l'alerte. Mais quand il s'agit d'une rupture qui touche un district, les sollicitations vont plutôt se faire auprès des autorités régionales et nationales. Une autre modalité de diffusion qui s'apparente plus à la diffusion d'un état des lieux, à un point de situation : des rapports qui compilent les données sont diffusés aux instances locales, régionales et nationales. La diffusion des rapports peut aussi s'accompagner de réunions avec les principales parties prenantes. Point intéressant : certains observatoires développent des partenariats avec des journalistes à travers des programmes radios, des articles dans la presse. Avant toutes remontées d'informations, la restitution à un niveau local, au sein des structures sanitaires, s'avère fondamentale car elle permet la triangulation des informations, leur mise en débat et la recherche de solutions.

Paroles d'observateurs

Comme méthode choisie pour recueillir les représentations des participant.e.s qui mènent au quotidien ce travail d'observation, des focus group ont été conduits à l'aide d'un photolangage pour faciliter l'expression de chacun.e.

L'un au Burkina Faso, auprès des Conseillers Psycho Sociaux (CPS) qui endossent ce rôle d'observateur, l'autre au Cameroun, avec des sentinelles qui œuvrent au quotidien dans les structures sanitaires en tant qu'infirmières, sages-femmes, animatrices psycho-sociales,... Il faut signaler une précision importante : les sentinelles au Cameroun interviennent de façon anonyme quand le travail de collecte des CPS au Burkina Faso est connu de tous.

Chacun des positionnements amène une série de questions sur les contradictions potentielles : l'anonymat ne risque-t-il pas de susciter une méfiance des personnels de santé vis-à-vis de observatoires ? Endosser à la fois le rôle de CPS et d'observateur entraîne-t-il un possible conflit d'intérêt, les CPS participant à l'offre de service ? Les contrastes renvoient à des histoires différentes liées à la place de la société civile dans le contexte politique ainsi qu'à une culture organisationnelle propre à chaque ONG. Ces différences de position des observateurs conduisent à un débat de fond sur les conditions de leur reproductibilité. Dans le cadre de l'article, ce sont les convergences qui sont mises en lumière. La satisfaction de contribuer à des changements concrets, à dénouer des situations

Il a été demandé aux personnes interviewées de raconter une histoire significative liée à la présence de l'observatoire dans le centre de santé où elles travaillent. La grande majorité

L'OBSERVATOIRE AU QUOTIDIEN : PAROLES D'ACTEURS



des récits évoquent les alertes qu'elles ont lancées sur des dysfonctionnements, alertes qui ont donné lieu à une amélioration positive. Arrêt de pratiques discriminatoires vis-à-vis des femmes enceintes vivant avec le VIH, retour à l'application des tarifs légaux des médicaments et des soins (et fin des pratiques de vente abusive), défense d'une enseignante licenciée suite à la découverte par la direction de son statut positif au VIH. Les exemples sont nombreux et montrent les effets positifs au quotidien.

« Etre sentinelle a amené beaucoup d'améliorations et a permis de régulariser de nombreuses situations où chacun faisait comme il voulait. »

La résolution se fait avec l'appui de l'ONG qui anime l'observatoire. Les équipes du RAME ou de Positive Generation sont informées des problèmes : à partir de là, elles font ce travail d'analyse, et peuvent intervenir directement auprès des responsables des structures de santé pour poser le cas et trouver des solutions.

Donner sens à son métier et à son engagement

Quelle complémentarité entre l'observation et la pratique professionnelle ? Pour reprendre la formule élégante d'une participante : « mon quotidien et le fait d'être sentinelle, je le porte comme un gant ! En tant qu'actrice de la lutte contre le VIH, tout ce qui constitue un obstacle à mon quotidien, je le repère tout de suite pour le remonter. Etre sentinelle, ça m'aide dans l'atteinte de mes objectifs ! ».

Les personnes interviewées sont toutes très engagées professionnellement, et l'alerte sur des dysfonctionnements, des discriminations est un prolongement évident de leur métier.

Le rôle d'observateur leur confère aussi une position et une responsabilité particulières auprès de la communauté des patient.e.s : « Je suis le regard de ceux qui ne peuvent pas voir. » Ou encore, « Mon rôle est d'aider les populations à s'exprimer. Je bénéficie des informations, je peux les faire remonter pour surmonter des difficultés. Je peux être porteur d'un message pour la communauté ».

Si au début, plusieurs ont pensé que le travail de collecte allait être chose aisée, ils se sont rendu compte progressivement des exigences liées à ce rôle d'observateur : faire comprendre l'observatoire, montrer qu'il n'est pas un gendarme qui vient contrôler le travail des agents de santé mais au contraire, un partenaire pour améliorer la qualité et l'accès aux soins.

Ce rôle les oblige à être exemplaires, avec une éthique irréprochable.

Au Cameroun, les personnes qui jouent le rôle de sentinelles le font par militantisme et engagement bénévole. Dans le contexte burkinabé, la fonction de collecteur vient se greffer au métier de CPS. Les expériences convergent dans le sens à la mission médico-sociale, s'ajoute un rôle plus politique, d'alerte et de plaider. Néanmoins, le contraste entre les deux positionnements (sentinelles versus CPS) pose la question de l'ancrage dans un métier, de l'institutionnalisation de la mission de collecteur avec le risque de perdre un équilibre subtil entre mission professionnelle et mission citoyenne.

Diffuser une culture « observatoire »

L'un des enseignements les plus marquants porte sur les changements que l'observatoire apporte dans les pratiques quotidiennes et les mentalités.

Si dans les premiers temps, la présence d'un observatoire peut effrayer les agents de santé, il devient vite reconnu et réclamé pour son utilité. Certains responsables d'établissement vont même jusqu'à remonter eux-mêmes les informations. « Les responsables sont au courant du travail de PG. Si au début, les problèmes qui sortaient pouvaient déranger, maintenant, nos chefs établissent des rapports à partir de ces informations et attendent les suites. »

Le travail des observateurs contribue ainsi à développer une double culture de responsabilité et de redevabilité auprès des équipes soignantes et au sein de la communauté des usagers, sensibilisées sur ses droits et devoirs. D'autres histoires nous montrent comment certains patients se sont saisi des textes réglementaires pour refuser une facturation abusive et interpeller les directions pour un rétablissement du tarif en vigueur. Parce qu'il a une utilité directe, le personnel des structures de soins et les usagers accordent leur confiance à l'observatoire et voient l'intérêt qu'ils ont à y participer. La sensibilisation des soignants au démarrage, l'ancrage du travail de l'observatoire au sein d'une structure sanitaire sont des points fondamentaux et déterminants du succès.

En guise de conclusion, et pour répondre à notre question initiale sur les tensions liées aux rôles des observatoires, nous pouvons dire qu'un observatoire gagne toute sa légitimité pour 3 raisons essentielles :

- Le respect de la légalité, des engagements politiques et le rappel régulier des règlements en vigueur.
- Son utilité sociale : loin d'être dans le déclamatoire et la posture, les observatoires sont dans l'action, la recherche de résolution concrète et durable.
- La mobilisation citoyenne élargie : si la dynamique repose à l'origine sur un groupe de personnes professionnelles et militantes, on voit que la participation à l'observatoire est ouverte. Pour conclure, donner une dernière la parole d'une des participantes. « La communauté a une voix qu'elle peut porter. Pour le bien-être de la communauté, on ne va pas limiter les zones d'interventions. On va toujours y aller ».

LEGITIMITE D'UN OBSERVATOIRE

Le respect de la légalité



Son utilité sociale



La mobilisation citoyenne élargie



6. ANALYSE : Changer de paradigme pour mettre fin à la tuberculose : l'engagement communautaire pour mettre fin à la tuberculose en Afrique de l'Ouest et du Centre

L'engagement communautaire pour mettre fin à la tuberculose en Afrique de l'Ouest et du Centre

Nuccia Saleri

Introduction et état de lieu

La tuberculose (TB) détient désormais le titre de maladie infectieuse la plus meurtrière dans le monde. En 2017, 10 millions de personnes ont développé la TB et 1,6 millions de personnes en sont décédées selon les estimations de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Tout en reconnaissant la plus forte prévalence de la tuberculose chez les hommes, on estime que plus de 3 millions de femmes et 1 million d'enfants ont souffert de la TB en 2017.

La TB continue d'être la principale cause de décès des personnes séropositives, elle est responsable d'une mort sur trois liées au VIH. Elle touche de manière disproportionnée les populations les plus pauvres et les plus vulnérables. Elle engendre un cercle vicieux de mauvaise santé et de pauvreté dont les conséquences sociales et économiques sont potentiellement catastrophiques pour les familles, les communautés et les pays. Par ailleurs, la stigmatisation et la discrimination restent des obstacles essentiels aux soins de la maladie.

En Afrique de l'Ouest et du Centre (telle que définie par le Fonds mondial), selon les estimations de l'OMS, presque la moitié des personnes atteintes de TB ne sont pas déclarées, constituant les « cas manquants ». Des efforts supplémentaires sont nécessaires afin de rompre les barrières d'accès, d'étendre de nouveaux outils de diagnostic rapide, de mise en œuvre d'un dépistage actif dans les groupes à haut risque avec l'appui des acteurs communautaires. Il s'agit d'un changement de paradigme décliné par STOP TB Partnership en 8 points : 1. Un changement de mentalité ; 2. Une approche de la tuberculose basée sur les droits humains et le genre ; 3. Un nouveau leadership plus inclusif ; 4. Une approche axée sur la communauté et le patient ; 5. Des programmes de lutte contre la tuberculose innovants et bien équipés pour éliminer la tuberculose ; 6. Les systèmes sanitaires intégrés et adaptés aux problèmes posés par la tuberculose ; 7. Une nouvelle approche innovante et optimisée pour financer le traitement de la tuberculose ; 8. Des investissements dans les actions socio-économiques.

Conscients de ces défis et mettant à profit les progrès déjà accomplis dans certains pays, le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme et un certain nombre de partenaires (l'OMS, STOP TB Partnership, le Programme spécial de recherche et de formation concernant les maladies tropicales [TDR], le Réseau ouest-africain de recherche contre la tuberculose [WARN-TB], le Réseau de l'Afrique central de recherche contre la tuberculose [CARN-TB], l'Union, la fondation Action Damien, USAID, des organisations non gouvernementales [ONG], et d'autres acteurs communautaires) ont uni leurs forces pour accélérer le dépistage de la tuberculose et améliorer les résultats en matière de traitement dans les sous-régions de l'Afrique de l'Ouest et de l'Afrique du Centre pour la période 2018-2020.

Deux ateliers ont été organisés à Cotonou (Bénin), en mars 2018 et en juillet 2019, dans le but de partager les enseignements tirés et les bonnes pratiques concernant le dépistage de la tuberculose et les résultats de traitement et soutenir les efforts visant à éliminer la tuberculose d'ici à 2030. L'atelier qui a eu lieu cette année du 1^{er} au 3 juillet, mettait l'accent sur la tuberculose pédiatrique et les approches communautaires.

Les approches communautaires de lutte contre la TB en Afrique de l'Ouest et du Centre

Un questionnaire concernant les approches communautaires a été adressé par le Fonds mondial aux pays concernés, dont 15 ont complété l'enquête. **13 pays, disposent d'une stratégie communautaire nationale** qui a été élaborée de manière participative, les 2 autres sont en cours de développement. Les 15 pays disposent d'un organe de coordination national des interventions communautaires. Sur les 13 pays disposant d'une stratégie communautaire, 12 ont déclaré qu'il ne s'agit pas d'une stratégie spécifique à une maladie mais intégrant plusieurs problématiques de santé, y compris la TB. Concernant le financement sur budget national de la stratégie communautaire, 53% des pays ont déclaré qu'il couvre entre 1 et 25% du besoin, seul un pays a déclaré que le budget national couvre plus du 50% des financements. Les agents de santé communautaires (ASC) sont actifs dans les 15 pays ayant répondu au questionnaire et la TB est incluse dans leur programme de formation. **Les activités principales des ASC dans la lutte contre la TB concernent la recherche des sujets en contact avec un malade ayant une TB pulmonaire contagieuse, la sensibilisation, le soutien au traitement, la recherche des cas présumés de TB dans la communauté et la référence.**

Les principaux défis relevés par les pays sont liés à la pérennisation des activités (dépendance des fonds externes), à la rétention des ASC (politique de motivation financière), à la coordination et au suivi, à l'intégration et à l'optimisation du paquet des ASC par rapport aux multiples tâches des programmes.

La Dynamique de la réponse d'Afrique Francophone sur la TB (DRAF-TB)

Conscients de ces enjeux, les leaders de la société civile de la région, réunis en marge de la rencontre de la Plateforme Anglophone Afrique du CRG (Community, Rights and Gender), le 24 avril 2018, à Accra-Ghana, ont pris l'engagement de contribuer à accroître pour tous, mais surtout pour les groupes vulnérables et stigmatisés, la couverture et l'accès aux services antituberculeux.

Le 24 Mai 2018 à Johannesburg, en marge de la réunion de haut niveau organisé par STOP TB Partnership et la Croix Rouge Internationale, les bases d'une organisation sous régionale dénommée DRAF-TB ont été jetées.

DRAF-TB est un réseau régional d'organisations nationales intervenant dans la lutte contre la tuberculose, la co-infection VIH/TB, qui promeut les questions communautaires, le genre et les droits humains dans les pays francophones d'Afrique de l'Ouest et du Centre (le Bénin, le Burundi, le Burkina Faso, la Côte d'Ivoire, la Guinée, le Niger, le Sénégal, le Cameroun, le Congo (Brazzaville), le Gabon, la République Démocratique du Congo et le Tchad).

La vision de DRAF-TB d'ici 2030 est de promouvoir des communautés engagées et bien outillées qui participent sans discrimination aux objectifs d'éradication de la TB dans la région d'Afrique francophone. Les axes d'interventions sont les suivantes : 1. Plaidoyer régional sur la base de la Déclaration politique TB HLM 2018 ; 2. Renforcement des capacités pour une approche centrée sur la personne ; 3. Coordination des initiatives nationales et régionales ; 4. Partenariat avec les Programmes Nationaux et les organismes régionaux et globaux.

En 2019, DRAF TB a lancé la Campagne de plaidoyer : “Zéro décès chez nos enfants” qui vise, d’ici 2020, à renforcer le droit à la santé à travers la mise en place des cadres de redevabilité pour la TB dans 3 pays : Cameroun, Niger, RDC.

L’exemple de la Côte d’Ivoire

En Côte d’Ivoire, l’accès aux services antituberculeux pose des problèmes en raison de la faible décentralisation de l’offre de diagnostic et de traitement. Le pays a investi pour étendre la couverture des services de lutte contre la tuberculose, décentraliser la prise en charge et le traitement de la tuberculose et renforcer l’engagement des acteurs communautaires.

Fort de son expérience dans la lutte contre le VIH, depuis 2016, Alliance Côte d’Ivoire est devenue le bénéficiaire principal (PR) du Fonds mondial pour mettre en œuvre la stratégie communautaire de lutte contre la TB.

En 2016, après une analyse situationnelle réalisée à travers des visites de terrain et des entretiens avec les parties prenantes, Alliance Côte d’Ivoire et le Programme National de lutte contre la TB ont développé les « **Directives opérationnelles sur la mise en œuvre et l’amplification des activités communautaires de lutte contre la TB** ». Ce document, basé sur l’approche ENGAGE TB de l’OMS, décrit les politiques et programmes qui permettent d’aider les Organisations Non Gouvernementales (ONG)/Organisations de la Société Civile (OSC) à intégrer la tuberculose dans leurs activités communautaires. Il décrit également comment les responsables du programme national de lutte antituberculeuse, les ONG et les OSC peuvent collaborer pour mettre en place des approches communautaires qui soutiennent :

- le dépistage précoce des cas : identifier les personnes susceptibles d’avoir la tuberculose ou particulièrement vulnérables à la maladie et les référer aux centres de santé ;
- l’appui au traitement : s’assurer que les personnes ayant besoin d’un traitement le reçoivent, le mènent à bien entièrement et se font régulièrement surveiller ;
- la prévention : enseigner aux malades comment réduire les facteurs de risque propices à la propagation de la maladie ;
- la lutte contre la stigmatisation des malades tuberculeux.

La stratégie communautaire en Côte d’Ivoire est basée sur deux acteurs principaux : les agents de santé communautaire (ASC) coach et les ASC de base (polyvalents). Les ASC coach, appuyés par l’équipe TB des ONG sous-sous bénéficiaires, peuvent encadrer 5 à 10 ASC de base qui travaillent en zone rurale et péri-urbaine. Leur prime de motivation est calculée sur la base de la charge de travail attendue (nombre de patients TB et taux de perdus de vue et de décès) dans leur zone d’intervention. Les ASC polyvalents de base se trouvent au niveau plus périphérique de la pyramide sanitaire.

Il faut souligner que, selon les Directives opérationnelles, l’engagement des anciens malades guéris de la TB (à travers la promotion de la charte des patients pour les soins antituberculeux) est recommandé et appliqué en particulier en zone urbaine.

Cette stratégie, dont la forte collaboration avec le Programme National de lutte contre la Tuberculose constitue la base, a contribué à l’amélioration des résultats nationaux en termes de notification et de réduction du taux de perdus de vue comme montré dans les figures 1 et 2.

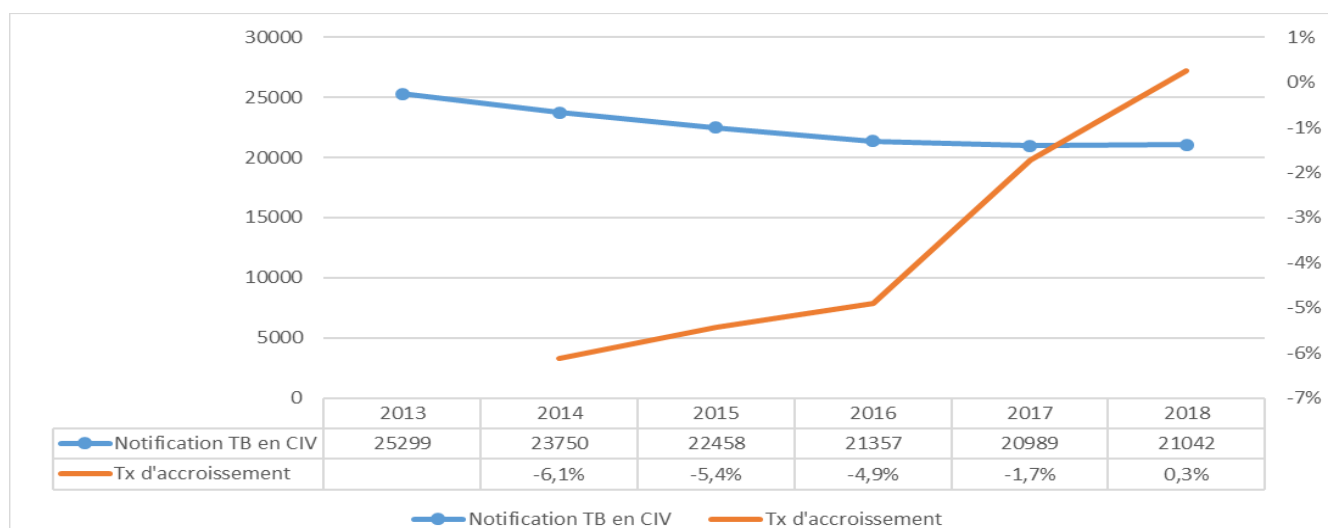


Figure 1. Notification de la TB (nouveaux cas et rechutes) en Côte d'Ivoire

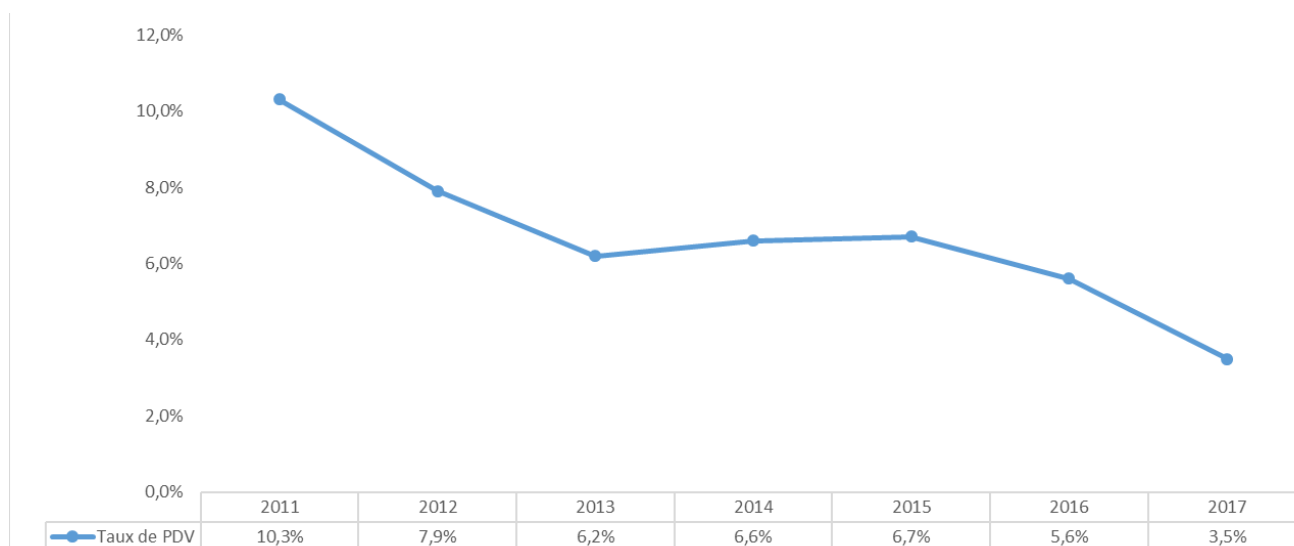


Figure 2. Taux de perdus de vue en Côte d'Ivoire

La contribution communautaire à la notification au niveau national est passée de 12% avant 2016 à 24% en 2018. En Côte d'Ivoire, la proportion des cas de TB détectés par les ASC parmi les populations clés (sujets en contact étroit, détenus, PvVIH, habitants des quartiers précaires, usagers de drogue, mineurs) est passée de 37% en 2016 à 83% en 2018.

En conclusion, l'expérience positive de la Côte d'Ivoire et la mise en œuvre du réseau DRAF-TB sont des exemples qui témoignent du changement de paradigme en Afrique de l'Ouest et du Centre. Ce changement s'accompagne d'approches innovantes comme celles décrites ci-dessus et la volonté d'engager la société civile pour mettre fin à la tuberculose selon les Objectifs de développement durable.

Ressources additionnelles:

1. Stop TB Partnership. *Communities, Human Rights and Gender (CRG)*. <http://www.stoptb.org/communities/>

2. *Stop TB Partnership. International Human Rights Clinic, University of Chicago Law School Kenya Ethical, Legal Information Network for HIV (KELIN). THE NAIROBI STRATEGY: A HUMAN RIGHTS-BASED APPROACH TO TUBERCULOSIS.*
http://www.stoptb.org/assets/documents/communities/Nairobi_Strategy_WEB.PDF
3. *WHO. Empowering communities to end TB with the ENGAGE-TB approach.*
<https://www.who.int/tb/areas-of-work/community-engagement/en/>
4. *The Global Fund. Best Practices on TB Case Finding and Treatment: Reflections and Lessons from West and Central Africa and Beyond September 2018 Geneva, Switzerland.*
https://www.theglobalfund.org/media/8273/core_wca-tb-best-practices_technicalbrief_en.pdf?u=636963587940000000
5. www.draftb.org

7. ENTRETIEN : Entretien avec Olivia NGOU, directrice du Réseau Civil Society for Malaria Elimination (CS4ME)

Olivia Ngou travaille depuis plus de 10 ans dans la lutte contre le paludisme en Afrique : elle a rejoint Malaria No More en 2010 où elle a successivement occupé des postes en direction des programmes avant de devenir la directrice du Bureau au Cameroun. Elle est également actuellement membre actif du conseil d'administration d'UNITAID et du Fonds mondial dans la délégation des communautés, et du comité de pilotage RBM CRSPC. Elle est à l'origine de [la déclaration de la société civile](#) réunie au congrès mondial de Melbourne en juillet 2018, appelant à une plus grande implication des communautés dans la lutte contre le paludisme. C'est dans ce cadre qu'est né CS4ME, la Civil Society for Malaria Elimination, plateforme de partage et de soutien aux OSC impliquées dans la lutte contre le paludisme. Cet entretien permet de revenir sur les immenses progrès accomplis en matière de réduction des cas de paludisme et de décès, et sur le rôle de la société civile pour accélérer cette lutte.

Comment le paludisme est-il pris en charge dans les communautés au Cameroun ?

Il y a 2 volets de la prise en charge du paludisme dans les communautés : le volet prévention et celui du diagnostic et du traitement.

La méthode la plus efficace pour la prévention et la moins coûteuse est l'utilisation des moustiquaires imprégnées à longue durée d'action. Tous les 3 ans, avec le soutien du FM, le gouvernement organise une campagne de distribution gratuite des moustiquaires pour toutes les populations (à raison d'une moustiquaire pour 2 personnes).

Des distributions en routine sont également assurées pour les femmes enceintes et les enfants de moins de 5 ans. Les femmes enceintes reçoivent une moustiquaire imprégnée lors des consultations prénatales et pour leurs enfants lors des campagnes de vaccination.

Il existe deux régions dans le nord du Cameroun qui sont éligibles à la chimio prévention du paludisme saisonnier au travers d'une campagne qui se déroule durant 4 mois au moment de la saison de haute transmission du paludisme. Les enfants de moins de 5 ans reçoivent des traitements préventifs à raison d'1 dose par mois pendant 4 mois. Cette campagne CPS se révèle très efficace puisqu'elle a réduit la mortalité liée au paludisme pour les enfants de moins de 5 ans de 30 à 50%. Seuls les pays du Sahel et ceux ayant une période de transmission courte du paludisme sont éligibles. Cette campagne a été introduite en 2015 avec l'appui du Fonds mondial et depuis lors, elle est également soutenue par PMI.

Enfin, on pratique la pulvérisation intra domiciliaire faite dans des zones très ciblées dans les régions du grand nord du Cameroun, mais cette intervention n'a pas encore été mise à l'échelle.

En termes de dépistage et de prise en charge du paludisme au niveau communautaire, on utilise les tests de dépistage rapides (TRD) dans les villages et l'ACT pour traiter le paludisme simple. Les agents de santé communautaires (ASC) qui sont polyvalents traitent le paludisme, mais également le VIH, la TB, assurent la promotion de la vaccination et la lutte contre la malnutrition. Ils disposent des TDR et des traitements qu'ils donnent aux patients atteints de fièvre dont le test est positif. Ce sont eux qui se chargent du traitement et du suivi du paludisme simple, en revanche, en cas de symptômes de paludisme grave, ils réfèrent le patient au centre de santé le plus proche

En quoi les stratégies de prise en charge actuelles ont-elles montré leurs limites ?

L'une des principales limites est la contrainte liée aux financements pour une couverture de tous les patients. Les outils efficaces pour le dépistage et le traitement existent et sont désormais déployés mais toutes les populations n'y ont pas accès. Il nous faut trouver les ressources nécessaires qui permettront une couverture nationale et un renforcement du système communautaire.

Depuis les années 2000, nous assistons à une généralisation des moustiquaires, presque toutes les familles camerounaises disposent d'au moins une moustiquaire. Par contre, on sait qu'il y a des freins à l'utilisation efficace de la moustiquaire imprégnée, en effet ces dernières ne sont pas toujours utilisées correctement ou régulièrement. Le taux d'utilisation n'a cessé de croître de 13% en 2011 à 45% aujourd'hui mais on est toujours loin de l'objectif national de 80%. On parle de changements de comportement et de prise de conscience de l'importance d'adopter certains réflexes dans la vie courante. Des efforts sont nécessaires pour veiller à ce que ces moustiquaires soient utilisées et pour cela, il faut une plus forte implication des communautés et des organisations à base communautaires dans la promotion de l'utilisation de ces moustiquaires, qui restent l'outil préventif le plus efficace et moins coûteux. Cela requiert entre autres d'investir davantage dans la communication pour les changements de comportement, la sensibilisation, l'implication des communautés pour qu'elles s'approprient l'outil et l'utilisent efficacement.

L'autre grand danger réside dans la diffusion incontrôlée des faux médicaments, en particulier au travers de la vente sur les marchés. Ces médicaments, substandards ou faux, ont un impact très négatif sur les patients. Les communautés doivent aussi s'impliquer dans cette lutte, afin que ces produits ne soient plus vendus dans la rue, et pour que les communautés ne les achètent plus.

Le dernier défi relève de l'action de l'Etat, car en dépit de la gratuité des antipaludéens pour les enfants de moins de 5 ans, certains centres font payer les patients. Cette « fausse » gratuité nuit également à la recherche de soins, elle crée des dépenses catastrophiques pour les ménages et ne permet pas d'encourager les communautés à se soigner.

En quoi la création de CS4ME vous semble-t-elle une réponse à ces limites ? Quels sont vos projets pour les années à venir ?

CS4ME est le 1^{er} réseau mondial des OSC pour l'élimination du paludisme. Il résulte de l'appel pour un engagement significatif des OSC et de communautés pour transformer la lutte contre le paludisme. Pendant longtemps, le paludisme était considéré comme un enjeu uniquement médical et les stratégies de lutte se sont centrées sur le système de santé plutôt que sur les patients, il est temps que cette perception change. Il faut que les organisations de la société civile soient davantage impliquées, et qu'elles passent de simples bénéficiaires des services à actrices dans la prise de décisions, l'élaboration des stratégies et le suivi évaluation des actions entreprises.

L'un des principaux freins dans la mise à l'échelle des interventions efficaces est le financement de la lutte car selon l'OMS, ce financement stagne depuis des années au niveau mondial. Les objectifs de mobilisation des ressources pour éliminer le paludisme d'ici 2030 n'ont pas été atteints et c'est pourquoi CS4ME incite les pays à se mobiliser et augmenter leur

financement national. Nous allons travailler avec les responsables des PNL, les leaders et les décideurs politiques pour renforcer le plaidoyer en faveur des financements domestiques et des contributions internationales. Le paludisme a montré sa capacité de résurgence, il faut mettre tous les moyens à disposition pour éliminer la maladie. Entre 2000 et 2015, il y a eu d'énormes progrès, une réduction des cas de paludisme et les décès de 50%. Si nous faisons les mêmes effort entre 2015 et 2030 on peut espérer éliminer le paludisme. Il est possible d'arriver à 0 décès dus au paludisme et à l'élimination mais il faut mobiliser des fonds, s'assurer que les interventions efficaces sont mises à l'échelle, que les outils sont utilisés partout au même moment pour réduire le cycle de transmission de la maladie. Nous envisageons donc le jouer un rôle majeur de plaidoyer en faveur du financement et pour que le paludisme reste prioritaire dans l'agenda des pays d'Afrique de l'Ouest et du Centre.

Par ailleurs, en mobilisant les OSC locales dans le plaidoyer et la promotion de la lutte contre le paludisme, nous renforcerons les messages sur la bonne utilisation des outils de prévention et de traitement. Le réseau va renforcer les capacités de communication des OBC sur la promotion et la bonne utilisation des moustiquaires, elles sont la voix des communautés ce qui augmente l'appropriation auprès des populations. Les communautés pourront se prendre en main et jouer un rôle central dans la prévention de la maladie.

Le réseau permettra également une meilleure prise en compte des besoins des communautés dans l'élaboration des stratégies et des interventions de lutte contre le paludisme. Les OSC doivent être parties prenantes dans l'élaboration et la mise en œuvre des stratégies et la veille communautaire des programmes. L'élimination ne pourra se faire sans une forte implication des communautés, qui contribueront à orienter les stratégies. Les programmes seront mieux adaptés, l'implication des communautés dans le suivi l'évaluation permettra de notifier les cas de paludisme et de résistance, de tracer les faux médicaments et engendrer un suivi de l'efficacité des interventions. Avec des OSC et des communautés qui veillent à la qualité du traitement, des données importantes seront collectées pour renforcer le système de santé sur 2 sujets importants : la résistance et les faux médicaments.

Enfin, la société civile fera du plaidoyer pour accroître la demande des nouveaux outils : il faut des outils plus performants, un vaccin entre autres, des traitements à dose unique, ou des moustiquaires plus efficaces et à plus longue durée. Il faut investir dans la recherche pour obtenir des outils efficaces et pérennes.

A quoi ressemblent les ONG qui travaillent dans la lutte contre le paludisme ? Sont-elles structurées et organisées comme dans le VIH ? De quoi ont-elles besoin ?

Les ONG qui travaillent dans la lutte contre le paludisme sont des OBC qui sont généralement impliquées dans la gestion des campagnes de distribution des moustiquaires imprégnées. Il y a aussi des OSC qui travaillent dans la communication pour la promotion de l'utilisation des moustiquaires et la promotion des changements de comportement mais très peu d'OSC actives dans le domaine du plaidoyer. En général, elles sont des prestataires de services de prise en charge. Selon les pays les choses changent, dans certains pays, les OSC du paludisme sont bien structurées en réseau comme au Kenya, au Ghana ou au Nigéria, c'est moins vrai dans notre région. Nous procédons actuellement à une cartographie des OSC et l'étude nous montre qu'elles ne se connaissent pas et qu'il y a ce besoin de les coordonner. Elles ne sont pas encore structurées comme celles du VIH, elles ne sont pas expertes dans le dialogue avec les pouvoirs publics. D'où l'idée de CS4ME d'organiser des réunions pour la société civile du paludisme car on ne les connaît pas. Le but n'est pas de créer un énième réseau, il y a déjà

tellement de réseaux c'est plutôt une plateforme permettant aux OSC de travailler ensemble et de créer des espaces communs de travail. Cette plateforme permettra le partage d'expériences, notamment avec les collègues en Asie.

Comment voyez-vous les choses dans 5 ans en termes de stratégies de lutte contre le paludisme et de résultats ?

J'ai assisté aux premières campagnes de distribution des moustiquaires imprégnées dans les années 2010 ; en 2019, cet outil s'est généralisé et ces campagnes font partie de la routine des pays endémiques. Les années 2010 ont permis l'introduction des premiers TDR au Cameroun avec la CHAI et aujourd'hui les TDR sont disponibles presque partout, jusque dans les villages les plus reculés. Beaucoup d'avancées, de nouvelles interventions efficaces comme la CPS, qui a montré de bons résultats, ont été déployées ces 10 dernières années. Le paludisme est certainement l'une des rares maladies qui a connu le plus grand succès en matière de réduction des décès en 15 ans. Réduire la mortalité de 50% en 15 ans constitue un formidable résultat pour une maladie de cette ampleur. Le paludisme est simple et quand les outils efficaces sont utilisés, on voit les résultats, et le retour sur investissement est très rapide. La CPS a été introduite au Cameroun en 2015 dans les deux régions les plus endémiques, et la réduction des décès des enfants de moins de 5 ans est de 50% dès la première année.

Dans les 5 prochaines années, il faut continuer de mettre à l'échelle les interventions efficaces : des médicaments de qualité, le vaccin piloté actuellement sera peut-être utilisé, un traitement plus efficace à dose unique. Sans ces outils et des stratégies financées, nous prenons un énorme risque, on observe déjà depuis 2015 une augmentation des cas de paludisme, la résistance à l'artémisinine venue d'Asie a été notifiée en Afrique. L'effet boomerang lié aux résistances et aux faux médicaments serait dramatique : il nous faut atteindre et maintenir la couverture universelle des outils d'au moins 80% pour assurer une protection à toute la population. Nous devons introduire de nouveaux outils plus efficaces pour lutter contre la résistance. De nouvelles générations de moustiquaires combinées sont en cours d'introduction, un traitement à dose unique sera bientôt disponible, le vaccin et d'autres innovations testées comme la modification génétique des moustiques. Si elles sont validées par l'OMS, ces innovations sauveront beaucoup de vies.

Mais les décisions doivent être prises maintenant, nous devons mettre les moyens aujourd'hui pour engranger les résultats dans 5 ans. Dans 5 ans, les communautés devront être actrices des stratégies, elles doivent accompagner le déploiement des outils et participer au suivi. Le paludisme est une maladie communautaire, les populations se soignent à domicile, et ne vont à l'hôpital qu'en cas de complication. Il faut mettre les moyens à disposition des communautés pour qu'elles s'engagent dans cette lutte.