



Independent observer
of the Global Fund

Trois pays, trois applications différentes du cofinancement dans les subventions du Fonds mondial en Afrique subsaharienne

Un des principes fondateurs du Fonds mondial est celui de la « [complémentarité](#) », ce qui signifie que les investissements du Fonds mondial viennent s'ajouter aux dépenses nationales publiques et privées, mais ne les remplacent pas. La politique du Fonds mondial en matière de pérennité, transition et cofinancement suit ce principe. Adoptée en 2016, cette politique a remplacé une politique antérieure appelée la politique relative à l'admissibilité et au financement de contrepartie (cet [article d'août 2016 de l'OFM](#) expliquait les changements).

Le volet cofinancement de la politique en matière de pérennité, de transition et de cofinancement vise à « stimuler l'augmentation du financement national pour la santé et pour les programmes de lutte contre les trois maladies ».

Dans cet article, nous cherchons à illustrer l'application de la politique de cofinancement et à mettre en lumière les différences au niveau de sa mise en œuvre en nous concentrant sur trois pays à différents niveaux de revenu et présentant des épidémiologies différentes des trois maladies.

Les données sur lesquelles repose l'article proviennent de documents officiels disponibles sur le site Web du Fonds mondial relatifs à la politique (documents de réunions du Conseil d'administration, manuel des procédures opérationnelles, demandes de financement, rapports d'évaluation des résultats des subventions), d'entretiens avec des responsables des trois pays et du Secrétariat du Fonds mondial.

Exigences de cofinancement

Le Fonds mondial exige de tous les pays dans lesquels il investit qu'ils :

- augmentent les dépenses publiques dans la santé (d'une période d'allocation à la suivante ou progressivement) ; et
- augmentent le cofinancement des programmes soutenus par le Fonds à chaque cycle de financement afin d'assumer progressivement les principaux coûts des plans nationaux de lutte contre les maladies.

La politique en matière de pérennité, de transition et de cofinancement contient une incitation destinée à donner un coup de pouce aux pays par rapport à son objectif : le Secrétariat peut retenir une tranche de 15 pour cent de la somme allouée à un pays si celui-ci n'est pas en mesure de justifier ses dépenses, soit parce qu'il n'a pas investi ces fonds dans le secteur de la santé, soit parce qu'il ne dispose pas d'un bon système de données permettant de suivre et justifier ses dépenses de santé.

L'application de la politique de cofinancement dépend du niveau de revenu et de la charge de morbidité des maladies des pays. Les pays à faible revenu peuvent consacrer l'entièreté de leur cofinancement au renforcement de leur système de santé (systèmes résistants et pérennes pour la santé ou SRPS) ; les pays à revenu intermédiaire de la tranche inférieure doivent consacrer au moins 50 pour cent aux domaines prioritaires au sein de chaque composante de maladie (Tableau 1).

Tableau 1 : Exigence de cofinancement du Fonds mondial par niveau de revenu

Classification de revenu du pays	Charge de morbidité	Investissements de cofinancement supplémentaires
Faible revenu	Quelle que soit la charge	Investi dans les programmes de lutte contre les maladies o Possibilité de dépenser 100 % de ses investissements sup dans les SRPS. Au moins 50 % investi dans les domaines prioritaires au se
Revenu intermédiaire de la tranche inférieure	Quelle que soit la charge	composante de maladie. Le reste peut être investi dans les SRPS.
Revenu intermédiaire de la tranche supérieure	Élevée, grave, critique	Au moins 75% investi dans les domaines prioritaires au se composante de maladie. Le reste peut être investi dans les SRPS.
Revenu intermédiaire de la tranche supérieure	Faible et modérée	S'attaquer aux goulots d'étranglement systématiques en v transition et de la pérennité ; Au moins 75% dans les domaines prioritaires au sein de la de maladie.
Revenu intermédiaire de la tranche supérieure	Quelle que soit la charge	Concentrés sur les composantes de maladies et les activit vue de lever les obstacles à la transition. Au moins 50 % dans des composantes de maladie spécific les populations clés et vulnérables

Source : Politique du Fonds mondial en matière de pérennité, de transition et de cofinancement

La version actuelle de la politique de cofinancement n'a plus de critère minimum obligatoire concernant le financement national, à la différence de la politique antérieure relative à l'admissibilité et au financement de contrepartie, qui était plus stricte quant aux niveaux minimums de financement national par rapport aux investissements du Fonds mondial. Par exemple, le financement de contrepartie minimal pour les pays à faible revenu était d'au moins 5 pour cent de la subvention du Fonds mondial ; pour les pays à revenu intermédiaire de la tranche inférieure, 20 pour cent ; pour les pays à revenu intermédiaire du haut de la tranche inférieure, 40 pour cent et pour les pays à revenu intermédiaire de la tranche supérieure, 60 pour cent. Les pays dépassaient souvent ces exigences minimales, ce qui les rendait inconséquentes dans le contexte de la politique.

Le Kenya, l'Ouganda et la Guinée ont des niveaux de revenu et des épidémiologies différents

Le Kenya, pays à revenu intermédiaire de la tranche inférieure de 47 millions d'habitants, a une prévalence élevée de VIH (4,8 %), ainsi qu'une incidence élevée de tuberculose (319 cas pour 100 000 personnes, y compris celles atteintes à la fois de VIH et de tuberculose), ce qui place le pays parmi les 20 pays du monde désignés comme ayant une charge de morbidité élevée de tuberculose. Le paludisme est endémique toute l'année dans certaines régions.

L'Ouganda, voisin est-africain du Kenya dont la population s'élève à 44 millions, est un pays à faible revenu. La prévalence du VIH y est même plus élevée qu'au Kenya (5,9 %), mais l'incidence de la tuberculose est inférieure (201 cas pour 100 000 personnes). Le paludisme est endémique toute l'année dans le pays.

La Guinée, pays d'Afrique de l'Ouest à faible revenu de 13 millions d'habitants, a une prévalence de VIH bien inférieure (1,5 %), ainsi qu'une incidence elle aussi inférieure en termes de tuberculose (176 cas pour 100 000 personnes pour le VIH et la tuberculose). Toutefois, la transmission du paludisme persiste toute l'année dans tout le pays. La Guinée est classée contexte d'intervention difficile par le Fonds mondial. Le pays s'est à peine remis de l'épidémie d'Ébola de 2014, qui a mis en lumière les faiblesses du système national de santé.

Kenya : cofinancement principalement consacré aux produits de santé

Pour financer ses engagements de cofinancement pour la subvention de lutte conjointe VIH/tuberculose et en rendre compte, le Kenya a introduit un poste à cet effet dans son budget national. Les montants de cofinancement relatifs à la lutte contre le VIH et la tuberculose sont consacrés aux achats de produits de santé : antirétroviraux, kits de dépistage, réactifs de laboratoire, ainsi que du matériel de laboratoire, selon les responsables kenyans. Le cofinancement relatif au paludisme couvre principalement les ressources humaines pour la santé et les médicaments, d'après la demande de financement. Pour le cycle de financement actuel, le montant de cofinancement budgétisé est de 22 millions de dollars pour le VIH pour l'exercice fiscal 2017/2018 – ce montant correspond à environ 11 pour cent de la somme allouée à la lutte contre le VIH – et de 3 millions de dollars pour la tuberculose. Pour le paludisme, le montant de cofinancement du Kenya est de 4 millions de dollars pour chaque exercice financier. Selon les responsables, le Kenya augmente son cofinancement de 10 pour cent chaque année.

Il est également affirmé dans la demande de financement qu'au cours du cycle de financement précédent, le gouvernement du Kenya s'est entièrement acquitté de son financement de contrepartie.

La principale difficulté du Kenya en termes de cofinancement est l'absorption totale du budget public annuel au cours de l'année.

Le Kenya n'utilise pas le mécanisme d'achat groupé du Fonds mondial. Au lieu de cela, il achète les produits de santé (y compris les antirétroviraux) destinés à tous les établissements publics – et certains établissements sans but lucratif – au travers de l'Agence de fournitures médicales du Kenya (KEMSA). Bien que les achats au travers de la KEMSA soient efficaces, comme en atteste le récent [rapport d'audit du Bureau de l'Inspecteur général](#), le délai de livraison est long : six à neuf mois s'écoulent de la quantification à la livraison des marchandises commandées.

Selon les règles du gouvernement, les marchandises sont uniquement commandées lorsqu'il y a un poste budgétaire à cet effet, et les factures sont réglées entièrement à la livraison. Le budget du gouvernement est alloué annuellement à différentes institutions étatiques. Les fonds qui risquent de rester inutilisés par une institution peuvent être transférés à une autre, vers le dernier trimestre de l'exercice financier en cours ; l'année suivante, l'institution qui n'a pas absorbé l'entièreté de son allocation peut recevoir un budget réduit.

Dans la pratique, cela signifie que la KEMSA attend le montant de cofinancement dans le budget avant de publier ses appels d'offres, sélectionne un fabricant, passe une commande, s'assure de la qualité de l'envoi, entrepose les produits commandés et les distribue au cours d'un même exercice financier.

La longueur de cette procédure d'achat affecte le taux d'absorption. Tout retard à tout stade du processus – que ce soit au début au niveau de la quantification, au milieu durant la procédure d'appel d'offres ou à la fin au niveau de la logistique – peut reporter la livraison à l'année suivante et réduire l'absorption du poste budgétaire. Si la livraison a lieu l'année suivante, le financement de l'exercice en cours est perdu pour le programme de lutte contre la maladie, et le budget de l'année suivante risque d'être réduit.

Le taux d'absorption actuel du cofinancement du gouvernement est un secret bien gardé, ce qui suggère qu'il n'atteint pas 100 pour cent. Il y a quelques années, il se situait à 70 pour cent environ.

Ouganda : les comptes nationaux de la santé comme preuve du cofinancement

L'Ouganda utilise ses comptes nationaux de la santé pour démontrer le niveau de financement public de la santé pour le dernier cycle de financement et le cycle en cours. Avec ses comptes de la santé, le gouvernement ougandais démontre que son niveau actuel de dépenses couvre non seulement les produits et le personnel de santé, mais également l'utilisation de l'infrastructure, la formation sur le tas et d'autres aspects importants du système de santé.

Les comptes nationaux de la santé constituent un « suivi systématique, exhaustif et cohérent des flux de ressources dans le système de santé d'un pays », [d'après l'Organisation mondiale de la Santé](#). Les comptes de la santé récapitulent les dépenses dans la santé par source de fonds (pouvoirs publics, secteur privé, autres donateurs), les régimes au travers desquels les fonds sont acheminés (par exemple la sécurité sociale, les dépenses prises en charge par le patient), les caractéristiques des bénéficiaires des fonds (par ex. par genre ou tranche d'âge) et toutes les maladies/pathologies (par ex. VIH, tuberculose, paludisme, maladies évitables par la vaccination, autres maladies et pathologies).

Pour le cycle de financement 2017/2019, le gouvernement a engagé 61,2 millions de dollars par an et continuera d'utiliser les comptes de la santé pour démontrer qu'il s'acquitte de ses engagements. Ce montant représente quelque 13 pour cent de la somme que lui alloue le Fonds mondial.

Au cours de la période d'allocation précédente (2014/2016), l'Ouganda s'est engagé à dépenser 34 millions de dollars pour lutter contre le VIH et la tuberculose et 4,2 millions de dollars pour lutter contre le paludisme, d'après la demande de financement, qui explique du reste que le gouvernement a dépassé son engagement. Pour faire face à ses engagements vis-à-vis des trois maladies, le gouvernement ougandais avait :

- réservé 27 millions de dollars pour l'achat par les magasins de fournitures médicales de médicaments et autres fournitures ;
- dépensé 32 millions de dollars par an en salaires d'agents de santé ;
- dépensé 58,4 millions de dollars en infrastructure, services publics, maintenance et autres coûts liés aux établissements de santé.

Pour la période d'allocation en cours, l'instance de coordination nationale s'est engagée à plaider en faveur d'une augmentation du cofinancement consacré 1) aux antirétroviraux, aux combinaisons thérapeutiques à base d'artémisinine et aux antituberculeux, 2) à l'accroissement des ressources humaines de manière à augmenter les niveaux de dotation en personnel de 75 % à 85 %, 3) au renforcement des systèmes de gestion des achats et des stocks en vue d'améliorer la qualité et l'approvisionnement ininterrompu des services de prévention, de traitement et de prise en charge aux bénéficiaires.

Guinée : un compte en banque consacré au cofinancement

La Guinée a un « compte nouveau modèle de financement », sur lequel elle dépose les montants de cofinancement engagés conformément à la demande de financement. Pour le cycle de financement en cours, la Guinée s'est engagée à consacrer 19 857 143 dollars aux achats d'antirétroviraux. Ce montant représente environ 41 pour cent du montant total de la subvention VIH. Au cours de la période de financement précédente, la Guinée s'était également engagée à acheter des antirétroviraux dans le cadre de son cofinancement pour la subvention VIH. Le pays a partiellement honoré son engagement, contribuant 10 844 930 dollars, soit 54,61 pour cent de son engagement de cofinancement.

Malheureusement, les achats d'antirétroviraux par le secteur public ne suivent pas toujours le calendrier prévu, ce qui entraîne des ruptures de stocks répétées de médicaments et des interruptions de traitement. (Un [article du numéro 78 de l'OFM sur les difficultés de mise en œuvre de la Guinée](#) fournit davantage de détails.)

Pour le paludisme, la demande de financement indique une augmentation de 22 pour cent la contribution de l'État, de 3 579 005 dollars en 2015 à 4 619 046 dollars en 2016. Pour la subvention paludisme, le cofinancement comprend des pertes récurrentes de revenus ou dépenses de l'État tels que des exonérations fiscales sur les achats de fournitures antipaludiques, le paiement des salaires des travailleurs et l'approvisionnement en électricité et en eau. De plus, l'État s'est engagé à des investissements significatifs sous la forme de nouveaux bureaux pour le programme de lutte contre la maladie, d'une valeur de 400 000 dollars.

Personnalisation et harmonisation : la nécessité de trouver un juste équilibre

Ces trois pays illustrent trois adaptations différentes de la politique de cofinancement. Le Kenya, avec son bon système d'achats de produits de santé, achemine la plus grande partie de son cofinancement au travers de son autorité étatique d'achat de produits de santé. L'Ouganda utilise les comptes nationaux de la santé dans la perspective du système de santé pour démontrer ses dépenses dans le système et les trois maladies. Les deux pays égalent ou dépassent le montant requis en fonction de leur niveau de revenu. D'un autre côté, la Guinée, avec son système de santé faible, utilise un compte séparé pour

démontrer son cofinancement. Nous avons demandé au Fonds mondial pourquoi le cofinancement de la Guinée est consacré aux antirétroviraux plutôt qu'au renforcement de son système de santé, comme c'est permis par la politique, et compte tenu des nombreuses difficultés du pays. On nous a répondu que la somme allouée à la Guinée ne peut pas couvrir tous les besoins en antirétroviraux du pays, ce qui accroît la nécessité pour le gouvernement d'acheter des antirétroviraux pour ses citoyens.

Ouvrir un compte séparé pour l'élément de cofinancement permet de démontrer plus facilement la conformité, mais n'a aucune utilité en ce qui concerne le renforcement des systèmes de santé voire, pire encore, peut les affaiblir. Ce type de compte bancaire donne une influence indue aux directeurs des programmes de lutte contre le VIH, la tuberculose ou le paludisme pour lesquels les fonds sont mis de côté. En fait, les comptes bancaires dédiés uniquement à l'achat de produits dans les pays à faible revenu dont les systèmes sont faibles pourraient, involontairement, favoriser la corruption. La raison en est que les gouvernements utilisent leurs propres systèmes pour les achats d'antirétroviraux ou de produits de santé financés par des sources nationales ; or l'inefficacité de ces systèmes est la raison d'être du mécanisme d'achat groupé. De plus, on pourrait remettre en cause la qualité des produits achetés en dehors du mécanisme d'achat groupé pour les pays qui utilisent ce mécanisme pour au moins 80 pour cent de leurs dépenses.

La différence entre ces trois pays n'est pas surprenante : lors d'une réunion avec sept pays africains (dont le Kenya et l'Ouganda, mais pas la Guinée) organisée par Aidspan en mars 2018, il est apparu que les sept pays avaient tous différentes manières de justifier le cofinancement. Cette situation peut certes être légitime en raison des différents contextes nationaux, mais les différences importantes mettent en lumière la nécessité d'harmoniser la mise en œuvre de cette politique.

[Read More](#)
