



Independent observer
of the Global Fund

QU'A-T-ON APPRIS DES 5 DERNIÈRES ANNÉES DE LA LUTTE CONTRE LES PANDÉMIES ?

Comme l'a encore démontré il y a peu le rapport du Bureau de l'Inspecteur Général sur la mise en œuvre des subventions en AOC, la gestion des fonds alloués par le Fonds mondial et la mise en place des activités dans les pays fragiles reposent la plupart du temps sur le savoir-faire des acteurs étrangers. Agences des Nations Unies et organisations non gouvernementales internationales se partagent cette lourde tâche depuis des années, et ont développé un savoir-faire indéniable dans la compréhension et la bonne utilisation des procédures du Fonds mondial, ainsi que dans l'offre de services de santé pour les populations. Savoir-faire parfois transmis de manière transparente et pédagogique aux différentes parties prenantes du ministère de la santé du pays dans une réelle volonté de renforcer les acteurs nationaux, et de passer la main. Des outils de gestion programmatique, financière et pharmaceutique ont été développés à cet effet, notamment par les agences onusiennes. Malgré cela, force est de constater une certaine inertie de part et d'autre :

- Dans les contextes fragiles, les bénéficiaires principaux internationaux demeurent en place au gré des subventions qui se succèdent, malgré des promesses de renforcement des capacités et de passation des responsabilités. Les activités de prise en charge sont menées par les programmes et des associations locales mais également par des organisations internationales qui ont les compétences et les moyens logistiques bien supérieurs pour mettre en œuvre des activités à grands échelle.
- Les autorités des pays concernés, bien que très critiques de ce système, et désireuses de recouvrer la souveraineté sur la gestion des subventions, ne préparent pas de structure gouvernementale

susceptible de répondre aux exigences posées par le BIG et d'être choisie lors de la sélection du Bénéficiaire Principal. Elles ne soutiennent par ailleurs pas suffisamment les acteurs nationaux, qu'il s'agisse du personnel de santé ou des organisations de la société civile.

Dans le chapitre consacré aux procédures de mise en œuvre, l'équipe du BIG identifie de nombreuses conséquences néfastes liées à la gestion de la subvention et la mise en œuvre des activités par des organisations internationales :

D'une part, les acteurs étrangers n'ont pas de relation hiérarchique ou fonctionnelle avec les structures de santé qui délivrent les services. Il leur est de ce fait difficile d'influencer durablement la qualité des soins, l'organisation des services, ou le rapportage des données demandé. Les organisations internationales rendent alors et en priorité des comptes au Fonds mondial et pas au ministère du pays dans lequel elles interviennent.

D'autre part, la gestion séparée des 3 subventions (même si la tendance est à la gestion commune de la subvention VIH/TB) rend la vision globale des tendance épidémiologiques et l'analyse des grands enjeux de santé difficile dans les pays. Elle multiplie par ailleurs les acteurs engagés dans la mise en œuvre de la gestion des fonds et la mise en place des activités, les outils de suivi et d'évaluation, et rend toute entreprise d'alignement plus complexe encore.

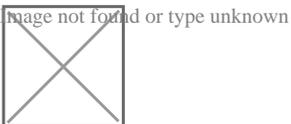
Enfin, le renforcement des capacités, qui devrait incomber à tout partenaire de mise en œuvre dans une relation équilibrée avec les instances nationales, est le parent pauvre (quand il ne rentre pas directement en conflit avec les intérêts de l'organisation désignée comme bénéficiaire principale) de la gestion de la subvention.

Le constat posé par le Bureau de l'Inspecteur Général ne révèle pas une réalité inconnue par tous les acteurs de la lutte contre les pandémies. Mais il a le mérite, dans une période de reconduction des financements, de poser une nouvelle fois la question de la gouvernance sanitaire dans des pays au système de santé particulièrement fragile.

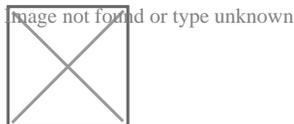
Les cycles 2014-2016 et 2017-2019 ont accéléré et mis en exergue les bons résultats et les difficultés

Un observateur extérieur remarquera que les 5 dernières années ont été une formidable caisse de résonance des enjeux auxquels sont confrontés les pays d'Afrique à ressources limitées, et des défis de plus en plus globaux auxquels il nous faut collectivement répondre. Le passage au nouveau modèle de financement a permis aux pays d'AOC de bénéficier de subventions importantes visant à mettre à la disposition des patients un service de qualité, sans pour autant être préparés à leur gestion. Les résultats sont en matière de VIH sida et de paludisme remarquables comme l'a démontré le rapport du BIG.

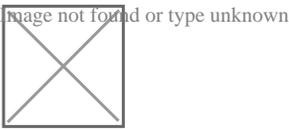
Paludisme



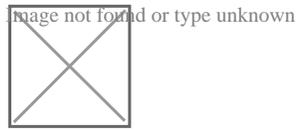
Courbe de mortalité en Afrique



Courbe d'incidence en Afrique



Courbe des nouvelles infections

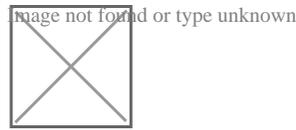


Couverture ARV

Bien que ralentie par des négociations longues en début de subvention (18 mois en moyenne ont été nécessaires aux pays pour signer les documents de subvention lors du NFM1), la mise en œuvre s'est ensuite accélérée, comme le reflètent des taux d'absorption relativement élevés dans la région (77% globalement, même si le dernier quintile, constitué de pays fragiles, est en deçà des 60%).

Malgré cela, on sait désormais avec certitude que les progrès ont été beaucoup plus timides, voire inexistant dans l'arrêt des nouvelles infections à VIH, ou encore dans la lutte contre la tuberculose.

Les pays de la région représentent 9,2% des nouvelles infections à VIH : chaque semaine, environ 6200 jeunes femmes âgées de 15 à 24 ans sont infectées par le VIH. En Afrique subsaharienne, quatre nouvelles infections sur cinq interviennent parmi les adolescentes âgées de 15 à 19 ans. Les jeunes femmes âgées de 15 à 24 ans sont deux fois plus susceptibles de vivre avec le VIH que les hommes.



Moins de la moitié des personnes dépistées sont aujourd'hui mises sous traitement et à peine 1/3 a une charge virale indétectable.

En matière de tuberculose, les tendances sont même négatives puisque la région de l'Afrique occidentale et centrale a enregistré une hausse de 5 % du nombre annuel de décès liés à la tuberculose (toutes formes confondues) depuis 2010. Cette évolution contraste avec le reste du continent, qui enregistre un déclin de 8 %. L'incidence est également en hausse de 10% avec 53.330 cas supplémentaires entre 2010 et 2017, effet d'une augmentation des cas dans quelques pays (la RDC, le Tchad et le Sénégal).

En quoi la préparation du nouveau cycle est-elle une opportunité ?

L'initiation de nouvelles discussions pour la reconduction des financements est une opportunité de mettre en dialogue tous les partenaires engagés dans la lutte contre les pandémies, afin de réfléchir aux stratégies qui contribueront à améliorer les performances insuffisantes mentionnés ci-dessus. Pour que ce dialogue soit fructueux et efficace, il est nécessaire de prendre en compte les avancées réalisées au cours des 5 dernières années, et de discuter de leur adaptation aux différents contextes de la région.

Des stratégies plus diversifiées qu'en 2015 qui ont fait leurs preuves

La mise en place des modèles de soins différenciés et les résultats obtenus en matière de dépistage, mise sous traitement, observance et succès thérapeutique apportent aujourd'hui une réponse intéressante. Tous ont démontré que l'ancrage communautaire est un levier puissant, qu'il s'agisse de la mise en place de stratégies de dépistage communautaire réalisé par les associations au travers des pairs éducateurs ou par les agents de santé communautaire, de la création de groupes d'auto-support (ou groupes TARV) constitués de PVVIH ou de l'ouverture des points de distributions d'ARV (PODI) qui permettent aux patients stables de retirer leurs médicaments tous les 3 mois sans voir un médecin.

Toutes ces stratégies ont démontré leur plus-value pour le patient (coût de transport moindre puisque le PODI est situé dans leur quartier, temps d'attente très réduit, accueil adéquat assuré par des PVVIH qui sont de bons conseils) et pour le système de santé (désengorgement des hôpitaux et des centres de santé, répartition des tâches entre les médecins et les infirmières voire les agents de santé communautaire, système de dépannage d'ARV entre PODI pour limiter les ruptures...). Ces activités requièrent une certaine préparation : formation des personnels des centres de santé à la prise en charge des PVVIH, création d'un PODI et formation des personnes qui y travaillent (accueil des patients et counselling, gestion de la pharmacie, remplissage des données), accord des autorités de santé pour une délégation des tâches (infirmières prescrivent les ARV et les personnels des PODI les distribuent), ainsi qu'une gestion des stocks appropriée (les traitements sont donnés pour 3 voire dans certains cas pour 6 mois, il faut s'assurer qu'il existe un stock suffisant).

Plusieurs initiatives inspirées de ces stratégies ont vu le jour ces dernières années, adaptées à la lutte contre la tuberculose et le paludisme, afin d'associer le plus possible les acteurs communautaires à la recherche des patients, à leur sensibilisation puis à leur accompagnement dans la prise du traitement. Selon l'OMS, la moitié des patients atteints de tuberculose ne serait pas dépistée, ce qui requiert la mise en œuvre de stratégies communautaires au plus proches des personnes infectées. [Stop TB](#) a engagé un travail de cartographie des acteurs communautaires dans la tuberculose, et d'identification des principales barrières empêchant les patients d'avoir recours aux soins. Un programme d'appui aux associations s'est mis en place, appuyé dans certains pays (Bénin, Cameroun, Niger, Tchad) par l'Initiative 5% dans le cadre du partenariat RECAP TB AOC. Celui-ci vise à identifier ces OSC et à les appuyer dans le cadre de leurs activités de dépistage et de prise en charge. Par ailleurs, un réseau d'associations s'est structuré, le [DRAF](#), en marge de la réunion d'Accra en avril 2018. C'est un réseau régional d'organisations intervenant dans la lutte contre la tuberculose, la co-infection VIH/TB, les questions communautaires, de genre et de droits humains. Le Réseau espère jouer un rôle central dans le plaidoyer régional sur la base de la Déclaration politique TB HLM 2018, renforcer les capacités des OBC pour une approche centrée sur la personne, mieux coordonner les initiatives nationales et régionales, et sceller des partenariats avec les Programmes Nationaux et les organismes régionaux et globaux.

En matière de paludisme enfin, la naissance du premier réseau des organisations de la société civile engagées dans le paludisme, créé suite au Congrès mondial de Melbourne, témoigne également de la vivacité et de la volonté des OSC de participer à la délivrance de services, qu'il s'agisse d'IECC, de la distribution des traitements, ou bien du conseil et de la référence vers des formations sanitaires. [CS4ME](#) (Civil Society For Malaria Elimination) s'est également montrée très active dans le plaidoyer auprès des décideurs politiques et des bailleurs pour augmenter les financements disponibles dans la lutte contre le paludisme.

Tous ces exemples témoignent de la dynamique engagée par les acteurs communautaires dans la région, qui se traduit dans les faits par une amélioration du cadre stratégique au cours des dernières années : 13 des 15 pays d'Afrique francophone sont désormais dotés d'une stratégie communautaire, qui définit entre autre le rôle de chacun des acteurs du système de soins, donne un cadre global transversal aux pathologies afin de mettre en cohérence les actions de lutte contre les pandémies avec celles de la vaccination ou encore de la santé maternelle et néonatale. Les agents de santé communautaires ont désormais un statut, un rôle clairement défini, une formation et un mode d'indemnisation ou de rémunération selon les pays.

Une réflexion et un engagement mondial vers l'intégration et la collaboration entre bailleurs

L'autre avancée majeure de ces 5 dernières années est le dialogue inter bailleurs et la volonté commune aux grandes institutions internationales d'œuvrer au renforcement des systèmes de santé, bien que ce ne soit pas en tant que tel un objectif initial de leur mandat.

Alors que le secteur de la santé est sous-financé dans la plupart des pays de la sous-région, et que ces derniers dépendent à plus de 50% de l'aide internationale, les choix stratégiques effectués ne tendaient pas vers la complémentarité et la rationalisation des investissements. 12 organisations engagées dans la santé (GAVI, Fonds mondial, OMS, Mécanisme de Financement Mondial, ONUSIDA, PNUD, FNUAP, Unicef, Unitaid ONU Femmes,

Banque Mondiale et PAM) l'ont reconnu dans document appelé [Plan d'action mondial pour permettre à tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être de tous](#) récemment publié, « même si nous collaborons déjà dans de nombreux domaines, nous sommes d'avis qu'une collaboration plus résolue, plus systématique, plus transparente et plus responsable entre nos organisations contribuera à donner une impulsion accrue à un stade crucial pour la santé dans le monde et à réaliser pleinement le potentiel de la santé en tant que condition préalable ». A ce titre, les 12 organisations engagées dans ce partenariat promettent de :

- Mieux collaborer avec les pays en vue de mieux définir les priorités et assurer ensemble la planification et la mise en œuvre ;
- Accélérer les progrès dans les pays au moyen de mesures conjointes relatives à sept thèmes accélérateurs énoncés dans le Plan et de notre engagement général à promouvoir l'égalité des sexes et à appuyer la fourniture de biens publics mondiaux ;
- Harmoniser nos stratégies et politiques opérationnelles et financières à l'appui des pays pour améliorer l'efficacité et réduire la charge des pays

Cet engagement est indispensable pour un effort de mutualisation des ressources, et de cohérence des stratégies de renforcement des systèmes de santé dans cette zone. Il est également crucial pour faciliter le travail des ministères de la santé des pays concernés, trop souvent confrontés à un morcellement des initiatives et des partenaires qui agissent par le truchement de stratégies parfois courttermistes, souvent peu harmonisées avec le reste des partenaires, et qui multiplient les « coûts transactionnels » pour les pays concernés (modalités de rapportage différentes, activités financées et paquets de soins différents selon les bailleurs...).

Le renforcement des systèmes de santé, pierre angulaire et fondement même de la mise en place d'une couverture sanitaire universelle, ne peut s'effectuer sans ce partenariat porteur d'une vision claire et commune des priorités en matière de ressources humaines en santé (formation initiale et continue, mode de rémunération et sources de financement, déploiement sur les territoires), de gestion des produits pharmaceutiques (assurance qualité face à la diffusion des faux médicaments, systèmes d'approvisionnement performants jusqu'au dernier kilomètre), de collecte et d'analyse des informations sanitaires ou de financement de la santé.

Dans ce domaine également ces dernières années ont été marquantes : l'Union Africaine s'est saisie de la question du financement de la santé et travaille à la mise en œuvre d'une feuille de route par pays. Le Bénin a lancé le projet ARCH (Assurance pour le Renforcement du Capital Humain), initiative ambitieuse d'un montant total de presque 500 millions d'euros, financé par le Bénin (à hauteur de 10%) et par un consortium de partenaires (Banque Mondiale, Fonds mondial, système des Nations Unies, JICA, le BIT, l'Agence Française de Développement, la BID) réunis autour d'un objectif commun : mettre en place un régime de protection sociale adapté et inclusif. Pour le volet assurance maladie, il est prévu que les populations les plus pauvres (les premières à avoir été enrôlées) bénéficieront d'un accès gratuit aux soins, et pour les catégories plus aisées, une participation à hauteur de 40% des dépenses. Enfin, un régime de cotisations sociales par l'employeur est mis en place pour les salariés du secteur privé. L'ARCH est en cours de déploiement, et l'on sait doré et déjà qu'il se confronte à des défis importants, depuis la manière de définir et de catégoriser les plus marginaux sans les stigmatiser, en passant par les contraintes du système de santé qui n'ont pas disparu (personnel médical bien formé en nombre suffisant, médicaments de qualité et disponibles...). Il préfigure cependant ces partenariats complémentaires entre pays d'AOC et bailleurs, dans une vision commune d'un accès à la santé de qualité pour tous.

De quoi a-t-on besoin pour faire du prochain cycle une réussite ?

A la lecture de ce qui précède, on imagine que les éléments suivants seront décisifs dans la réussite des prochaines subventions:

- Des procédures simplifiées et une appétence au risque de la part du Fonds mondial revue à la hausse, afin de remettre les ministères de la santé des pays concernés en position de décision et de gestion des fonds et des activités ;
- Des ministères de la santé qui acceptent de jouer un rôle important de leader et de promoteur d'une vision de

la santé dans leur pays, afin de siéger à la table des négociations en défendant un idéal qui se rapproche de la couverture sanitaire universelle ;

- Des acteurs de la société civile parties prenantes des discussions, renforcés et financés, car seule une démarche de renforcement des capacités et de structuration de ces acteurs leur donnera l'opportunité de faire la différence.
- Enfin, des stratégies plus inventives, car il semble évident que le chemin qui reste à parcourir est le plus difficile : les patients les plus « accessible » ont été dépistés et mis sous traitement grâce aux actions entreprises par le passé. Ceux qui sont restés « sur le bord de la route » sont certainement les plus vulnérables, ceux qui ignorent qu'ils sont infectés, ou qui se cachent de peur d'être discriminés, ou encore ceux qui n'avaient pas les moyens financiers d'avoir recours aux soins. Face à cela, les stratégies de recherche de cas, de mise sous traitement et de maintien dans le soins devront répondre à ces difficultés dont on saisit déjà la portée. Il faudra aller au-delà de la « pensée magique » de réponses uniformes ou de stratégies trop simples qui ne retiennent que des chiffres et conduisent à la croyance absolue en leur efficacité.

L'essentiel se situe ailleurs : dans des approches plus fines, qui allient les sciences sociales avec les résultats des stratégies d'intervention, associent acteurs de la société civile avec ceux du secteur public mais également les acteurs du privé trop négligés alors qu'ils prennent en charge une partie des patients, et surtout, un leadership de la part des ministères de la santé, responsables en dernier ressort des progrès accomplis dans le domaine de la lutte et de l'élimination des trois pandémies.

[Read More](#)
