« Fonds mondial de lutte contre le VIH/sida, la tuberculose et le paludisme et renforcement des systèmes de santé (RSS) »

Anne Bekelynck
Pour le *Think Tank* Santé mondiale 2030

Rapport complet
Une synthèse de cette étude est également sur le site de Santé mondiale 2030

Cette étude a été réalisée avec l'appui de l'Agence Française de Développement

Le think tank « Santé mondiale 2030 » existe depuis octobre 2016. Il regroupe des personnalités impliquées dans la santé mondiale, comme Françoise Barré-Sinoussi, Paul Benkimoun, Michel Cot, Sana de Courcelles, François Dabis, Annabel Desgrées du Lou, Jean-François Delfraissy, Eric Fleutelot, Frédéric Goyet, Mathieu Lamiaux, Michel Kazatchkine, Marie-Paule Kieny, Lélio Marmora, Benoît Miribel, Olivier Nay, Louis Pizarro, Anna-Laura Ross, Benoît Vallet. Stéphanie Tchiombiano en est la coordinatrice.
Les membres du groupe le sont à titre individuel et non au nom de leurs organisations respectives. Le présent document est le fruit d'un travail collectif au sein du groupe. Il n'engage en aucun cas, ni ne reflète l'opinion individuelle de chacun des membres.

Table des matières

Table des matières 2
Liste des acronymes 4
Résumé exécutif 6
Introduction 9
1. Objectifs de l'étude 9
2. Contexte : le renforcement des systèmes de santé (RSS) au sein des initiatives de santé mondiale (revue de la littérature) 11
2.1. Essor du RSS dans le monde de la santé mondiale 11
2.2. Passer du concept théorique à son opérationnalisation 12
2.3. Bref historique du RSS au sein du FM 13
3. Méthodologie 18
3.1. Questions de recherche 18
3.2. Trois niveaux d'analyse : du global au local 19
3.3. Méthodes de recherche 19
3.4. Limites et précautions 21
3.5. Remerciements 21
Partie 1. Intégrer et définir le RSS dans une organisation centrée sur des maladies 22
1. Intégrer le RSS au sein du Fonds mondial ou « faire entrer des carrés dans des cercles » ? 22
1.1. « ADN » vertical et de financement basé sur les résultats (FBR) du Fonds mondial Vs RSS 22
1.2. La contrainte majeure des ressources limitées 24
2. Définir l'approche RSS du Fonds mondial 26
2.1. Entre proximité et spécificité vis-à-vis de l'OMS 27
2.2. Caractéristiques de l'approche RSS du Fonds mondial 29
2.3. Que représentent les dépenses étiquetées « SRPS » ? 35
2.4. Des discours aux pratiques : regards critiques 38
Partie 2. Mettre en œuvre le RSS au sein du Fonds mondial 40
1. Lenteur des changements organisationnels : lourdeur institutionnelle ou manque de volonté politique ? 41
1.1. Cadre règlementaire 41
1.2. Organisation interne, compétences et culture 42
2. Un dispositif technique actuellement insuffisant et peu adapté aux spécificités du RSS 43
2.1. Une tendance à freiner l'action 44
2.2. Une tendance à fragmenter l'action 51
3. Une dépendance aux acteurs extérieurs 56
3.1. Développer un co-partenariat avec les acteurs nationaux 56
3.2. Collaborer avec les partenaires techniques et financiers (PTF) 60
3.3. L'assistance technique 67
Conclusion et recommandations 68

Pistes de recherche 70
Bibliographie 71
Liste des encadrés 74
Liste des figures 74
Annexes 75
Annexe 1 : Le "modèle 4S" du Fonds mondial (Le Fonds mondial, 2018) 75
Annexe 2 : Évolution générale du développement des systèmes de santé : le modèle des « 4S ». (TRG, 2018) 76
Annexe 3. Liste des coûts intégrés et exclus des coûts considérés comme relevant du SRPS (Fonds mondial) 76
Annexe 4. Liste principale d'indicateurs et des mesures de suivi du plan de travail pour les Systèmes résilients et pérennes pour la santé (SRPS) 78
Annexe 5. Liste des subventions "stand alone" du Fonds mondial en Afrique (avant NFM3) 81

Liste des acronymes

AECID	Agence espagnole pour la coopération internationale au développement
AFD	Agence française de développement
AOC	Afrique de l'ouest et du centre
ARCH	Assurance pour le renforcement du capital humain
ARV	Antirétroviral
ASC	Agent de santé communautaire
AT	Assistance technique
CA	Conseil d'administration
CAS	Comité d'approbation des subventions
CCM	Instances de coordination nationales *(Country Coordinating Mechanisms)*
CSU	Couverture sanitaire universelle
DHIS-2	Système d'information sanitaire
DSC	Direction de la santé communautaire
EF	Expertise France
EOC	Environnements opérationnels complexes
FBR	Financement basé sur les résultats
FCS	Fonds commun de santé
FM	Fonds mondial de lutte contre le VIH/sida, la tuberculose et le paludisme
FNUAP	Fonds des Nations Unies pour la population (*United Nations Population Fund*)
GAA	Gestion des achats et de l'approvisionnement
GAC	Comité d'approbation des subventions
GAP	Global Action Plan
GAVI	Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination (*Global Alliance for Vaccines and Immunization)*
GHI	Initiatives de santé mondiale (*Global Health Initiatives*)
GTT	Groupe de travail technique
ITP	*Implementation Through Partnership*
KPI	Indicateurs clés de performance (*Key Performance Indicators*)
LFA	Agent local du Fonds (*Local Fund Agent*)
MOU	Memorandum of Understanding
NFM	Nouveau modèle de financement (*New Funding Model*)
ODD	Objectifs de développement durable
OI	Organisation internationale
OIG	Bureau de l'inspecteur général *(Office of the Inspector General)*
OMD	Objectifs du millénaire pour le développement
OMS	Organisation mondiale de la santé
ONG	Organisation non gouvernementale
ONU	Organisation des nations unies
OSC	Organisation de la société civile
PAG	Programme d'actions du gouvernement
PAM	Programme alimentaire mondial
PEPFAR	Plan d'urgence du président américain pour la lutte contre le sida (*President's Emergency Plan for AIDS Relief*)
PNDS	Plan national de développement sanitaire
PSNIE	Plan stratégique national intégré pour l'élimination
PTF	Partenaires techniques et financiers
PvVIH	Personne vivant avec le VIH
P4H	Le Réseau mondial pour les systèmes de financement de la santé et la protection sociale en santé (*The Global Network for Health Financing and Social Health Protection*)
RCA	République Centrafricaine
RH	Ressources humaines
RHS	Ressources humaines de santé

RP	Récipiendaires principaux (*PR : Principal Recipients)*
RSS	Renforcement des systèmes de santé
S&E	Suivi & Évaluation
SNIS	Systèmes nationaux d'information sanitaire
SRPS	Systèmes résilients et pérennes pour la santé (*RSSH : Resilient and Sustainable Systems for Health)*
SSRMNEA	Santé sexuelle, reproductive, maternelle, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent
TB	Tuberculose
TERG	Comité technique de référence en évaluation (*Technical Evaluation Reference Group*)
TRP	Comité d'examen technique (*Technical Review Panel*)
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'enfance (*United Nations Children's Fund*)
USAID	Agence des États-Unis pour le développement international (*United States Agency for International Development)*
USD	Dollar américain (*United States Dollar*)
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine

Résumé exécutif

Le Fonds mondial a été créé dans un contexte d'urgence, dans l'objectif d'obtenir des résultats rapides, efficaces afin de contenir les épidémies de VIH/sida, tuberculose et paludisme. Durant sa première décennie d'existence, la composante « renforcement des systèmes de santé » (RSS) ou « transversale » était présente, bien que peu définie et fluctuante au fil des années dans ses modalités. À partir de la réforme du Fonds mondial en 2014 et de l'adoption de son nouveau modèle de financement (NFM), le RSS va prendre une place stratégique croissante, jusqu'à sa formalisation dans la stratégie 2017-2022. La mise en place de Systèmes résilients et pérennes pour la santé (SRPS) est alors inscrite comme l'un de ses quatre objectifs stratégiques de la stratégie, avec pour finalité d'améliorer les résultats dans la lutte contre les trois maladies (et plus généralement dans le domaine de la santé), de renforcer la protection et l'équité financière, de contribuer à l'objectif de couverture sanitaire universelle (CSU) et de mieux prévenir les crises sanitaires éventuelles.

En 2020, le Fonds mondial estime consacrer 27% de ses investissements à la mise en place de systèmes résistants et pérennes pour la santé (SRPS), et plus spécifiquement environ 1,1 milliard de dollars dans la région Afrique de l'ouest et du centre (AOC) entre 2014 et 2019. Les besoins en matière de RSS sont particulièrement importants dans cette région, zone marquée par de fortes difficultés sur le plan sécuritaire, institutionnel, financier et humain.

Plusieurs études et évaluations d'organes indépendantes du Fonds mondial (TRP, TERG, OIG[1]) pointent les avancées et les nombreux défis auquel fait face le Fonds mondial dans l'opérationnalisation de son objectif stratégique portant sur les SRPS, notamment : 1) le manque de compréhension commune de l'approche entre les acteurs, 2) la tendance à davantage faire du *soutien* que du *renforcement* des systèmes de santé, 3) l'inadéquation des structures et processus du Fonds mondial par rapport à la mise en œuvre des financements SRPS (temporalité, approche cloisonnée, compétences, etc.), 4) la faiblesse des indicateurs de suivi et du cadre de performance, 5) la difficile implication des autorités publiques nationales et 6) la coordination problématique des partenaires techniques et financiers.

Cette étude a été initiée par le *think tank* Santé mondiale 2030, en complémentarité de ces rapports, dans le cadre d'un partenariat avec l'Agence française de développement (AFD), avec pour objectif d'apporter une vision extérieure, globale, qualitative et compréhensive à cet enjeu, spécifiquement en Afrique de l'ouest et centrale (AOC). Il s'agit d'une étude qualitative, effectuée essentiellement sur la base d'entretiens (n=46), auprès d'acteurs internationaux (Genève, Paris) et nationaux (AOC) d'une durée de quatre mois.

Principaux résultats

- **L'approche que le Fonds mondial a adopté en matière de RSS est façonnée par son histoire, son mandat, son mode de fonctionnement, son organisation et les compétences de ses agents qui demeurent profondément « verticaux ».** Elle est ainsi directement orientée sur l'amélioration des résultats des subventions des trois pandémies (VIH, Tuberculose, paludisme), suivant une approche fonctionnaliste, c'est-à-dire par piliers. Si cette approche restreinte est généralement comprise par les acteurs de l'écosystème du Fonds mondial (internationaux et nationaux), les acteurs nationaux de santé « non pandémies » ont tendance à appréhender le RSS de manière plus large, générant des « tensions opérationnelles ».

[1] Il s'agit des instances indépendantes du Fonds Mondial chargées de l'évaluation et des audits ; en anglais le *Technical Review Panel (TRP)*, le *Technical Evaluation Reference Group (TERG)*, et l'*Office of the Inspector General (OIG)*

- Les critiques à l'égard du Fonds mondial portent généralement sur le **décalage entre les discours ou ambitions affichées relatives au RSS, et la portée effective de ses actions**, qui s'apparentent plus à du soutien qu'à du renforcement. L'« effet levier » entre un RSS circonscrit aux trois maladies à un RSS plus large est peu conceptualisé.

- **L'opérationnalisation de l'objectif stratégique portant sur le RSS demeure un défi majeur pour le Fonds mondial**. Bien que des efforts importants aient été faits et que certains changements ont eu lieu, ce changement d'orientation radical – du vertical à l'horizontal – nécessiterait une refonte majeure de l'organisation, avec des ressources financières accrues, que l'organisation ni ses donateurs ne sont encore prêts à effectuer. Si certains interlocuteurs soulignent le temps long des changements d'une organisation internationale de l'ampleur du Fonds mondial, d'autres questionnent la volonté politique réelle du Secrétariat et de son Conseil d'administration pour faire du RSS une priorité.

- **Par opposition aux subventions maladies, de nombreuses zones de flottement entourent la mise en œuvre du RSS** (cadre de redevabilité, montant alloué au RSS dans les lettres d'allocation) qui tendent à freiner l'engagement des différents acteurs dans ce domaine, dans un contexte où le Fonds mondial est généralement très prescriptif, et où le RSS connait des taux d'absorption plus faibles que pour les maladies.

- **Le dispositif technique – tels que les modalités de subvention, le cadre modulaire ou le processus de rédaction des subvention – tend à fragmenter et à éparpiller les activités RSS**, perdant en cohérence globale, et ce de manière particulièrement forte pour le renforcement des systèmes communautaires, pilier pouvant être perçu comme la « force » du Fonds mondial en matière de RSS, en raison de son inclusion de la société civile de manière historique.

- La **gouvernance des États** - particulièrement en Afrique de l'Ouest et centrale - est souvent fragile. Les conditions nécessaires pour parvenir à des programmes RSS de qualité, à savoir un leadership politique, des compétences techniques et le choix d'une structure de mise en œuvre adéquate, sont rarement réunies. Seules quelques exceptions parviennent à « entrer dans la matrice » du Fonds mondial, s'approprier ses règles et procédures pour exploiter les opportunités offertes en matière de RSS.

- Le Fonds mondial tend (encore) à privilégier la **gestion des risques financiers et l'exigence de redevabilité** auprès des donateurs par rapport à la souveraineté nationale et à la collaboration avec les autres organisations internationales. La crainte d'éventuels détournements de fonds pèse comme une contrainte majeure dans l'établissement de subventions RSS portées par les autorités publiques nationales.

- La collaboration avec les autres partenaires techniques et financiers (PTF) est particulièrement nécessaire dans le cadre du RSS – le Fonds mondial étant un acteur minoritaire en termes de financements dans ce domaine – mais elle demeure généralement limitée (essentiellement focalisée sur le partage d'informations et l'évitement des doublons), personne-dépendante et conjoncturelle. Les accords institutionnels entre sièges ont du mal à être effectifs au niveau des pays et de nombreux acteurs appellent à une re-définition du **cadre de partenariat des PTF** sur cet enjeu.

Principales recommandations

- **Penser concrètement** la manière de rendre effectif l'« **effet de levier** » pour que le « RSS pandémie » à court terme actuel puisse devenir un RSS plus large à moyen terme et à long terme ;

- **Mieux communiquer** auprès des acteurs sanitaires des pays bénéficiaires « hors pandémies » sur l'objectif et la portée réelle de l'approche RSS du Fonds mondial, sur ce qui est finançable ou non (par exemple pour les coïnfections, les paquets de service des agents de santé communautaires, etc.) ;

- Ajuster **les discours** et objectifs affichés autour du RSS, en étant plus réalistes et pragmatiques, pour qu'ils soient davantage en adéquation avec les **capacités organisationnelles actuelles du Fonds mondial ;**

- Identifier quels sont les domaines techniques où le Fonds mondial doit laisser des **zones de flottement** pour favoriser l'appropriation des pays et quels sont les domaines où il doit être plus directif et améliorer ses outils pour favoriser l'action,

- Mieux intégrer et accompagner les **autorités publiques nationales** pour qu'elles (re)prennent un rôle de leadership, notamment en contexte d'intervention difficile ;

- Mieux favoriser une collaboration opérationnelle et concrète entre **organisations internationales** et repenser le cadre de co-partenariat relatif au RSS.

Introduction

1. Objectifs de l'étude

Cette étude s'inscrit dans la réflexion globale sur l'implication du Fonds mondial en matière de renforcement des systèmes de santé et sur les défis qu'il rencontre au cours de cette transition d'une approche « pandémie » à une approche davantage transversale, structurante et durable.

Créé en 2002 dans un contexte d'urgence, le Fonds mondial avait pour objectif premier de lutter contre le VIH/sida, la tuberculose et le paludisme, suivant de ce fait une approche verticale à des fins d'efficacité. Les évolutions récentes de la santé mondiale – avec notamment l'adoption des Objectifs de développement durable (ODD) en 2015 – conjuguées à la stagnation de ses résultats, en raison des fragilités des systèmes de santé des pays bénéficiaires, et à la survenue d'épidémies telles qu'Ebola (2014) l'ont conduit à placer le renforcement des systèmes de santé au cœur de son approche.

Dans sa stratégie 2017-2022[2], la mise en place de systèmes résilients et pérennes pour la santé (SRPS)[3] « *pour parvenir à une couverture sanitaire universelle et mettre fin plus rapidement aux épidémies* », ainsi que pour se préparer à d'éventuels chocs sanitaires à venir, constitue le deuxième objectif stratégique des quatre objectifs[4]. Cette décision s'appuie sur le constat selon lequel « *des systèmes de santé solides sont indispensables non seulement pour mettre fin aux épidémies de VIH, de tuberculose et de paludisme, mais aussi pour obtenir des résultats au-delà de ces trois maladies, en dispensant des soins de façon durable, équitable et efficace* ». La stratégie RSS du Fonds mondial précise sept domaines de travail, s'inspirant des six piliers du renforcement des systèmes de santé, tels que définis par l'OMS[5]. Il s'agit de : (1) Renforcer les actions et les systèmes communautaires ; (2) Apporter un soutien aux programmes de santé reproductive, féminine, infantile, et adolescente, et aux plateformes de prestation de services intégrés ; (3) Renforcer les systèmes de gestion des achats et des stocks dans les pays et à l'échelle mondiale ; (4) Favoriser les investissements essentiels dans les ressources humaines pour la santé ; (5) Renforcer les systèmes de données sanitaires et la capacité des pays à analyser et exploiter ces données ; (6) Renforcer et harmoniser les stratégies nationales et les plans stratégiques nationaux de lutte contre chaque maladie et (7) Renforcer la gestion et la surveillance financière. Le Fonds mondial estime consacrer actuellement 28% de ses investissements à la mise en place de « systèmes résistants et durables pour la santé »[6].

Lors du Conseil d'administration d'octobre 2018, une feuille de route a été élaborée et validée pour renforcer la qualité et l'impact des investissements du Fonds mondial sur le RSS[7]. La question du renforcement des systèmes de santé est systématiquement abordée lors des conseils d'administration du Fonds mondial et plusieurs rapports internes ont été rédigés sur le sujet par les instances

[2] Fonds mondial 2016b.
[3] Traduction de la formulation anglaise *Resilient & Sustainable Systems for Health* ; peut également être traduit par « systèmes résistants et pérennes de santé ».
[4] Les autres objectifs sont de maximiser l'impact sur les trois pandémies, de promouvoir les droits humains et l'égalité de genre et de mobiliser des ressources financières plus importantes.
[5] Organisation mondiale de la santé (OMS) 2007.
[6] Bureau de l'inspecteur général (BIG/OIG) 2019c.
[7] Cette feuille de route porte sur 5 axes : (1) Renforcer les capacités des pays en RSS / notamment lors du dialogue pays, (2) Avoir une démarche active d'intégration et d'approche holistique, (3) Renforcer la différenciation (par pays), sur la base d'évaluations approfondies et en suivant les priorités nationales, (4) Renforcer la collaboration avec Gavi et les autres partenaires impliqués sur le RSS et (5) Mettre en place un système d'évaluation plus adapté.

d'évaluation et d'audit indépendantes du Fonds mondial, tels que les rapports du Comité d'examen technique (TRP)[8], du Bureau de l'inspecteur général (OIG)[9], et du Comité technique de référence en évaluation (TERG)[10]. Bien que les efforts et progrès effectués y soient soulignés, ces rapports pointent les difficultés rencontrées, au niveau de sa conception, mais surtout de sa mise en œuvre et du suivi et évaluation, et soulignent que l'opérationnalisation de ce deuxième pilier s'avère particulièrement périlleuse.

L'institution semble consciente d'être très attendue sur ce volet de son intervention, l'équipe RSS du Secrétariat est en cours de renforcement. Peter Sands, l'actuel directeur du Fonds mondial clôturait son discours général d'introduction du conseil d'administration du Fonds mondial de mai 2019 par ces mots sur le sujet : « il va falloir faire autrement ».

Les besoins en matière de RSS sont particulièrement importants dans les pays d'Afrique de l'ouest et du centre (AOC)[11], zone marquée par de fortes difficultés sur le plan sécuritaire, institutionnel, financier et humain. Les ressources humaines en santé sont par exemple trois fois inferieures en nombre à celles observées dans le reste de l'Afrique. Le Fonds mondial se présente comme étant le premier bailleur de fonds multilatéral de la santé dans la région. Il estime avoir investi 1,1 milliard de dollars en AOC pour le renforcement des systèmes de santé entre 2014 et 2018, sur un montant total de 5,3 milliards à l'échelle mondiale[12]. Ce montant regroupe les montants des subventions entièrement dédiées au RSS et les activités de RSS inclues dans des subventions VIH, TB ou paludisme. À la demande du Directeur exécutif, le Bureau de l'Inspecteur général (OIG) a mené une étude afin d'analyser les freins à la mise en œuvre des programmes du Fonds mondial dans la région.

En complémentarité des études réalisées par le Fonds mondial, cette recherche a cherché à analyser l'appui du Fonds mondial en matière de renforcement des systèmes de santé, en Afrique de l'Ouest et du Centre, depuis 2014, date de mise en place du nouveau modèle de financement du Fonds mondial.

Elle permettra de répondre aux questions suivantes :

- Comment caractériser l'approche du Fonds mondial en matière de renforcement des systèmes de santé ? Il s'agira d'évoquer les fondements, les hypothèses, et les particularités de cette approche, en s'attachant notamment à évaluer sa cohérence avec les recommandations internationales de l'OMS et de l'UHC2030 en la matière.
- De quelle façon cette approche se décline-t-elle concrètement sur le terrain ? Il s'agira notamment de présenter le contenu des interventions financées par le Fonds mondial dans la zone, le système de suivi de ces interventions, leurs modalités opérationnelles (types de bénéficiaires principaux et sous bénéficiaires, dispositifs de mise en œuvre, liens avec les autres partenaires internationaux, procédures, etc.) et leurs limites.

Cette étude a été initiée par le *think tank* Santé mondiale 2030 qui souhaite alimenter la réflexion sur l'évolution du Fonds mondial. Elle est effectuée dans le cadre d'un partenariat avec l'Agence française de développement (AFD), tout en restant indépendante.

L'étude a servi de fondement aux recommandations portées par le *think tank* « Penser l'implication du Fonds mondial en matière de renforcement des systèmes de santé : Retour aux fondamentaux »[13].

---

[8] Comité technique d'examen des propositions (TRP) 2018.
[9] Bureau de l'inspecteur général (BIG/OIG) 2019c.
[10] Comité technique de référence en évaluation (TERG) 2019.
[11] À l'instar du rapport de l'OIG (2019), nous considérons ici 23 pays faisant partie de cette zone (en excluant le Nigéria) : Bénin, Burkina Faso, Cameroun, Cap-Vert, Congo, RDC, Côte d'Ivoire, Gabon, Gambie, Ghana, Guinée, Guinée-Bissau, Guinée équatoriale, Liberia, Mali, Mauritanie, Niger, République centrafricaine, Sao Tome-et-Principe, Sénégal, Sierra Leone, Tchad, Togo. Cf. Bureau de l'inspecteur général (BIG/OIG) 2019a.
[12] Ibid.
[13] http://santemondiale2030.fr/wp-content/uploads/2020/11/Retour-aux-Fondamentaux.pdf

2. Contexte : le renforcement des systèmes de santé (RSS) au sein des initiatives de santé mondiale (revue de la littérature)

2.1. Essor du RSS dans le monde de la santé mondiale

Du milieu des années 1990 au milieu des années 2000, de nombreuses organisations impliquées dans la santé mondiale se sont concentrées sur des projets ciblés sur des maladies et des affections spécifiques plutôt que sur le développement de systèmes de santé, notamment en réponse à la mise en place des objectifs du Millénaire pour le développement (OMD). Trois des plus grands programmes verticaux de l'histoire de la santé mondiale ont été créés au cours de cette période (les *Global Health Initiatives*, GHI) : l'Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination (GAVI, créée en 2000), le Fonds mondial (créé en 2002) et le Plan d'urgence du président américain pour la lutte contre le sida (PEPFAR, créé en 2003), sans précédents en termes d'ampleur, de modes de fonctionnement, et de financements.
Les approches verticales ont longtemps été privilégiées par les grandes organisations et institutions de santé mondiale, parce qu'elles disposent d'une gestion centralisée et de moyens distincts (personnel, véhicules, fonds), ont des objectifs spécifiques sur le court ou le moyen terme, généralement quantitatifs et se rapportant à une seule affection ou à un petit groupe de problèmes de santé ; ce qui permet un contrôle technique et financier central fort, une capacité à répondre à des circonstances changeantes et à l'identification de nouvelles stratégies, et l'appel à des donateurs extérieurs[14].

Toutefois, il a été démontré que ces approches verticales ont pu avoir des effets négatifs sur les systèmes de santé nationaux, en contribuant à leur fragmentation, en faussant les priorités nationales en matière de santé, et en imposant un fardeau excessif en matière de rapports et de coordination aux gouvernements des pays à faible et moyen revenus[15]. En réponse, l'attention mondiale s'est portée sur le renforcement des systèmes de santé (RSS) dès la fin des années 2000[16].

En 2000, le *World Health Report* a d'abord proposé un cadre dans lequel le renforcement est considéré comme étant orienté vers la capacité de l'ensemble du système à collecter, mettre en commun et dépenser les fonds nécessaires pour devenir durable et équitable, fournir des soins efficaces, appropriés et équitables, générer les ressources nécessaires (telles qu'une main-d'œuvre formée) pour y parvenir, et assurer l'intendance nécessaire pour garantir sa gouvernance efficace[17]. Par la suite, l'OMS a mis en place en 2007 un cadre visant à créer une compréhension commune du RSS dans lequel elle considère le système de santé comme un ensemble d'organisations et d'acteurs dont l'objectif principal est de promouvoir, de rétablir et de maintenir la santé. Ce cadre comporte six éléments/dimensions de base : la prestation de services, un personnel de santé performant, un bon système d'information sanitaire, l'accès aux produits et technologies médicaux, le financement, et le leadership et la gouvernance pour assurer et contrôler les performances[18]. Les acteurs de la santé mondiale, dont le PEPFAR, la GAVI et le Fonds mondial, ont adopté cette définition[19]. Ces deux premières approches ont ensuite été approfondies par la publication du rapport « *Systems Thinking for Health Systems Strengthening* » par l'OMS en 2009, qui s'est penché sur la compréhension des liens entre les « block » (les 6 éléments de base) au sein des systèmes de santé, et sur le fait que les interventions doivent prendre en compte *« la nature des relations entre les blocs, les espaces entre les blocs (et la compréhension de ce qui s'y passe), les synergies qui émergent des interactions entre les blocs »* car chaque bloc n'est jamais indépendant des autres. Ce rapport se place en faveur d'une approche intégrée et systémique qui permettrait de mieux comprendre et d'atténuer l'impact de chaque intervention sur l'ensemble du système de santé, et véhicule l'idée que toutes les interventions

[14] Cairncross, Periès, and Cutts 1997.
[15] Hafner and Shiffman 2013.
[16] Tsai, Lee, and Fan 2016.
[17] Organisation mondiale de la santé (OMS) 2000.
[18] Organisation mondiale de la santé (OMS) 2007.
[19] Organisation mondiale de la santé (OMS) 2008.

complexes peuvent avoir des effets profonds sur l'ensemble du système, en particulier sur les plus faibles[20].

Progressivement, les objectifs de santé mondiale autour du RSS ont pris une plus grande place dans les agendas mondiaux avec, notamment, l'objectif n°3 des Objectifs de développement durable (ODD) uniquement dédié à la santé en 2015 et mentionnant spécifiquement l'importance des systèmes de santé[21], mais aussi l'adoption du RSS comme un des quatre objectifs stratégiques de GAVI en 2005 et à nouveau en 2011[22], ou encore comme principe directeur fondamental par le Fonds Mondial dans sa stratégie pour 2017-2022[23]. L'attention portée au renforcement des systèmes de santé a pris encore plus d'ampleur lorsque le RSS a commencé à être considéré comme essentiel pour atteindre une couverture sanitaire universelle et accélérer la fin des épidémies. Marie-Paule Kieny et ses collègues ont insisté dans un article de 2019 sur le fait que la réalisation de la couverture sanitaire universelle est un objectif majeur pour tous les pays (afin d'obtenir des résultats sanitaires équitables et durables et d'améliorer le bien-être des individus et des communautés), et que le renforcement des systèmes de santé est un moyen essentiel pour y parvenir[24].

2.2. Passer du concept théorique à son opérationnalisation

Si le cadre développé par l'OMS a permis de fournir des outils de réflexion et des éléments de compréhension commune autour des éléments constitutifs des systèmes de santé, le RSS reste aujourd'hui largement considéré comme un processus flou, multidimensionnel et continu, ce qui cause une grande **diversité dans les approches** adoptées par les différents acteurs de la santé mondiale. De nombreuses questions ont été soulevées concernant les définitions et les cadres théoriques du RSS. D'un point de vue conceptuel, à la fin des années 2000, certains ont déploré le fait que le renforcement des systèmes de santé était en passe de devenir le nouveau « *buzzword* » dans le monde de la santé mondiale, c'est-à-dire un concept « conteneur », utilisé pour étiqueter des interventions très différentes[25]. De nombreuses initiatives et agences de santé mondiale déclarent que leurs activités relèvent du RSS, alors que la plupart des actions labellisées « RSS » sont en réalité des interventions sélectives, spécifiques à une maladie, et leurs effets peuvent saper les progrès vers l'objectif à long terme, soit un système de santé efficace, de haute qualité et inclusif[26]. Certains appellent à mieux définir l'objectif exact des stratégies sur le RSS et de trouver le bon équilibre entre le rôle d'un système de santé dans la prévention des maladies et le traitement[27]. De manière plus spécifique, malgré la création d'un langage commun avec les « *building blocks* » de l'OMS, il existe une absence de vision commune du RSS entre les acteurs du Fonds mondial et de la coopération française, c'est-à-dire l'Agence française de développement (AFD) et Expertise France (EF), nuisant à renforcer leur collaboration[28].

Dans la même perspective, certains soulignent qu'une distinction conceptuelle importante doit être faite entre **le soutien aux systèmes de santé et le renforcement des systèmes de santé**. Le soutien aux systèmes de santé peut inclure toute activité qui améliore les services (par exemple, de la distribution de moustiquaires à l'achat de médicaments), et contribue à améliorer les résultats principalement en augmentant les intrants, alors que le renforcement des systèmes de santé est réalisé par des changements plus complets des facteurs de performance, tels que les politiques et les réglementations, les structures organisationnelles et les relations dans l'ensemble du système de santé afin de motiver des changements de comportement et/ou de permettre une utilisation plus efficace des ressources pour améliorer de multiples services de santé. Cette distinction est particulièrement

[20] Organisation mondiale de la santé (OMS) 2009.
[21] Objectif 3 : Permettre à tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être de tous à tout âge. *Objectifs de Développement Durable*. https://www.un.org/sustainabledevelopment/fr/health/
[22] GAVI 2010.
[23] Fonds mondial 2016b.
[24] Kieny et al. n.d.
[25] Marchal, Cavalli, and Kegels 2009.
[26] Ibid.; Tsai, Lee, and Fan 2016.
[27] Marchal, Cavalli, and Kegels 2009.
[28] Russo 2019.

importante dans la mesure où, si les activités de soutien ne sont pas distinguées des activités de RSS ou qu'elles sont qualifiées à tort de RSS, et ne parviennent pas à améliorer les performances d'un système de santé, cela peut conduire à des attentes non satisfaites en matière de renforcement des systèmes de santé et, en conséquence, à une discréditation de la valeur des investissements dans le RSS[29].

Les questions autour de **la mesure de l'impact** des projets de RSS font également débat et très peu de matériel a été produit et assimilé par les acteurs de l'aide au développement pour la santé mondiale en termes d'objectifs, d'indicateurs, de rôles ou de priorités dans le domaine du RSS. Malgré les demandes d'évaluations rigoureuses des efforts de renforcement des systèmes de santé, très peu d'évaluations utilisent une approche globale et holistique pour évaluer l'impact des interventions ayant des effets sur l'ensemble du système[30]. Parmi les obstacles possibles à des évaluations plus complètes, un manque de financement et des capacités limitées, des délais inadéquats, et un manque de demande de la part des chercheurs et des bailleurs de fonds de la recherche. Il pourrait exister plusieurs ressources inexploitées qui pourraient contribuer à des évaluations plus complètes, notamment les concepts, les outils et les approches de la pensée systémique ; et les perspectives et les approches utilisées dans les disciplines telles que les sciences sociales et l'analyse des politiques de santé[31]. Cependant, dans la logique des programmes verticaux, les donateurs qui financent les Initiatives de santé mondiale (GHI) sont attachés à des résultats « quantifiables » dans le cadre de leur exigence de redevabilité auprès de leurs donateurs ; par exemple, le principal indicateur du Fonds utilisé pour la communication reste le nombre de vies sauvées[32]. Le danger de l'utilisation de telles mesures est qu'elles pourraient compromettre l'investissement dans des interventions essentielles de RSS qui ne se traduisent pas facilement en nombre de vies sauvées[33]. Cette observation met en lumière le besoin de développer, au moins en complément de ces mesures strictement quantitatives, des feuilles de route stratégiques et un ensemble d'indicateurs permettant d'évaluer le réel impact que peuvent avoir les acteurs de la santé mondiale sur les systèmes de santé.

Enfin, l'amélioration du fonctionnement des systèmes de santé exige **un changement et une simplification de l'architecture de l'aide mondiale dans le cadre du RSS**. En premier lieu, l'absence de collaboration et d'harmonisation entre les différents partenaires techniques et financiers constitue un obstacle majeur, que ce soit au niveau de la compréhension conceptuelle et opérationnelle de ce qui constitue le RSS, des critères communs d'une dépense qualifiée de « RSS », de système commun de classification ou encore d'harmonisation des données programmatiques et financières du RSS[34]. Ensuite, différents éléments sont identifiés comme nécessaires à un meilleur agencement des parties prenantes, notamment la coordination des agences internationales sous la houlette d'un leader identifié ; la nécessaire capacité des pays bénéficiaires à définir une stratégie nationale cohérente et à coordonner les financements domestiques et internationaux ; le besoin de développer des activités intégrées entre celles spécifiques aux maladies et celles d'autres services de santé ou encore la nécessité de ne pas recourir à des objectifs trop étroits qui peuvent fausser les comportements[35].

2.3. Bref historique du RSS au sein du FM

A l'origine, le Fonds mondial a été créé dans un contexte d'urgence, avec pour objectif d'obtenir des résultats rapides, efficaces afin de contenir les épidémies. Pour autant, le Fonds mondial

[29] Chee et al. 2013.
[30] Adam et al. 2012.
[31] Ibid.
[32] Fonds mondial 2019a.
[33] McCoy et al. 2013.
[34] Shakarishvili et al. 2011.
[35] Balabanova et al. 2010.

a toujours intégré, de près ou de loin, l'enjeu du RSS dans ses cadres stratégiques et directives opérationnelles.

✓ **2002-2014 : le RSS, un enjeu non stratégique pour le Fonds mondial**

Au cours de ses premières années d'existence, le Fonds mondial était exclusivement tourné vers l'urgence posée par les trois maladies. Si dans le document-cadre (2001), il était spécifié que les programmes axés sur les trois maladies devaient en même temps « contribuer au renforcement des systèmes de santé », cette mention était secondaire. À l'époque où les médicaments génériques contre le VIH n'étaient pas encore disponibles, les débats tournaient surtout autour de la capacité que le Fonds mondial aurait à financer les traitements ou non, loin des enjeux des systèmes de santé.

Entre 2002 et 2007, si les demandes de financements étaient surtout tournées vers l'urgence et l'approvisionnement aux produits de de santé, il était pour autant possible pour les candidats de solliciter des financements RSS, soit par le biais d'une composante « transversale » ou « intégrée » au sein des subventions contre les trois maladies (*Round 1-4 puis Round 6-7*) ; soit via une demande distincte « RSS » (*Round 5*), dont a bénéficié par exemple le Rwanda[36] (Figure 1). Pour certains, l'enjeu du RSS est devenu de plus en plus visible à partir de 2007, date à partir de laquelle le Fonds mondial a commencé à accorder plus d'importance au financement de programmes de santé complets et à explorer les possibilités offertes par des financements « diagonaux » (visant des résultats spécifiques à une maladie grâce à l'amélioration des systèmes de santé)[37]. En 2006, Julio Frenk avait déjà décrit le développement du concept d'une approche dite « diagonale » comme une tentative de concilier les programmes verticaux et horizontaux par le biais du RSS : *« une stratégie dans laquelle nous utilisons des priorités d'intervention explicites pour apporter les améliorations requises au système de santé, en traitant des questions génériques telles que le développement des ressources humaines, le financement, la planification des installations, l'approvisionnement en médicaments, la prescription rationnelle et l'assurance qualité »*[38].

En 2009, le Fonds mondial, en coopération avec l'Alliance GAVI, la Banque mondiale et l'OMS, a créé la plateforme de financement des systèmes de santé, dont l'objectif était de « *coordonner, mobiliser, simplifier et canaliser le flux des ressources internationales nouvelles et existantes afin de soutenir les stratégies nationales pour la santé* » et de mieux harmoniser l'aide au RSS entre les trois organisations internationales. Pour autant, cette plateforme n'a jamais réellement fonctionné, et suite à la suspension de la participation du FM en 2011, la plateforme a été dissoute[39].

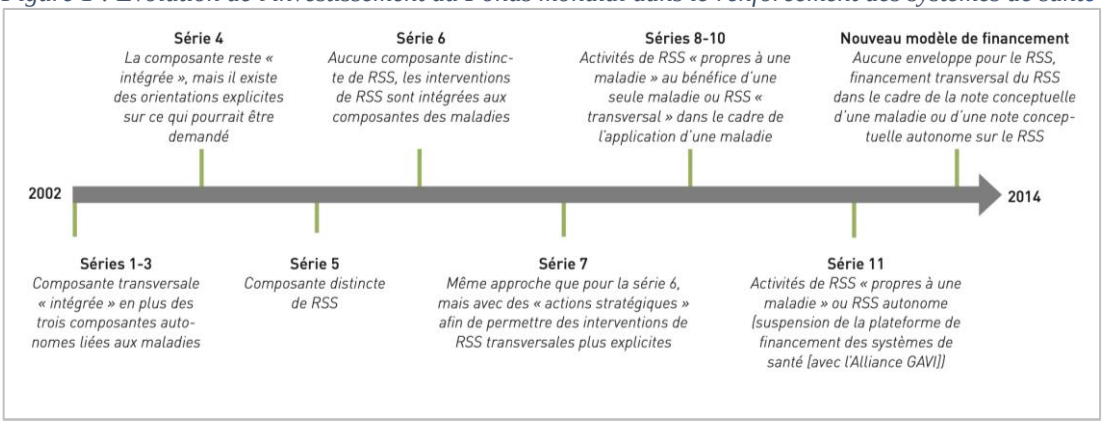
Dans sa stratégie 2012-2016, le RSS est devenu une « action stratégique » (1.3. « *Maximiser l'impact des investissements du Fonds mondial dans le renforcement des systèmes de santé* »[40]) au sein de l'objectif stratégique n°1 (« Investir de manière plus stratégique »). Il était également clairement stipulé que les investissements dans les systèmes de santé étaient avant tout considérés comme un outil pour atteindre l'objectif principal du Fonds mondial, à savoir l'accélération de la fin des trois maladies : *« Le Fonds mondial considère le renforcement des systèmes de santé comme un moyen de parvenir à une fin, et non comme un objectif en soi »*[41].

Ainsi, durant cette première décennie d'existence du Fonds mondial, la composante « RSS » ou « transversale » était présente, bien que peu définie et fluctuante au fil des années dans ses modalités. Cet aspect n'était pas considéré comme un élément stratégique central, et ses financements restaient marginaux et dispersés, s'apparentant davantage à des « listes de courses »[42].

---

[36] Organisation mondiale de la santé (OMS) and Fonds mondial 2007.
[37] Ooms et al. 2008.
[38] Frenk 2006.
[39] Organisation mondiale de la santé (OMS) 2014.
[40] Dans la stratégie 2012-2016, il est noté que le RSS "*est nécessaire pour garantir l'impact des investissements de base dans la lutte contre le VIH/sida, la tuberculose et le paludisme*" et que le financement de la lutte contre la maladie contribuait également au renforcement des systèmes de santé, avec la nécessité d'investir davantage dans les besoins essentiels du RSS pour "*le bon fonctionnement et la viabilité à long terme du système de santé (tels que la gouvernance, le financement de la santé, la gestion des produits pharmaceutiques et sanitaires)*" et l'amélioration de l'alignement et de l'harmonisation du financement.
[41] Fonds mondial 2011.
[42] Fonds mondial 2005; Russo 2019.

Figure 1 : Évolution de l'investissement du Fonds mondial dans le renforcement des systèmes de santé[43]



✓ **A partir de 2014 : une formalisation progressive**

À partir de la réforme du Fonds mondial et de l'adoption de son nouveau modèle de financement (NFM) en 2014, le RSS va prendre une place stratégique croissante au sein du Fonds mondial. Plusieurs raisons l'y ont conduit. Tout d'abord, il s'est adapté au contexte international de l'époque, se caractérisant par des critiques grandissantes à l'égard des approches verticales et par l'adoption des Objectifs de développement durable en 2015, qui se voulaient davantage transversaux que les Objectifs millénaires du développement (2000-2015). En deuxième lieu, le ralentissement des progrès dans la lutte contre les trois pandémies a joué un rôle important[44], notamment en raison des faiblesses des systèmes de santé dans certains pays qui représentaient de véritables goulots d'étranglement, avec un impact négatif sur la performance des subventions. Cette préoccupation grandissante avait lieu dans un contexte de passage à échelle de l'accès aux traitements et intrants, entrainant des besoins de plus en plus importants sur les différents éléments constitutifs des systèmes de santé (ressources humaines, chaines d'approvisionnement, etc.). Aussi, la survenue de l'épidémie à virus Ebola en Afrique de l'Ouest en 2014, révélant au grand jour les fragilités des systèmes de santé et leurs faibles capacités de résilience face à des chocs sanitaires, et mettant en péril l'ensemble des efforts faits pour lutter contre les trois pandémies, a également contribué à cette évolution.

Au final, le Fonds mondial a progressivement introduit et formalisé la composante RSS au sein de son dispositif stratégique et opérationnel. En 2015, il a défini sept approches principales pour aider les pays à mettre en place des « Systèmes de santé résilients et pérennes » (SRPS), suivant sa propre terminologie[45]. En 2016, il a affirmé sa spécificité, en s'écartant partiellement du cadre posé

[43] Source : Organisation mondiale de la santé (OMS) 2014, 16.
[44] Russo 2019; Fonds mondial 2019b.
45 « (1) soutenir les stratégies sanitaires nationales et les plans stratégiques nationaux de lutte contre le VIH, la tuberculose et le paludisme ; (2) se concentrer sur une personne, et non sur une maladie : soutenir la prestation de services intégrés ; (3) soutenir les aspects spécifiques d'un système de santé résilient qui sont au cœur de la mission et des compétences de base du Fonds mondial, tels que la gestion des achats et de la chaîne

par l'OMS centré sur le renforcement des capacités étatiques, en accordant une attention particulière aux communautés en tant qu'acteurs clés pour soutenir les interventions de RSS[46].

En 2016, il a formalisé sa future stratégie 2017-2022 et a inscrit la « *mise en place de systèmes résistants et durables pour la santé* » comme l'un de ses quatre objectifs stratégiques[47], afin de permettre à terme l'amélioration des résultats dans la lutte contre les trois maladies et plus généralement dans le domaine de la santé, tout en renforçant la protection et l'équité financière, contribuant ainsi à l'objectif de couverture sanitaire universelle (CSU) et également à une meilleure détection et riposte contre les crises sanitaires éventuelles (Fonds mondial 2016). Pour cela, la Stratégie 2017-2022 définit sept objectifs opérationnels autour des projets qui doivent contribuer à l'accomplissement de leur objectif stratégique n°2[48]. Cette approche a affirmé être désormais centrée sur le patient et non plus sur les maladies, et favoriser l'intégration des services. Aussi, les principes d'appropriation nationale et de partenariat ont été réaffirmés, dans la mesure où ces investissements se feront *« autant que possible sur la base de stratégies nationales de santé solides et de plans de lutte contre les maladies robustes, en étroite collaboration avec les partenaires afin de garantir l'intégration et l'harmonisation des approches* »[49].

Le Fonds mondial a également mis en place une approche visant à définir l'évolution du développement des systèmes de santé en quatre étapes par le biais du « modèle des 4S » : Démarrage, Soutien, Renforcement et Durabilité (*Start-Up, Support, Strengthening, Sustainability*) (voir annexes 1 et 2), afin notamment de marquer la distinction entre soutien et renforcement.

- ✓ **Limites actuelles de l'opérationnalisation de l'objectif stratégique SRPS au Fonds mondial**

Les subventions SRPS, qu'elles soient autonomes ou intégrées aux subventions maladies, enregistrent des taux d'absorption relativement faibles, avec respectivement 56% et 67%, contre 75 % pour les interventions exclusivement axées sur les maladies[50]. Ce constat révèle des difficultés spécifiques dans la mise en œuvre des activités SRPS[51]. Ainsi, depuis la formalisation de cet objectif RSS, plusieurs rapports et évaluations internes au Fonds mondial ont pointé de manière complémentaire les défis et limites actuelles de la mise en œuvre des investissements RSS dans les

---

d'approvisionnement, l'assurance qualité des programmes par une gestion solide des données et des ressources humaines, et la gestion financière et des risques ; (4) capter et catalyser l'innovation dans tous les secteurs pour obtenir un impact plus important et un meilleur rapport qualité-prix ; (5) promouvoir et renforcer les réponses communautaires et impliquer les communautés dans la prise de décision nationale ; (6) aider les pays à accroître le financement national et à tirer parti du financement international pour la santé ; et (7) adapter les investissements au stade de développement unique d'un pays, à son système de santé spécifique et à la constellation unique de partenaires dans chaque nation. », Fonds mondial 2015.

46 « L'engagement du Fonds mondial en faveur du RSSH représente un important changement de paradigme dans la réflexion sur la prestation des services de santé. Les systèmes de santé, à la différence des systèmes de santé, ne s'arrêtent pas à un établissement clinique mais s'étendent au plus profond des communautés et peuvent atteindre ceux qui ne se rendent pas toujours dans les cliniques, en particulier les plus vulnérables et les plus marginalisés. Les systèmes de santé sont axés sur les personnes, et non sur les problèmes et les maladies. Cette nouvelle façon de penser reflète le passage des objectifs du Millénaire pour le développement aux objectifs de développement durable (ODD) et l'importance croissante de la couverture maladie universelle (CSU) en tant qu'objectif des politiques de santé », Fonds mondial 2016a.

47 Fonds mondial 2016b.

48 (1) Renforcer les réponses et les systèmes communautaires, (2) Soutenir la santé génésique, la santé des femmes, des enfants et des adolescents, et les plateformes de prestation de services intégrés, (3) Renforcer les systèmes d'achat et de chaîne d'approvisionnement au niveau mondial et national, (4) Tirer parti des investissements essentiels dans les ressources humaines pour la santé, (5) Renforcer les systèmes de données pour la santé et les capacités d'analyse et d'utilisation des pays, (6) Renforcer les stratégies nationales de santé et les plans stratégiques nationaux spécifiques aux maladies et s'y aligner, et (7) Renforcer la gestion et le contrôle financiers, Ibid.

49 Ibid.

50 Bureau de l'inspecteur général (BIG/OIG) 2019c, 6.

51 Bureau de l'inspecteur général (BIG/OIG) 2019c.

pays. Il s'agit notamment du rapport du Groupe d'examen technique (TRP) faisant une analyse des enseignements tirés des financements RSS du cycle de subventions 2017-2019[52], de la revue thématique du Groupe de référence pour l'évaluation technique (TERG)[53] et du rapport d'audit du Bureau de l'inspecteur général (OIG)[54]. Voici une brève synthèse des problèmes observés dans ces trois rapports (Encadré 1).

Encadré 1 : Synthèse des problèmes identifiés par le TRP, le TERG et l'OIG relatifs au RSS (ou SRPS) au Fonds mondial

✓ **Conception/compréhension de la stratégie RSS**

- Avec une définition large et peu claire du RSS, il existe une absence de consensus sur son champ d'application et sa portée entre les différentes parties prenantes, à savoir si les investissements RSS sont destinés à soutenir l'amélioration des subventions maladies ou bien à renforcer les systèmes de santé pour eux-mêmes ; ou encore sur la définition même des activités RSS. Ce manque de clarté génère des « tensions opérationnelles » (TERG, OIG).
- Certains piliers – tels que les réponses et systèmes communautaires ou la prestation de services intégrés – souffrent d'un manque de conceptualisation et de définition (TERG)

✓ **Mise en œuvre des activités RSS**

- Les investissements RSSH sont largement axés sur la maladie, à court terme et n'améliorent pas de manière significative la résilience des systèmes de santé et/ou ne conduisent pas à la durabilité. Il est nécessaire d'effectuer une **différenciation** accrue des investissements RSSH tout au long du continuum de développement, avec la nécessité de passer davantage du soutien au renforcement et à la durabilité des systèmes de santé (TRP, TERG)
- Afin d'éviter que les demandes de subventions RSS s'apparentent à une « shoping list », il est nécessaire de mieux **hiérarchiser les investissements RSSH entre les différents piliers**, sur la base d'analyses plus solides au niveau des pays dégageant les principaux goulots d'étranglement (TRP).
- Il existe encore une tendance à la verticalité centrée sur une maladie, avec de nombreuses opportunités manquées. Il apparait nécessaire de mieux **intégrer** les activités, à la fois entre les trois maladies, mais également au-delà, avec notamment la santé sexuelle, reproductive, maternelle, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent (SSRMNEA). Cette intégration peut être effectuée sur différents niveaux et via différentes portes d'entrées : la prestation de services, les ressources humaines de santé, le système d'information sanitaire, la gestion de la chaine d'approvisionnement, l'intégration des réponses communautaires aux systèmes de santé classiques, etc.
- On observe une inadéquation des **structures et processus du Fonds mondial** par rapport à la mise en œuvre des financements SRPS : durée du cycle des projets (trop courte pour le SRPS), une approche cloisonnée au sein du Secrétariat, le manque de compétences internes, la structuration du RSS dans les pays (conception, maitre-d 'œuvre, l'articulation avec les acteurs maladies, etc.) (OIG). Les processus de demande de financement et d'octroi de subventions peuvent entraver l'optimisation des investissements dans les RSSH (TERG).
- Les directives du FM en matière de RSSH sont peu utilisées par les **acteurs nationaux** (TERG)
- On observe peu d'intégration des partenaires clés comme les ministères des finances et/ou de la planification, les groupes communautaires (au-delà des défenseurs des maladies) et le secteur privé. Il est nécessaire d'engager davantage

[52] Comité technique d'examen des propositions (TRP) 2018.
[53] Comité technique de référence en évaluation (TERG) 2019.
[54] Bureau de l'inspecteur général (BIG/OIG) 2019c.

les **autorités et acteurs sanitaires nationaux** (et ce au-delà du Ministère de la Santé) pour favoriser à la fois la planification, l'appropriation nationale, la mise en œuvre et la pérennité des actions.

- Les **CCM** ont généralement des difficultés à s'engager efficacement dans des discussions plus larges avec d'autres structures de coordination dans le pays qui sont responsables des systèmes de santé et de la planification des investissements dans les RSSH (TERG).
- Les **partenaires techniques et financiers internationaux** engagés dans le RSS sont peu coordonnés, et ce à tous les niveaux (planification, financements, mise en œuvre, supervision, suivi & évaluation). Aussi, **l'assistance technique** (AT) pour les RSSH n'est pas bien comprise ni bien coordonnée entre les partenaires (TERG).

✓ **Suivi et évaluation**

- La faiblesse des **indicateurs RSSH** (pertinence, absence, difficulté à évaluer l'impact), ainsi que leur faible utilisation dans les **cadres de performance** des demandes de financement, ont un impact négatif sur le suivi des performances et la responsabilité des acteurs engagés. Il est nécessaire d'améliorer le cadre de performance (cadre modulaire, indicateurs) (TERG, TRP, OIG).

✓ **Les piliers spécifiques :**

- Le faible intérêt pour les enjeux essentiels du leadership, du renforcement de la **gouvernance et du financement** et de la gestion financière, pourtant essentiels dans la mise en œuvre des subventions ainsi que dans une perspective de transition et de durabilité.
- Des efforts sont conduits sur les piliers systèmes nationaux d'information sanitaire (SNIS) et gestion des achats et de l'approvisionnement (GAA), mais restent insuffisants, avec une tendance toujours importante à la création de systèmes cloisonnés et parallèles.
- Les dépenses pour les ressources humaines de santé (RHS) sont extrêmement « court-termistes » (essentiellement des salaires et rémunérations), n'abordent pas les enjeux de fond (pénurie, mauvaise répartition sur le territoire, qualité de la formation) et s'inscrivent rarement dans des plans nationaux dans une perspective de pérennisation (notamment pour les agents de santé communautaires).
- Il existe un manque de clarté et de compréhension sur les objectifs et la portée des **systèmes et réponses communautaires**. Le focus est surtout mis sur le déploiement d'agents de santé communautaires (ASC). Les activités communautaires sont faiblement intégrées aux systèmes publics, et ce à tous les niveaux (prestation de services, suivi et évaluation, distribution des intrants/médicaments, plans de ressources humaines de santé, etc.).

3. Méthodologie

3.1. Questions de recherche

L'étude a cherché à analyser l'appui du Fonds mondial en matière de renforcement des systèmes de santé (RSS), en Afrique de l'ouest et du centre (AOC), depuis 2014, date de mise en place du nouveau modèle de financement du Fonds mondial, en complémentarité avec les différents rapports produits en interne,

Nous avons identifié à l'origine trois axes de recherche principaux :

1. Les représentations du RSS du point de vue des acteurs de l'« écosystème » du Fonds mondial

- Comment la nouvelle stratégie du Fonds mondial sur le RSS a été perçue et appropriée par les acteurs de l'écosystème Fonds mondial (Secrétariat, pays bénéficiaires, organisations internationales)

2. Les dépenses RSS du Fonds mondial
   - Comment sont calculées les dépenses étiquetées « RSS » ?
   - D'un point de vue opérationnel, comment se décident les investissements alloués au RSS ?
   - Jusqu'où le Fonds mondial est-il « prêt » à faire du RSS ? Quelles sont les limites et pourquoi ?

3. Systèmes institutionnels de mise en œuvre du RSS
   - En complément du rapport du Bureau de l'Inspecteur général (2019) qui documente les contraintes opérationnelles et organisationnelles des investissements RSS du FM en Afrique de l'ouest et du centre, nous nous focaliserons sur l'analyse des obstacles et opportunités du RSS au niveau des pays bénéficiaires.

3.2. Trois niveaux d'analyse : du global au local

Cette recherche a porté sur trois niveaux d'analyse interreliés :

1) Au niveau international, les acteurs de la santé mondiale, regroupant les acteurs du Fonds mondial et d'autres organisations internationales multilatérales ainsi que des acteurs français de la santé mondiale (coopération bilatérale, société civile, autres) et des consultants internationaux.

2) Au niveau régional, les pays d'Afrique de l'Ouest et du Centre. Le choix de se focaliser sur cette région en particulier a été effectué pour diverses raisons. Il s'agit d'une zone marquée par des difficultés particulièrement importantes sur le plan sécuritaire, institutionnel, financier et humain et où les systèmes de santé sont particulièrement fragiles. Cela a permis également de cibler les pays prioritaires de l'aide publique au développement de la France ; et de circonscrire l'analyse sur une zone géographique précise afin de construire une grille cohérente de compréhension des enjeux locaux.

3) Au niveau national, des éclairages[55] de certains enjeux dans quatre pays :

- En Côte d'Ivoire (éclairage principal), sur l'élaboration de la note conceptuelle (NFM3), analyser le processus, la manière dont est intégré (ou pas) le volet RSS par rapport aux autres subventions, les acteurs qui participent et ceux qui prennent le « *lead* », la manière dont sont décidés les axes/activités à financer, la manière dont les autres partenaires techniques et financiers sont impliqués dans le processus, etc.
- Au Bénin, sur les conditions d'élaboration et de mise en œuvre d'une subvention séparée dédiée au RSS, (dite « *stand alone* ») c'est-à-dire où les modules et activités RSS ne sont pas intégrés dans les subventions maladies, comme c'est généralement le cas.
- Au Niger, sur le positionnement du Fonds mondial vis-à-vis du Fonds commun de santé (FCS) multi-bailleurs.
- En République centrafricaine (RCA), sur la lettre d'allocation de la note conceptuelle NFM3.

3.3. Méthodes de recherche

[55] Nous utilisons la terminologie "éclairage", puisque la durée de l'étude ne nous a pas permis d'effectuer de réelles études de cas à proprement parler, qui auraient nécessité davantage de temps

La présente étude a été initiée en février 2020 et a duré jusqu'en septembre 2020 (quatre mois en équivalent temps plein). Elle a été menée depuis la Côte d'Ivoire (terrain de résidence de la chercheuse) et pour la plupart, à distance, en raison des contraintes liées à l'épidémie de Covid-19.

Afin de privilégier le recueil de données fines et précises, cette recherche a utilisé une méthodologie qualitative, combinant trois outils d'enquêtes : une revue de la littérature, des entretiens semi-directifs, l'observation participante.

→ Revue de la littérature scientifique et de la littérature grise

Une revue de la littérature scientifique a été effectuée en amont, afin de situer le sujet au sein du champ académique.

Une revue de la littérature grise a été menée tout au long de l'étude, recueillant plusieurs types de documentation :

- **La documentation du Fonds mondial**, avec un focus important sur les rapports publics du bureau de l'inspecteur général (OIG), du comité technique de référence en évaluation (TERG) et du comité d'examen technique (TRP) etc.), et du Secrétariat (Stratégie, feuilles de route, notes d'orientations, etc.)[56] ; complétée par la documentation interne relative à la méthodologie pour calculer les dépenses SRPS[57].
- **La base de données du Fonds mondial** (https://data.theglobalfund.org/investments/home)
- **La documentation des pays,** incluant des notes conceptuelles, cadres de performance, lettre d'allocations, etc.

→ Enquête de terrain qualitative

Des **entretiens semi-directifs** (46 au total) (cf tableau) ont été menés, auprès d'acteurs aux profils diversifiés (organisations internationales multi et bilatérales, société civile, consultants, acteurs publics des pays bénéficiaires), avec environ les 2/3 auprès d'acteurs internationaux et 1/3 d'acteurs d'Afrique de l'ouest et du centre (essentiellement en Côte d'Ivoire).
Les entretiens ont été enregistrés (avec l'autorisation préalable de la personne enquêtée) ou bien collectés avec une prise de note systématique.

	International	Côte d'Ivoire	Autres pays	Total
Fonds mondial / CCM	10	1		11
Autres OI multilatérales	5	2	1	8
Acteurs français de la santé mondiale	10	2	1	13
Société civile	2	2		4
Amis du FM	1			1
Consultants	4	1		5
Acteurs publics nationaux		3	1	4
Total	32	11	3	46

*Entretiens réalisés dans le cadre de l'étude RSS et Fonds mondial, 2020

[56] Notamment : Comité technique d'examen des propositions (TRP) 2018; Comité technique de référence en évaluation (TERG) 2019; Bureau de l'inspecteur général (BIG/OIG) 2019c.
[57] Fonds mondial 2019c.

Des **observations participantes** ont été conduites lors du workshop « *Investir dans le système de santé : un levier majeur pour accroître l'impact des subventions en Afrique de l'Ouest* » co-organisé à Cotonou (Bénin) par Aidspan et l'*African Constituency Bureau* (5-7 février 2020) ; ainsi qu'au cours de six réunions sur l'élaboration de la note conceptuelle NFM3 en Côte d'Ivoire (Dialogue Pays, réunions de sous-comités RSS, réunions de coordination).

L'analyse des données a été effectuée via un logiciel d'analyse qualitative (©Nvivo). Les entretiens ont été anonymisés, avant d'être traités suivant un codage thématique.

Cette étude respecte les lois internationales en termes d'éthique de la recherche en santé et en sciences sociales, suivant les principes que sont (1) le non-conditionnement de la participation, (2) l'information, (3) l'obtention du consentement éclairé des participants et (4) la confidentialité des données.

3.4. Limites et précautions

D'une durée limitée de quatre mois, cette étude ne prétend pas saisir de manière exhaustive un sujet aussi technique et complexe que l'intégration du RSS au Fonds mondial, l'objectif premier étant d'apporter une vision extérieure, globale, qualitative et compréhensive.

Il existe une sur-représentation des acteurs français (acteurs de la coopération bilatérale française, mais également agents du Fonds mondial et d'autres organisations internationales, société civile et consultants de nationalité française) dans la liste des entretiens menés, ce qui représente un biais important dans les représentations décrites dans la présente étude.
Il existe une sous-représentation des acteurs des pays de mise en œuvre du Fonds mondial, en raison des contraintes de temps de la présente enquête.
Le contexte de l'épidémie de Covid-19 a empêché la conduite de missions à Genève et à Paris, et a réduit l'observation des réunions en Côte d'Ivoire lors de l'élaboration de la note conceptuelle, ce qui constitue également une limite.
Certains aspects n'ont pu être approfondis et mériteraient d'autres études complémentaires (cf « pistes de recherche »).

3.5. Remerciements

Je remercie toutes les personnes qui ont accepté et pris le temps de participer à cette étude, et ce malgré le contexte spécifique de l'épidémie de Covid-19.

En particulier

- Veronica Montes et Nelly Common pour l'organisation de l'étude au sein du Fonds mondial
- Perrine Bonvalet pour son appui au sein de l'AFD
- Stéphanie Tchiombiano, Héloïse Mahé et les membres du Think tank Santé mondiale 2030 pour leur accompagnement tout au long de l'étude

Partie 1. Intégrer et définir le RSS dans une organisation centrée sur des maladies

1. Intégrer le RSS au sein du Fonds mondial ou « faire entrer des carrés dans des cercles » ?

Le RSS a pris place dans une institution centrée sur les maladies, en tension avec les principes et modalités de mise en œuvre du RSS. Pour le Fonds Mondial, le RSS est un objet non naturel, et soumis à diverses contraintes, à la fois internes, en raison de son histoire, de ses objectifs, de son organisation, de sa culture et de ses compétences ; mais également externes, en lien avec ses financements relativement limités et l'environnement international de la santé mondiale.

1.1. « ADN » vertical et de financement basé sur les résultats (FBR) du Fonds mondial Vs RSS

L'une des particularités du Fonds mondial est d'être, depuis sa création, un partenariat public privé. L'évaluation permanente des résultats obtenus pour chaque dollar investi fait partie des moteurs et des particularités du Fonds mondial, qui a été l'un des premiers à adopter un modèle basé sur les résultats. Sa capacité à mobiliser des financements importants lors des conférences de reconstitution des fonds qui ont lieu tous les trois ans, repose sur sa capacité à prouver son efficacité sur un temps court, via des indicateurs d'impact éloquents et significatifs pour les pays donateurs, tels que le nombre de vies sauvées. Plusieurs interlocuteurs ont relevé la difficulté de mobilisation de financements pour le RSS, qui n'est pas perçu comme un sujet « vendeur » pour les donateurs en raison de la difficulté à prouver son impact sur un temps court

> « Les résultats RSS ne sont pas aussi tangibles que les résultats maladies et on ne peut pas toujours délivrer des résultats sur un cycle de trois ans. Ils demandent beaucoup plus d'années. C'est pour ça que le cycle de financement de trois ans pose problème. Tu investis dans une infrastructure pour trois ans et après, tu n'as pas d'argent parce qu'on ne sait pas comment la conférence de reconstitution va se passer, l'argent est perdu, comment on continue ». (Acteur Fonds mondial)

Le choix des donateurs est également conditionné par la capacité d'un discours à mobiliser des émotions et des valeurs, suivant une logique compassionnelle[58], ce que le discours sur le RSS peine encore à produire.

> « On n'a jamais fait appel à la générosité des donateurs en faisant pleurer sur les systèmes de santé. Le vaccin, le VIH, le palu, ça marche. Or le Fonds mondial est totalement tributaire des donateurs (et 85% des pays du Nord). C'est « *Raise it, fund it and prove it* ». Le « *Raise it* », pour trouver de l'argent, il faut le pitch ! et ça a marché…j'ai l'impression qu'on sera toujours coincés avec ça. » (Acteur français santé mondiale)

> « La condition *sine qua non* pour avoir de l'argent, surtout pour les américains, c'est de voir une différence vite. Tu leur parles RSS, c'est-à-dire un truc où même s'il y avait 500 ou 1000 milliards

[58] Fassin 2009.

> de dollars pour le RSS, le fait que ça prenne facile dix ans pour commencer à avoir une différence avec la mortalité et la morbidité…on les a perdus » (acteur société civile).

Cette dépendance à la générosité des donateurs, et ce de manière très rapprochée dans le temps (tous les trois ans), tend à conditionner le fonctionnement du Fonds mondial et de son Secrétariat, davantage porté sur le décaissement rapide de ses financements, la justification de son impact et la maitrise d'éventuels scandales de détournements de fonds, générant un focus très important sur le respect des procédures et la gestion des risques[59]. Ces contraintes du Fonds mondial tendent à se heurter aux principes de base du RSS, c'est-à-dire des principes fondés sur le « *leadership* » pays et l'adaptation des objectifs et des procédures en fonction des contextes nationaux.

Plusieurs interlocuteurs ont évoqué le terme de « culture » - anglo-saxonne ou professionnelle - des agents du Fonds mondial pour souligner la difficulté d'intégration de la thématique du RSS, nécessitant des approches plus transversales et des compétences en santé publique ou en santé reproductive et sexuelle, par exemple. Selon certains interlocuteurs, la « culture anglo-saxonne » se définit par son fonctionnement fondé sur le « *value for money* » ainsi que par une vision de la santé centrée sur la maladie, par opposition à une vision plus européenne, fondée sur l'accès pour tous aux services de santé de base, et qui s'oppose au final aux conditions de mise en œuvre du RSS.

> « Donc il faut comprendre que le Fonds mondial est une structure qui a un fonctionnement très anglo-saxon. On mène une action, on mesure un résultat et on a un impact. C'est pour ça que les chiffres du Fonds mondial avec le nombre de vies sauvées, ça permet de dire que le Fonds mondial mène des actions nécessaires. Mais la façon dont on les mesure est très orientée sur le fait de vouloir quantifier des résultats et les vendre sous forme de chiffres. Ça, ce n'est pas valable pour les droits humains, c'est peu valable pour le RSS » (Acteur société Civile)

En termes de culture professionnelle, a été mentionné le fait que les agents du Fonds mondial ont généralement une approche technique, étant spécialistes de fonctions précises (risques financiers, suivi & évaluation, etc.) ou de maladies spécifiques, ayant tendance à réfléchir de manière cloisonnée. Cette culture professionnelle de l'écosystème de la santé mondiale, où les professionnels font carrière autour d'une maladie spécifique n'est pas le seul fait du Fonds mondial[60]. Cette « culture maladie » est également à replacer dans l'histoire du Fonds mondial. Elle est directement issue du contexte d'urgence dans lequel a été créé le Fonds, et de la peur suscitée par les trois pandémies à l'époque.

> « À l'origine, le Fonds mondial a été créé sur une riposte urgente au début des années 2000, les prévisions des trois pandémies se comptaient en millions de morts par an. Il faut se souvenir d'avoir des années où il y avait 3-4 millions de personnes qui mouraient du sida…c'était un truc très très fort. La FM a eu une culture de lutte contre la maladie pendant très longtemps » (acteur français de la santé mondiale)

[59] Tchiombiano, Nay, and Eboko 2018.
[60] Storeng 2014.

Encadré 2 Caractéristiques croisées entre l'approche du Fonds mondial et du RSS

Objectifs	Urgence, maladies	Actions pérennes et systémiques
Principes clés	Efficacité, redevabilité Absorption des financements	Adaptation aux pays, simplicité des procédures Intégration et appropriation
Organisation interne	Mandat 3 maladies Organisation cloisonnée, fonctions process ++ Culture professionnelle verticale (maladies, techniques)	Approches systémiques et transversales Compétences santé publique, santé de la mère et de l'enfant, etc.
Positionnement pays	Absence de bureau pays	Besoin d'une collaboration continue avec pays et autres OI
Financements	~5 milliards $ (USD)/an (disponible prochain cycle triennal)	~100 milliards $ (USD)/an (besoins estimés dans 67 pays à revenus faible et intermédiaire)
Temporalité	Courte (3ans)	Longue (au moins 6-10ans)

1.2. La contrainte majeure des ressources limitées

Si le Fonds mondial détient de fortes capacités de mobilisation des fonds – en témoigne le succès de la Conférence de reconstitution des fonds à Lyon (2019) et ses 14 milliards de dollars (USD) mobilisés – la plupart des interlocuteurs relèvent que ses capacités financières ne sont pas suffisantes : 1) pour répondre aux besoins croissants de la lutte contre les trois pandémies, qui est encore loin d'être achevée, notamment en matière d'accès universel aux traitements antirétroviraux (environ 1/3 des PvVIH n'ont pas encore accès aux ARV dans le monde), de contrôle de la recrudescence de nouveaux cas de paludisme ou de réponse à la tuberculose multi-résistante. 2) *a fortieri*, pour répondre aux besoins colossaux des systèmes de santé des pays à revenus faibles ou intermédiaires. Bien que les estimations ne soient pas effectuées sur des bases strictement comparables[61], la contribution du Fonds mondial s'élèvera à environ 4,7 milliards de dollars (USD) par an pour le cycle prochain, avec environ 1,3 milliards de dollars par an alloué au RSS en moyenne, tandis que les besoins actuels pour renforcer les systèmes de santé dans 67 pays à revenus faibles et intermédiaires sont estimés à environ 100 milliards de dollars (USD) par an (Encadré 3).

[61] 67 pays à revenus intermédiaires ou faibles pour l'étude sur l'atteinte des ODD de santé Stenberg et al. 2017, et les 70 pays couverts par le Fonds mondial pour son évaluation Fonds mondial 2019a.

Encadré 3 Estimations des besoins liés à l'atteinte des ODD (santé) et ceux liés aux trois pandémies

✓ **Besoins liés aux cibles sanitaires des ODD d'ici 2030 dans 67 pays**

Pour atteindre les cibles des objectifs de développement durable (ODD) relatives à la santé dans 67 pays à revenus faibles ou intermédiaires d'ici 2030, une étude a estimé les coûts nécessaires à un investissement augmentant avec le temps de 134 milliards de dollars par an au début, et de 371 milliards de dollars par an à la fin – dont 75% qui devraient être investis dans les systèmes de santé avec les ressources humaines et les infrastructures comme principales dépenses[62]. Ainsi, les investissements nécessaires dans les systèmes de santé représenteraient **environ 100 milliards de dollars par an.**

La plupart des ressources seront nécessaires pour soutenir les services de soins primaires (57%).

✓ **Besoins liés aux trois pandémies (VIH, tuberculose et paludisme)**

Le FM a évalué à 101 milliards de $ (USD) les financements nécessaires sur la période 2021-2023, afin de s'inscrire dans la trajectoire de 2030 et atteindre l'objectif de vaincre les trois pandémies d'ici cette échéance (soit 33,6 milliards $ par an). La contribution du Fonds mondial s'élève à 14 milliards de dollars (**soit 4,7 milliards par an**), qu'il considère comme le « minimum requis » pour atteindre les objectifs stratégiques de 2017-2022[63].

Suivant une définition extensive de sa contribution au RSS (*cf. 2.3*), le Fonds mondial estime que 28% de son budget 2019 est alloué aux systèmes de santé résistants et pérennes (de manière directe et contributive). La contribution annuelle du FM au RSS serait d'environ **1,3 milliards de dollars par an**.

Les craintes concernant l'évolution du Fonds mondial de lutte contre les trois maladies vers un Fonds mondial couvrant des enjeux de santé plus large n'est pas nouvelle[64]. De nombreux acteurs (internes ou externes au Fonds mondial) continuent de souligner ainsi que les investissements RSS ne peuvent se faire qu'au détriment de la lutte contre les trois pandémies, dont les financements sont déjà justes, compte tenu des cibles fixées et des besoins croissants. Cette situation conduit à plusieurs risques identifiés par les enquêtés : 1) diminuer la part allouée à la lutte contre les pandémies, alors qu'elle reste la mission première du Fonds mondial et que de nombreux pays restent fortement dépendant du Fonds mondial dans l'achat de médicaments et intrants notamment ; 2) investir dans les systèmes de santé sur le mode du « saupoudrage », c'est-à-dire sans réel impact et 3) au niveau des pays, le risque de diminuer les financements alloués à un pays d'une année à l'autre, dans la mesure où les capacités d'absorption des financements RSS sont généralement plus faibles que pour les pandémies[65], et dans la mesure où les financements alloués à un pays sont calculés sur la base de leurs résultats passés. Ainsi, pour certains acteurs – notamment de la société civile VIH – cet élargissement des objectifs du Fonds mondial vers le RSS s'apparente davantage à une stratégie perdante-perdante.

> « Le Fonds mondial a pour mission de combattre les trois pandémies, ce qu'il n'arrive pas à faire et n'a pas les moyens suffisants et s'il devait s'élargir pour autre chose, ce serait au détriment de la lutte contre les pandémies et les besoins non suffisamment couverts ne le seront encore moins » (acteur société civile)

[62] Stenberg et al. 2017.

[63] Suivant ces estimations, 46 milliards $ devraient être assurés par les ressources nationales (2021-2023), représentant une hausse de près de 50% ; cf. Fonds mondial 2019a.

[64] En 2008, Ooms et al relevaient déjà qu'« *une transformation du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme en un Fonds mondial pour la santé est possible, mais uniquement si elle s'accompagne d'une augmentation substantielle des engagements des donateurs envers le Fonds mondial. La transformation du Fonds mondial en une approche de financement "diagonale" et peut-être même "horizontale" devrait se faire progressivement et avec prudence, et s'accompagner de mesures visant à préserver ses caractéristiques exceptionnelles* » (traduit de la version originale), Ooms et al. 2008.

[65] Les activités SRPS intégrées dans les subventions consacrées aux maladies affichent des taux d'absorption de 67 %, contre 75 % pour les interventions exclusivement axées sur les maladies. Le taux moyen d'absorption pour les subventions SRPS autonomes s'établit à 56 % Bureau de l'inspecteur général (BIG/OIG) 2019c.

Ces tensions et contraintes opposant le Fonds mondial et le RSS se ressentent sur deux niveaux : sur la production des savoirs et la définition de l'approche RSS du Fonds mondial (ci-dessous) ; ainsi que sur la mise en œuvre des actions RSS qui demeure actuellement limitée (Partie 2).

2. Définir l'approche RSS du Fonds mondial

Les rapports du TRP, du TERG et de l'OIG soulignent l'avancée majeure de la conceptualisation de l'approche RSS du Fonds mondial, tout en pointant certaines limites, notamment en termes de clarté et de compréhension commune (Encadré 4).

Nous allons analyser ici comment les acteurs interrogés, qu'ils soient internes ou extérieurs au Fonds mondial, perçoivent et caractérisent son approche, et où peuvent se situer des conflits de définition éventuels.

Encadré 4 : Définitions de l'approche RSS du Fonds mondial : synthèse des rapports du TERG, du TRP, et de l'OIG

- Le TRP, l'OIG et le TERG soulignent qu'un effort important a été fait dans la conceptualisation du RSSH au Fonds mondial depuis ces dernières années, notamment avec la nouvelle Stratégie 2017-2022
- **Selon le TERG[66], la définition du RSSH du Fonds mondial est large et peu claire, notamment sur son champ d'application**. Il existe une absence de compréhension et d'interprétation commune du RSSH au Fonds mondial, au sein même du Secrétariat et parmi les parties prenantes au sens large, notamment les principaux donateurs. Il appelle à une meilleure clarification du champ d'application du SRPS du Fonds mondial, afin de diminuer les ambigüités, incertitudes et « tensions opérationnelles ». Les principales ambigüités soulignées sont les suivantes :
    1. Entre soutien **axé sur les maladies** ou bien **soutien plus transversal** à l'échelle des systèmes de santé ; bien qu'en théorie, les deux ne s'excluent pas mutuellement, dans la pratique, la priorité est donnée aux approches axées sur les maladies.
    2. Entre gains et financements orientés sur **le court terme ou sur le long terme**, avec notamment une ambivalence dans la définition du terme « résilience »
    3. Entre la priorisation des domaines d'investissement en fonction des avantages comparatifs pour le Fonds mondial (par exemple la chaine d'approvisionnement et le système d'information sanitaire) – approche généralement soutenue par les parties prenantes mondiales – ou une priorisation plus large, afin de permettre une meilleure appropriation aux pays – approche davantage soutenue par les parties prenantes nationales.
- Le TERG rappelle qu'il est au moins essentiel de s'assurer que **les investissements globaux du Fonds mondial ne "nuisent" pas aux systèmes de santé des pays**.
- Le TERG et le TRP soulignent que l'approche différenciée du RSSH en fonction du degré de développement des pays est une bonne approche, mais qui pêche au niveau de son opérationnalisation.
- Le TRP reconnait la définition de la Stratégie du Fonds mondial, où le SRPS a pour objectif de maximiser l'impact contre les trois maladies, avec pour objectif final de progresser vers la Couverture sanitaire universelle (CSU) ; ses évaluations vont dans le sens d'une conception plus large, où le SRPS bénéficierait aussi aux systèmes de santé dans leur ensemble, prenant davantage en compte les plans de santé nationaux et l'intégration des actions au-delà des trois maladies[67].

[66] Le rapport du TERG est celui qui aborde le plus cet enjeu

[67] Par exemple, dans son évaluation des subventions 2017-2019, le TRP recommande que des efforts plus importants soient faits pour parvenir à une meilleure intégration entre les trois maladies et avec d'autres programmes de santé, tels que le programme de santé sexuelle, reproductive, maternelle, du nouveau-né, de

2.1. Entre proximité et spécificité vis-à-vis de l'OMS

Dès 2015, le Fonds mondial a développé son propre cadre conceptuel, à la fois proche de celui de l'OMS, tout en s'en différenciant par certains aspects, ce que d'autres organisations telles que la Banque mondiale ou l'Unicef ont également fait. Il a défini sept composantes (au lieu des six « blocs » de l'OMS), pour aider les pays à mettre en place des « Systèmes de santé résilients et durables » (SRPS), suivant sa propre terminologie (The Global Fund, 2015).

Encadré 5 : Approche RSS/SRPS de l'OMS et du Fonds mondial

Piliers	OMS (2007)[68]	Fonds mondial (2016)[69]
Systèmes communautaires	NA	Renforcer les réponses et les systèmes communautaires
Prestation de services	Les bons services de santé sont ceux qui assurent des interventions de santé personnelles et non personnelles efficaces, sûres et qualitatives aux personnes qui en ont besoin et temps et lieu avec un gaspillage de ressources minimum.	Soutenir la santé génésique, la santé des femmes, des enfants et des adolescents, et les plateformes de prestation de services intégrés
Accès aux médicaments	Un système de santé qui fonctionne bien assure un accès équitable aux produits médicaux et technologies essentiels dont la qualité, la sécurité, l'efficacité et le rapport coût bénéfice est garanti.	Renforcer les systèmes d'achat et de chaîne d'approvisionnement au niveau mondial et national
Ressources humaines de santé	Les personnels de santé performants sont ceux qui œuvrent de manière réactive, juste et efficace en vue d'obtenir les meilleures issues possibles en matière de santé	Tirer parti des investissements essentiels dans les ressources humaines pour la santé
Information sanitaire	Un système d'information sanitaire qui fonctionne bien doit assurer la production, l'analyse, la dissémination et l'utilisation d'information fiable et disponible en temps opportun en matière de déterminants de santé, de performances de systèmes de santé et d'états de santé.	Renforcer les systèmes de données pour la santé et les capacités d'analyse et d'utilisation des pays
Leadership et gouvernance	Le leadership et la gouvernance impliquent d'assurer l'existence de cadres de travail relatifs aux politiques stratégiques et que ces	Renforcer les stratégies nationales de santé et les plans stratégiques nationaux spécifiques aux maladies et

l'enfant et de l'adolescent (SSRMNEA) et les maladies non transmissibles, où l'intégration peut renforcer la prestation de services, améliorer l'efficacité, l'équité et/ou l'impact et l'optimisation des ressources, Comité technique d'examen des propositions (TRP) 2018.
Aussi, dans les retours que le TRP a fait suite à l'évaluation des demandes de subvention de la 1ère fenêtre du NFM3, il a souligné que le focus sur les trois programmes maladies était trop important : « *La composante RSSH de la demande de financement ne répondait souvent qu'aux besoins spécifiques des trois programmes de lutte contre les maladies plutôt qu'aux besoins RSSH sous-jacents reflétés dans les plans de santé nationaux qui respectent la souveraineté nationale, sont fondés sur des preuves épidémiologiques et sont façonnés par de vastes processus de consultation.* » (traduction de l'auteure), Comité technique d'examen des propositions (TRP) 2020b.
[68] Organisation mondiale de la santé (OMS) 2007.
[69] Fonds mondial 2016b.

	derniers soient combinés à une supervision, une dynamique coalitive, une réglementation, une attention à la conception du système et une redevabilité efficace.	s'y aligner
Financement de la santé	Un bon système de financement de la santé récolte les fonds sanitaires adéquats de manière à assurer que les populations puissent recourir aux services nécessaires et stimule la prestation de services assurant efficacité pour les prestataires et les bénéficiaires	Renforcer la gestion et le contrôle financier

L'approche du Fonds mondial se caractérise à la fois par sa proximité avec celle définie par l'OMS, mais également par ses nuances et spécificités révélatrices de son positionnement.

Tout d'abord, la vision est plus restreinte, circonscrite, avec une visée plus opérationnelle. Elle est ainsi davantage centrée sur les trois maladies[70], moins orientée sur des enjeux plus larges tels que les déterminants sociaux de la santé et l'accès équitable aux soins des populations[71], et poursuit des objectifs davantage opérationnels[72].

Cette double proximité-différenciation du cadre normatif du Fonds mondial vis-à-vis de l'OMS peut générer des ambivalences dans sa compréhension, en affichant une approche similaire et transversale, c'est-à-dire en se calquant sur ses six piliers, tout en étant concrètement focalisée sur l'atteinte de ses propres objectifs et donc en investissant de manière parcellaire les différents piliers.

> « Mark Dybul est venu avec le RSSH (« *Resilient and Sustainable Systems for Health* »), c'est-à-dire, avec l'idée qu'on doit investir de l'extérieur sur les parties du système qui permettent d'arriver à des résultats sur le sida, le paludisme et la tuberculose. **C'est une approche qui dans les acronymes est très similaire, mais qui dans ses objectifs est quand même différente**. Quand on dit renforcer le système, c'est pour permettre à un plus grand nombre d'avoir accès aux services intégrés qui incluent les trois maladies, mais aussi la vaccination, une bonne partie des maladies non transmissibles, la petite chirurgie etc. C'est pas du tout la même philosophie de dire 'je vais investir dans les ères qui vont me permettre d'obtenir mes résultats pour mes trois maladies, ou pour GAVI sur mes indicateurs de vaccination' (acteur organisation internationale multilatérale)

De la même manière, certains soulignent la différence entre le terme « résilience » utilisé par le Fonds mondial et celui de « renforcement » généralement admis dans le monde de la santé mondiale, comme étant révélatrice du caractère qui serait moins ambitieux et plus restrictif de la définition :

> « La résilience, c'est le retour à l'état initial, alors que l'ambition dans la plupart des pays, c'est d'être résilient, mais c'est aussi de renforcer. La définition n'est pas assez bonne. Le titre n'est pas très ambitieux (…) Le but c'est de ne pas nuire, or, étant le premier bailleur en santé mondiale, il faudrait aller au-delà et renforcer les systèmes de santé devrait être le but premier » (acteur français santé mondiale)

[70] Nous pouvons citer comme exemple ici, dans le volet « leadership et gouvernance », que l'un des objectifs est de renforcer les plans stratégiques nationaux spécifiques aux maladies

[71] Nous pouvons citer comme exemple ici, dans l'axe des médicaments essentiels, le focus de l'OMS sur l'accès équitable aux produits médicaux et technologies essentiels, ou dans le pilier financements de la santé, le fait que l'objectif soit d'« assurer que les populations puissent recourir aux services nécessaires et stimule la prestation de services assurant efficacité pour les prestataires et les bénéficiaires ».

[72] Nous pouvons citer comme exemple ici le volet médicaments du Fonds mondial, orienté sur l'opérationnalisation des systèmes d'achat et chaine d'approvisionnement ou encore dans le volet financement de la santé « renforcer la gestion et le contrôle financier »

La deuxième spécificité de la définition du Fonds mondial concerne l'ajout d'un septième pilier, orienté sur le renforcement des réponses et systèmes communautaires. Cette spécificité s'inscrit directement dans son histoire. En effet, c'est l'un des premiers bailleurs à avoir intégré des organisations de la société civile dans ses instances décisionnelles, depuis Genève jusqu'aux instances de coordination nationale (CCM) des pays bénéficiaires (imposant un minimum de 40% de représentation des OSC), renforçant cette attention portée au volet communautaire via l'instauration de la règle du *dual track* ou « financement à deux voies » (en 2011) et l'implication systématique d'un acteur non gouvernemental (généralement de la société civile) comme récipiendaire principal. A la différence de l'OMS, centré sur le renforcement des capacités étatiques, le Fonds mondial accorde ainsi une attention particulière aux communautés en tant qu'acteurs clés pour soutenir les interventions de RSS[73], priorité qui a été portée par la France au sein du conseil d'administration.

Dans des contextes, notamment en Afrique de l'ouest et du centre où les systèmes de santé sont profondément mixtes (public, communautaire et privé), le Fonds mondial peut être perçu comme un « allié », notamment par les acteurs communautaires nationaux.

> *« Question : Vous avez le sentiment que le Fonds mondial est un « allié » de la santé communautaire ?*
> Réponse : Oui nettement. Franchement, le Fonds mondial a compris qu'en Côte d'Ivoire (et dans plusieurs pays), la tendance des différents indicateurs de mortalité materno-infantile plafonne, voire régresse. On fait face à un plafond de verre sur la santé materno-infantile, pourtant il y a beaucoup d'acteurs (le Fonds mondial, GAVI, la Banque mondiale), beaucoup d'investissements et les indicateurs de santé ne s'améliorent pas. Là où on peut faire bouger la tendance, c'est au niveau de la santé communautaire. On aura beau déverser des ressources dans les systèmes de santé et autres, mais si la population n'a pas confiance dans les systèmes de santé, les investissements sont vains… Tous les investissements au niveau communautaire, c'est pour remettre la communauté au cœur du processus (…) c'est vraiment la clé. Le Fonds mondial l'a bien perçu et essaie de faire beaucoup d'investissements » (cadre d'une ONG récipiendaire principale communautaire, Côte d'Ivoire)

Pour autant, il existe une confusion dans l'acception du terme « communautaire », les acteurs interrogés issus du monde du VIH le concevant naturellement sous l'angle des droits humains, des populations vulnérables et des conseillers communautaires ou pairs éducateurs, tandis que les acteurs liés à la santé communautaire formelle ou au paludisme, le considérant spontanément sous l'angle de la santé primaire et de l'implication des agents de santé communautaires (ASC). Un consultant interrogé évoquait « deux systèmes parallèles », conduisant à des confusions lors de l'élaboration des notes conceptuelles.

Au final, certains considèrent qu'en développant son propre cadre conceptuel, le Fonds mondial outrepasse son rôle d'instrument financier, cherchant à acquérir un « pouvoir symbolique », tandis que d'autres pointent la volonté de pallier un référentiel de l'OMS qui serait trop large et trop conceptuel, bien que n'allant pas au bout de sa démarche.

> « Le Fonds mondial est une agence de financement qui tend à vouloir être prescriptive et normative, ce qui n'est pas son rôle, c'est le rôle de l'OMS. Mais le problème, c'est que l'OMS est trop conceptuelle dans son caractère normatif, très générale et pas opérationnelle, elle s'appuie sur les PNDS (*ndlr : plan national de développement sanitaire*), c'est tout (…). La plus-value du Fonds mondial est peut-être dans la capacité d'analyse plus fine, mais il ne se donne pas les moyens » (Consultant international)

2.2. Caractéristiques de l'approche RSS du Fonds mondial

[73] « L'engagement du Fonds mondial en faveur du RSSH représente un important changement de paradigme dans la réflexion sur la prestation des services de santé. Les systèmes de santé, à la différence des systèmes de santé, ne s'arrêtent pas à un établissement clinique mais s'étendent au plus profond des communautés et peuvent atteindre ceux qui ne se rendent pas toujours dans les cliniques, en particulier les plus vulnérables et les plus marginalisés. Les systèmes de santé sont axés sur les personnes, et non sur les problèmes et les maladies. Cette nouvelle façon de penser reflète le passage des objectifs du Millénaire pour le développement aux objectifs de développement durable (ODD) et l'importance croissante de la couverture maladie universelle (CSU) en tant qu'objectif des politiques de santé », dans Fonds mondial 2016a.

Suivant les entretiens réalisés, que ce soit auprès d'agents du Fonds mondial ou d'acteurs issus de la santé mondiale (opérateurs français, organisations internationales, acteurs associatifs), il ressort clairement que l'approche RSS du Fonds mondial se caractérise, dans la pratique, suivant deux aspects : 1) sa portée et sa finalité centrées sur les maladies et 2) par son caractère fonctionnaliste, c'est-à-dire que l'approche se définit par ses différents piliers ou domaines techniques.

2.2.1. Une approche centrée sur les trois maladies

Pour la plupart des acteurs internationaux interrogés, l'approche RSS du Fonds mondial se définit avant tout par le fait d'être centrée sur les trois maladies, son objectif premier étant de lever les goulots d'étranglement qui font obstacle au passage à échelle de la lutte contre les trois maladies dans les pays et non de renforcer les systèmes de santé pour eux-mêmes, le RSS relevant davantage d'un effet collatéral positif.

> « Dans mon expérience, dans les différents pays où j'ai travaillé, le RSS rentre toujours dans cette optique des trois maladies, c'est-à-dire quels sont les défis que l'on retrouve au niveau du système de santé qui empêchent le pays, les programmes d'atteindre les résultats » (agent Fonds mondial).

L'approche centrée sur les maladies est choisie et justifiée selon différents interlocuteurs ou défenseurs du Fonds mondial, suivant plusieurs arguments. Tout d'abord, devant l'ampleur de la tâche, il est nécessaire pour l'organisation - qui dispose de financements limités - de circonscrire les actions afin d'éviter la dilution de ses financements, et de choisir naturellement des composantes qui lui sont directement utiles.

> « Et le problème, c'est qu'au final, c'est (*ndlr : les financements RSS du FM*) une goutte d'eau par rapport aux besoins en intégralité des pays en Afrique de l'Ouest, mais nos investissements de RSS, c'est une goutte d'eau ! Pour le VIH, la TB, le palu, ce n'est pas une goutte d'eau (…) C'est pour ça qu'on est un peu obligé de se limiter sur certaines niches, mais c'est tellement vaste ce qu'il y a à faire en RSS » (Agent Fonds mondial)

Cette approche peut être partagée par des acteurs opérationnels nationaux, relevant son caractère pragmatique et efficace, tel un directeur d'une ONG, récipiendaire principale du Fonds mondial.

> « L'avantage avec le Fonds mondial, c'est qu'il faut que ça aide à booster l'investissement fait sur ces trois pandémies, donc ça circonscrit, ça gagne en efficacité. Même si ce n'est pas toujours le cas, j'apprécie bien cette approche. » (ONG récipiendaire principale communautaire, Côte d'Ivoire)

Comme deuxième argument, l'idée ressort que le Fonds mondial renforce *de facto* les systèmes de santé via le renforcement des parties du système qui lui sont utiles.

> « On ne peut pas dire que le Fonds mondial n'a pas fait du RSS. Il en a fait par rapport à ses portes d'entrée qui sont les trois pandémies. Donc bien sûr ça ne répond pas à l'ensemble des pandémies, mais on ne peut pas dire que d'avoir des machines ou du personnel formé à l'utilisation des machines ne renforce pas les systèmes de santé » (acteur société civile)

Troisièmement (et dans le prolongement), l'argument des pandémies comme portes d'entrée et opportunités au renforcement des systèmes de santé de manière plus large est invoqué, sous-tendant l'idée d'un effet levier positif entre l'objectif premier du Fonds – la lutte contre les trois maladies – et son impact sur les systèmes de santé, notamment grâce aux actions qui intègrent d'autres enjeux de santé, et notamment via les consultations dédiées à la santé maternelle et infantile, comme cela a été souvent souligné.

> (*suite de l'entretien*) « …Et on part du principe que le RSS se fait déjà en partie par les actions financées par le Fonds mondial, quand il finance un certain nombre d'activités de ressources humaines ou d'équipements qui servent à d'autres pathologies » (acteur associatif)

Quatrièmement, la limitation du mandat du Fonds mondial – toujours circonscrit aux trois maladies - peut également être invoquée pour justifier cette limitation de la portée.

> « Parler de l'intégration au-delà des trois maladies et purement de la santé, c'est difficile : nous n'avons pas encore fait la mue de notre mandat » (agent Fonds mondial)

→ **Conflits de définition**

De manière plus spécifique, des conflits de définition sont apparus dans la compréhension de l'approche RSS du Fonds mondial, touchant essentiellement sa portée.

Dans les **documents internes produits par le Secrétariat**, les documents stratégiques et politiques adoptent une portée élargie du RSS, où l'objectif ultime est de contribuer à l'atteinte de la couverture sanitaire universelle (CSU), tandis que les documents plus opérationnels ont une portée plus centrée sur les trois maladies (Encadré 6).

Encadré 6 : Champ d'action du SRPS suivant les différents documents du Secrétariat du Fonds mondial

→ **Documents du plus stratégique au plus opérationnel :**

- **Stratégie 2017-2022 (très large)** : « *la mise en place de SRPS aura pour impact l'amélioration des résultats dans la lutte contre les trois maladies et le domaine de la santé en général, un renforcement de la protection et l'équité financière contribuant à l'objectif d'une couverture sanitaire universelle (CSU), une meilleure préparation aux crises sanitaires mondiales et au bout du compte, l'amélioration de la santé et de la sécurité de tous* »/
- **Feuille de route RSS (2019)** (intermédiaire) : l'objectif global est « *d'améliorer la qualité et l'impact des investissements RSSH du Fonds mondial d'une manière qui fasse progresser la lutte contre les trois maladies et aide à construire des systèmes de santé résilients et durables* »
- **Note d'orientation pour l'élaboration d'une demande de financement SRPS (2020)** (restreint sur les 3 maladies) : « *mieux prendre en considération les difficultés liées aux systèmes résistants et pérennes pour la santé (SRPS) qui ont une incidence sur la concrétisation et la pérennité des résultats relatifs aux maladies* »

Au sein même du Secrétariat, des sensibilités sont différentes en fonction des compétences professionnelles, de la culture et des caractéristiques individuelles des agents, suivant que les individus ont un profil financier, de santé publique ou qu'ils sont experts en suivi et évaluation, par exemple. Un agent du Secrétariat du Fonds mondial rapportait que les agents internes avaient tendance à percevoir le RSS en fonction de leurs compétences spécifiques et de leurs départements :

> « Il existe une grande différence de conception du RSS en fonction des personnes…pour ceux qui sont sur la chaine d'approvisionnement, c'est la chaine d'approvisionnement, pour ceux qui sont sur l'information sanitaire, c'est l'information sanitaire » (agent Fonds mondial)

Au niveau des pays, des injonctions contradictoires peuvent être transmises aux pays entre les équipes pays, qui orientent directement les acteurs nationaux dans l'élaboration des notes conceptuelles et le TRP (*Technical Review Panel*), qui est en charge de les évaluer. Par exemple, lors du Dialogue pays RSS organisé en Côte d'Ivoire (24 janvier 2020), il a été spécifié par l'équipe pays que le montant alloué ne pourrait pas « *répondre à tous les enjeux de santé auxquels fait face la Côte d'Ivoire aujourd'hui* », mais qu'il fallait « *en premier lieu, penser aux enjeux systèmes qui affectent le plus la réalisation des trois programmes* », tout en pensant le RSS comme des « *catalyseurs de financements* », s'ils sont utilisés de manière « *stratégique* » et tout en spécifiant que c'est « *l'une des premières questions que se pose le TRP : 'comment cela va aider les Programmes nationaux ?'* » (Observation, réunion

24/01/2020). Pour autant, dans ses différents documents[74], le TRP recommande au Fonds mondial de soutenir des investissements SRPS avec une portée plus large que les trois maladies, pour parvenir à une meilleure intégration entre les trois maladies mais également avec d'autres programmes de santé, tels que le programme de santé sexuelle, reproductive, maternelle, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent (SSRMNEA) et les maladies non transmissibles[75]. Par exemple, dans ses leçons apprises de la fenêtre 1 des requêtes de financement du NFM3 :

> « La composante RSSH de la demande de financement ne répond souvent qu'aux besoins spécifiques des trois programmes de lutte contre les maladies plutôt qu'aux besoins SRPS sous-jacents reflétés dans les plans de santé nationaux qui respectent la souveraineté nationale, sont fondés sur des preuves épidémiologiques et sont façonnés par de vastes processus de consultation. »[76]

Enfin, nous avons observé[77] une opposition entre les acteurs nationaux « maladies » bien intégrés à l'écosystème du Fonds mondial et qui se sont approprié son approche opérationnelle centrée sur les trois maladies, et les « acteurs santé hors pandémie » moins intégrés - que ce soit comme récipiendaires, au sein des instances de coordination nationales (ICN/CCM) ou dans le cadre de consultations et négociations directes avec les équipes pays - et qui comprennent spontanément l'approche RSS comme pouvant bénéficier à l'ensemble du secteur de la santé. Par exemple, un agent d'une Direction Centrale en Côte d'Ivoire relatait son expérience lors de l'écriture de la note :

> « Après on a compris que le RSS est un support pour les trois maladies, alors qu'au départ on pensait que c'était plus large. Ce n'est pas du RSS pur et simple, mais c'est pour avoir un impact sur les trois maladies » (Secteur public Côte d'ivoire).

> « Il y a une tendance à la verticalité. Quand un acteur est VIH, il ne voit que le VIH. Même les mécanismes de coordination, eux voient la coordination VIH. Alors que le pays, le Ministre de la Santé veut renforcer la coordination de la lutte contre les trois maladies, même voudrait aller au-delà avec les maladies transmissibles et non transmissibles. Mais dans l'esprit des gens, c'est l'approche contre la maladie qui prend le pas » (consultant international)

Ces conflits de définition peuvent envoyer des messages contradictoires et générer des tensions opérationnelles, comme cela a été relaté par l'évaluation du TERG (2019), et comme nous avons pu l'observer au cours de l'élaboration des notes conceptuelles. Les financements RSS du Fonds mondial peuvent apparaitre comme une opportunité naturelle pour les acteurs santé hors pandémie d'un pays pour répondre aux enjeux de santé systémiques ; tandis qu'un gestionnaire de portefeuille interrogé soulignait que le Fonds mondial n'a pas vocation à « *compenser ce qui devrait être financé par l'État* ».

Concernant l'évolution du Fonds mondial, il ressort que de manière globale, étant donné ses ressources financières, les interlocuteurs soulignent que l'évolution de son mandat pour embrasser

---

[74] Comité technique d'examen des propositions (TRP) 2020b; Comité technique d'examen des propositions (TRP) 2020a.

[75] Par exemple, dans son évaluation des subventions 2017-2019, le TRP recommande que des efforts plus importants soient faits pour parvenir à une meilleure intégration entre les trois maladies et avec d'autres programmes de santé, tels que le programme de santé sexuelle, reproductive, maternelle, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent (SSRMNEA) et les maladies non transmissibles, où l'intégration peut renforcer la prestation de services, améliorer l'efficacité, l'équité et/ou l'impact et l'optimisation des ressources.
Aussi, dans les premiers retours du TRP faits sur les demandes de subvention de la 1ère fenêtre du NFM3 ont souligné que le focus sur les trois programmes maladies était trop important : « La composante RSSH de la demande de financement ne répondait souvent qu'aux besoins spécifiques des trois programmes de lutte contre les maladies plutôt qu'aux besoins RSSH sous-jacents reflétés dans les plans de santé nationaux qui respectent la souveraineté nationale, sont fondés sur des preuves épidémiologiques et sont façonnés par de vastes processus de consultation. »

[76] Comité technique d'examen des propositions (TRP) 2020b.

[77] Cette observation a été faite directement via les entretiens auprès d'acteurs nationaux en Côte d'Ivoire, et confirmée de manière indirecte par d'autres interlocuteurs.

d'autres enjeux de santé, voire pour devenir un Fonds de Santé mondiale, n'est pas à l'ordre du jour. Un agent du Fonds mondial résumait ces tensions :

> « C'est le grand débat ! Une des forces du Fonds mondial, c'est qu'ils arrivent à produire des résultats tangibles, concrets pour les trois maladies et c'est une institution assez agile. C'est une force et c'est pourquoi on reçoit de l'argent assez important. Maintenant, si on va trop large : est-ce qu'on peut rester toujours agile ? Est-ce qu'on a les compétences ? Est-ce qu'on peut livrer un mandat élargi avec les ressources qu'on a ? Le budget qu'on a ? Les personnes et les compétences qu'on a ? (…) On est conscients qu'on doit investir et travailler avec le RSS, mais il y a ces peurs-là légitimes de ne pas aller trop large, trop vite, avec un cycle de trois ans et des partenaires dans le pays qui ne sont pas des partenaires RSS spécifiques. Un Programme national, tu sais qu'il travaille sur le palu, tu as un interlocuteur direct. Pour le RSS, tu dois intervenir avec quatre institutions à la fois, il n'y a aucune coordination » (agent Fonds mondial)

Pour autant, le TRP soulignait la nécessité que le Fonds mondial clarifie les orientations sur ce qui peut être financé concernant les principales comorbidités telles que l'hépatite, le dépistage du cancer du col de l'utérus et d'autres programmes de soutien (par exemple, les services de soins prénatals et de santé maternelle et infantile) ; et devrait envisager d'inclure des indicateurs pour ces activités dans sa liste d'indicateurs de base[78].

2.2.2. Une approche fonctionnaliste et technicienne

L'approche RSS du Fonds mondial se définit également par son caractère fonctionnaliste et technicien, c'est-à-dire à partir de ses différents piliers. Suivant certains interlocuteurs, cette orientation a été produite en lien direct avec la culture professionnelle et les savoirs dominants de ses agents.

> « Le Secrétariat a rapidement proposé (et validé par le Comité de la stratégie et le Conseil d'administration) de travailler sur des choses sur lesquelles ils avaient quand même des activités, que ce soit le système d'information sanitaire, la chaine d'approvisionnement et les ressources humaines (un peu). *Ils n'ont pas pu faire autre chose*. Mais ça a été compliqué de les faire entrer dans des choses où ils n'avaient pas toutes les clés en main pour les faire avancer » (Acteur société civile)

Au cours d'entretiens avec des agents du Fonds mondial, à la question « comment définiriez-vous l'approche du FM en matière de RSS ? », certains ont répondu en déclinant les différents piliers, de manière révélatrice de cette approche orientée sur son caractère fonctionnel.

À la question de savoir quels sont les piliers les plus porteurs ou les plus adaptés aux objectifs du Fonds mondial, ceux mentionnés en premier lieu par les acteurs du département de la gestion des subventions du FM[79] sont nettement la chaine d'approvisionnement et l'information sanitaire. Ils apparaissent ainsi comme des domaines d'action naturels et légitimes pour le Fonds mondial – dont la mission première est de financer des intrants/médicaments, en fondant leurs programmes sur des données probantes, suivant le principe de redevabilité. Le système de santé communautaire représente le troisième pilier le plus cité, relevant la spécificité de la démarche RSS du Fonds mondial.

Cette mise en avant de ces deux piliers contraste avec les domaines d'action qu'ils financent effectivement en priorité – en comptabilisant les investissements directs et contributifs[80] - avec en tête

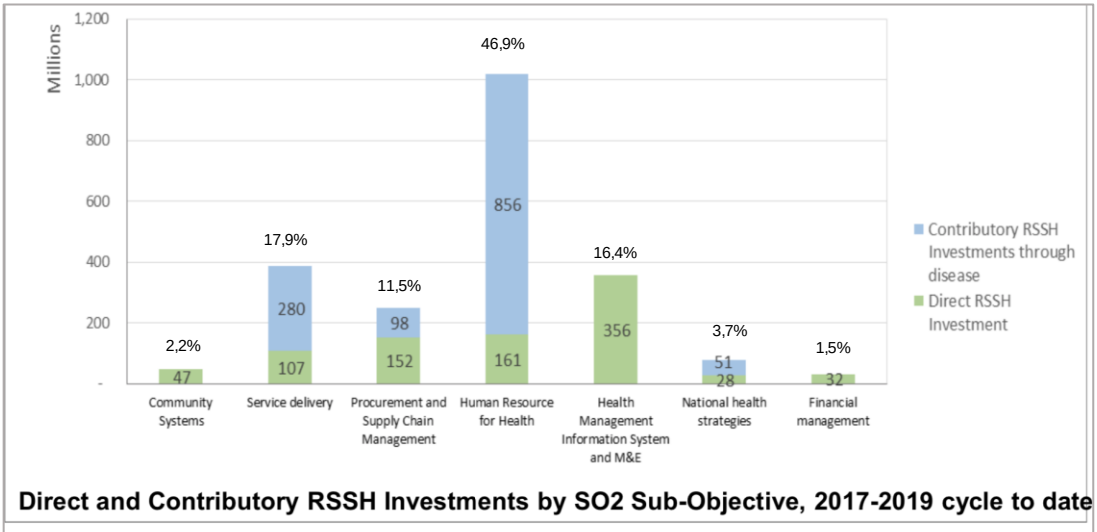
[78] Comité technique d'examen des propositions (TRP) 2020a.

[79] Sur les 4 interlocuteurs interrogés issus de ce département, nous avons effectué un classement, à partir de l'ordre avec lesquels les piliers sont mentionnés au cours de l'entretien, soit spontanément, lorsque l'individu répond à la définition du RSS en déclinant les différents piliers, soit en réponse à la question des piliers les plus prioritaires pour le Fonds mondial. Il apparait très nettement que le la chaine d'approvisionnement et le système d'information sanitaire sont en tête, suivi du système de santé communautaire, puis Ressources humaines et prestation de services intégrés/laboratoires et enfin la gouvernance et le financement. Si ce classement est issu de données subjectives, il permet toutefois de donner une tendance générale, confirmée par d'autres entretiens.

[80] Les domaines d'action les plus financés par le fonds changent lorsque les investissements directs RSS seuls sont comptabilisés. Le choix de comptabiliser les investissements directs et contributifs a été effectué dans la

les ressources humaines loin devant (46,9% des dépenses globales) et la prestation de services (incluant les laboratoires) (17,9%), puis les systèmes d'information sanitaire et le suivi et évaluation (16,4%), la chaine d'approvisionnement (11,5%), et loin derrière les stratégies nationales de santé (3,7%), les systèmes communautaires (2,2%) et la gestion financière (1,5%) (Encadré 7).

Encadré 7 : Investissements SRPS directs et contributifs par sous-objectifs (2017-2019)



*Source : Strategy Committee "Deep Dive: RSSH For Committee Information", GF/SC08/04 Geneva, Switzerland 4-5 October 2018

Ce constat témoigne, d'une part, de l'importance des agents du Fonds mondial à produire un discours soulignant la légitimité de leur organisation à intervenir sur cet enjeu du RSS, qui n'était, *a priori*, pas assurée. Ils se positionnent ainsi sur des domaines techniques (chaine d'approvisionnement, information sanitaire), par opposition aux domaines plus politiques (gouvernance, financements, voire ressources humaines), en concordance avec les fondements de l'organisation et leur culture professionnelle. Ce constat montre également le malaise relatif du Fonds mondial (partagé avec d'autres organisations internationales) vis-à-vis de l'enjeu des ressources humaines en santé, qui accumule de manière exacerbée toutes les difficultés liées au RSS (Encadré 8).

Encadré 8 : L'épineuse question des ressources humaines en santé

L'enjeu des **Ressources humaines en santé** (RHS) est l'un des plus grands défis des systèmes de santé, notamment dans les pays d'Afrique de l'Ouest et du Centre où les ressources humaines en santé par patient sont par exemple trois fois inferieures en nombre à celles observées dans le reste de l'Afrique[81]. Le positionnement du Fonds mondial sur ce pilier est révélateur de ses difficultés plus générales à s'impliquer sur le RSS.

Il existe un malaise relatif du Fonds mondial (partagé avec d'autres organisations internationales) vis-à-vis de l'enjeu des ressources humaines en santé, qui accumule de manière exacerbée toutes les difficultés liées au RSS : importance des financements nécessaires pour résoudre les problèmes, difficulté à programmer des actions sur un temps long et de s'appuyer sur un leadership fort des États bénéficiaires, nécessité de se coordonner avec d'autres bailleurs mieux positionnés en termes de compétences et d'ancrage pays sur cet enjeu, crainte de se substituer aux États en finançant des salaires.

C'est ainsi que les agents du Fonds mondial interrogés citent généralement comme

mesure où le Fonds mondial met généralement en avant ces deux types d'investissements (28%) pour souligner sa contribution importante au RSS.

[81] Bureau de l'inspecteur général (BIG/OIG) 2019a.

domaines d'action prioritaires ou légitimes de leur organisation la chaine d'approvisionnement ou les systèmes d'information sanitaire, et rarement les ressources humaines, alors qu'elles représentent 47% des dépenses allouées au RSS. Or, si les RH représentent le poste budgétaire le plus important des dépenses RSS, il s'agit en réalité de dépenses courantes de fonctionnement à court terme, telles que les primes, ou ce que certains qualifient de « salaires déguisés » ; et très peu en dépenses structurantes et systémiques (formations initiales ou qualifiantes, développement de curricula, etc.), ce qui illustre de manière exacerbée les décalages entre les discours produits sur le RSS et les actions concrètes.

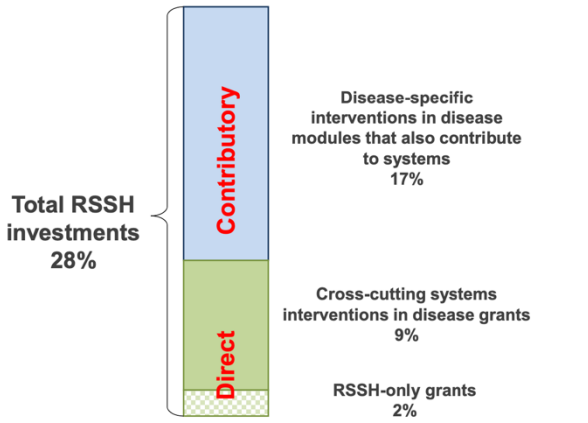
2.3. Que représentent les dépenses étiquetées « SRPS » ?

Le Fonds mondial a adopté un mode de calcul extensif de ses interventions RSS, que ses détracteurs peuvent qualifier de « peu exigeant », qui lui permet d'afficher le chiffre de 27% de son budget global qui lui aurait été alloué pour les cycles 2014-2019. Dans sa communication extérieure[82], la distinction entre les investissements directs et les investissements contributifs (indirects) n'est pas toujours soulignée ni claire, bien que ces derniers représentent les deux tiers des financements et qu'ils sont directement orientés sur une maladie, avec une portée moins systémique (Encadré 9).

Encadré 9 Les trois types d'investissements "SRPS" du Fonds mondial

Les 3 types d'investissements RSS :

1. Les **investissements directs au sein d'une subvention RSS à part**, avec pour objectif de soutenir de manière transversale les systèmes, en renforçant les interventions qui profitent aux programmes de lutte contre plusieurs maladies et qui renforcent les systèmes nationaux des pays (par exemple, mise à l'échelle de la DHIS-2 ou élaboration d'une stratégie nationale en matière de Ressources humaines en santé)
2. Les **investissements directs RSS intégrés dans une subvention maladie**. Avec le même contenu programmatique que pour les investissements RSS dans une subvention à part (c'est-à-dire des interventions transversales sur les systèmes), mais avec une différence dans l'architecture institutionnelle.
3. Les **investissements contributifs RSS**, c'est-à-dire des investissements dans des subventions pour les maladies qui contribuent aux systèmes. Ils sont principalement axés sur un programme de lutte contre une seule maladie et contribuent à renforcer la capacité du système à fournir des services de qualité à des degrés divers (par exemple, garantir la qualité des médicaments et autres produits de santé pour le paludisme)



Distribution of RSSH investments for 2014-16 funding cycle: total $12.2B*

Suivant le document de méthodologie interne qui a été transmis au moment de l'étude[83], il existe deux manières de calculer les dépenses SRPS.

- Pour **les investissements directs** (1. et 2.), le Fonds mondial utilise le « cadre modulaire » sur lequel les pays se basent pour élaborer leurs notes conceptuelles. Sept « modules »[84] sont dédiés au SRPS, avec un module supplémentaire lié à la gestion de programme. Les

[82] Par exemple, voir https://www.theglobalfund.org/en/resilient-sustainable-systems-for-health/
[83] Fonds mondial 2019c.
[84] Ces sept modules sont fondés sur la base des sept piliers

activités/interventions qui figurent dans ces « modules SRPS » doivent être transversales, c'est-à-dire bénéficier à plus d'un programme de lutte contre une maladie. Le Fonds mondial agrège ensuite les coûts des interventions SRPS transversales pour calculer le coût des « modules SRPS », permettant *in fine* de définir le coût total des « investissements directs » SRPS.

- Les **investissements contributifs** sont calculés de manière rétrospective, c'est-à-dire qu'ils ne sont pas identifiés tels quels lors de l'élaboration des notes conceptuelles (à la différence des investissements directs). Ce processus de calcul se fait en deux étapes.
    1. Le Secrétariat **sélectionne les interventions** des cadres modulaires spécifiques aux maladies qui contribuent aux systèmes de santé, « *le principal critère de sélection étant la pertinence de ces interventions pour les systèmes de santé* ». Environ la moitié des interventions sont sélectionnées (85 sur 180 interventions au total). Ces interventions sont larges et comprennent par exemple le dépistage du VIH pour les populations clés ou bien la distribution continue des moustiquaires imprégnées d'insecticide longue durée (MILD).
    2. Pour chaque intervention sélectionnée, le Secrétariat **identifie les coûts** qui « *rendent l'intervention pertinente pour le système* ». Sur la liste standard de 63 types de coûts, le Secrétariat en a sélectionné 32, considérés comme pertinents pour les systèmes de santé.

L'analyse des différentes listes de coûts considérés (ou non) comme pertinents pour les systèmes de santé (cf. annexe 3) révèle que les critères de pérennité, de transversalité ainsi que le domaine d'action (par ex, achat d'intrants, ressources humaines, chaine d'approvisionnement, etc.) peuvent être pris en compte, mais rarement de manière combinée.
Par exemple, concernant les produits de santé, la distinction entre les intrants financiers qui sont considérés pertinents ou non pour les systèmes de santé est basée sur le critère de pérennité et non de transversalité. Les équipements de santé, tels que les compteurs de CD4 ou les équipements de test moléculaire pour la tuberculose, sont considérés comme pertinents pour les systèmes de santé (et donc relevant du SRPS), suivant le critère de durabilité, qu'ils soient ou non dédiés à une seule maladie ; tandis que les produits de santé pharmaceutiques ou non pharmaceutiques (par exemple, les antirétroviraux ou les tests de diagnostic rapide - TDR) en sont exclus, n'étant pas durables par définition.

Coûts sélectionnés comme pertinents pour les systèmes de santé (SRPS) (extrait)

Health Products - Equipment (HPE)	6.0 Health Products - Equipment (HPE)
	6.1 CD4 analyser/accessories
	6.2 HIV Viral Load analyser/accessories
	6.3 Microscopes
	6.4 TB Molecular Test equipment
	6.5 Maintenance and service costs for health equipment
	6.6 Other health equipment

Source : List of cost inputs selected for system-relevant disease modules and interventions (dans *Tracking the Global Fund's Investments in Resilient and Sustainable Systems for Health,* Fonds Mondial, 2019)

Coûts sélectionnés comme NON pertinents pour les systèmes de santé (non SRPS) (extrait)

Health Products - Pharmaceutical Products (HPPP)	4.0 Health Products - Pharmaceutical Products (HPPP)
	4.1 Antiretroviral medicines
	4.2 Anti-tuberculosis medicines
	4.3 Antimalarial medicines
	4.4 Opioid substitution medicines
	4.5 Opportunistic infections and STI medicines
	4.6 Private Sector subsidies for ACTs (co-payment to 4.3)
	4.7 Other medicines
Health Products - Non-Pharmaceuticals (HPNP)	5.0 Health Products - Non-Pharmaceuticals (HPNP)
	5.1 Insecticide-treated Nets (LLINs/ITNs)
	5.2 Condoms - Male
	5.3 Condoms - Female

	5.4 Rapid Diagnostic Test
	5.5 Insecticides
	5.6 Laboratory reagents
	5.7 Syringes and needles
	5.8 Other consumables

Source : List of cost inputs NOT selected for system-relevant disease modules and interventions (dans *Tracking the Global Fund's Investments in Resilient and Sustainable Systems for Health,* Fonds Mondial, 2019)

Certaines dépenses vont également être considérées comme relevant du SRPS, dans la mesure où elles touchent l'un de ses sept piliers (ressources humaines, chaine d'approvisionnement, etc.), mais sans que ne soit pris en compte les critères de pérennité ou de transversalité. A titre d'exemple, les dépenses de salaires, les incitations financières, les perdiems, les frais de transport ou les frais d'assistance technique sont considérés comme pertinents pour les systèmes de santé, même si ces dépenses peuvent être liées à une seule maladie, sur le court terme.

Coûts sélectionnés comme pertinents pour les systèmes de santé (SRPS) (extrait)

Human Resources (HR)	1.0 Human Resources (HR)
	1.1 Salaries - program management
	1.2 Salaries - outreach workers, medical staff and other service providers
	1.3 Performance based supplements, incentives
	1.4 Other HR Costs

Travel related costs (TRC)	2.0 Travel related costs (TRC)
	2.1 Training related per diems/transport/other costs
	2.2 Technical assistance-related per diems/transport/other costs
	2.3 Supervision/surveys/data collection related per diems/transport/other costs
	2.4 Meeting/Advocacy related per diems/transport/other costs

External Professional services (EPS)	3.0 External Professional services (EPS)
	3.1 Technical Assistance Fees/Consultants

Source : List of cost inputs selected for system-relevant disease modules and interventions (dans *Tracking the Global Fund's Investments in Resilient and Sustainable Systems for Health,* Fonds Mondial, 2019)

Ce même constat est valable pour d'autres piliers tels que la chaine d'approvisionnement ou la gestion des programmes nationaux de lutte contre les maladies[85], où les coûts sont considérés comme relevant *de facto* du SRPS, bien que ces actions puissent maintenir la création et/ou le renforcement de systèmes parallèles spécifiques à une maladie et/ou à un bailleur.

Ainsi, les critères permettant de retracer les dépenses relevant du SRPS sont à la fois relatifs (en fonction de la « *pertinence* » des interventions pour les systèmes de santé) et extensifs, puisqu'une une dépense est considérée comme « transversale » à partir du moment où elle touche plus d'une maladie et que le critère de pérennité est rarement pris en compte. L'absence de combinaison des critères de transversalité, de pérennité et du domaine d'action, affaiblit également la définition du SRPS du Fonds mondial. Au final, il apparait que la plupart des dépenses étiquetées sous le label « SRPS » du Fonds mondial relève davantage du soutien que du renforcement – tel que cela a déjà été montré par le TRP, qui estime que les dépenses de soutien représentent 75% des financements SRPS[86] ; et que les dépenses plus structurantes et pérennes ont (toujours) tendance à concerner les maladies financées par

[85] Les coûts liés à la gestion des subventions, la politique, la planification, la coordination et la gestion des programmes nationaux de lutte contre les maladies sont considérées comme contribuant aux systèmes, à l'exception des coûts relatifs à l'administration du programme et des coûts de communication et de publications.

[86] En intégrant les coûts de gestion des programmes et des subventions ; sans les intégrer, la proportion est de 66%, dans Comité technique d'examen des propositions (TRP) 2018.

le Fonds mondial et à maintenir des systèmes verticaux, bien que des efforts importants soient faits pour aller vers davantage d'intégration entre les trois maladies.

Aussi, les investissements dits « contributifs » ne sont pas perçus comme des financements ayant un impact direct sur les systèmes de santé pour certains acteurs opérationnels, mais plutôt comme une opération abstraite et éloignée des considérations de terrain.

> « C'est un problème d'avoir une lisibilité de ce que fait le Fonds mondial dans le cadre du RSS. Ils ne disent pas que ce sont des interventions pour le RSS. C'est peut-être quelqu'un qui fait une évaluation et peut commencer à regarder les flux financiers, les dépenses, pour pouvoir identifier dans ces dépenses quels ont été les volets RSS et les autres. Mais il n'y a pas de lisibilité directe, par exemple dans leurs rapports, vous ne voyez pas le RSS par rapport aux autres. Ça ne se présente pas comme ça » (consultant international)

2.4. Des discours aux pratiques : regards critiques

L'engagement du FM à développer des programmes permettant de renforcer les systèmes de santé soulève un débat ancien et fortement polarisé, entre les défenseurs des initiatives verticales (Fonds mondial, GAVI, Fondation Bill & Melinda Gates, etc.) et ceux des institutions transversales (OMS, Banque mondiale, certaines agences bilatérales). Les critiques sont essentiellement relatives à ce décalage entre les discours ambitieux produits par le Fonds mondial, à propos de l'impact de ses actions et les pratiques effectives. Différents types d'arguments sont soulevés par les interlocuteurs critiques du Fonds mondial.

→ Un impact limité, voire (encore) nuisible sur les systèmes de santé

Certains soulignent que malgré ses efforts apparents, le Fonds mondial créerait toujours un impact négatif sur les systèmes de santé : lourdeur des procédures d'accès aux financements et des modalités de rapportage qui lui sont spécifiques sans harmonisation avec les autres bailleurs, multiplication des structures de coordination et des services/interventions centré sur une seule maladie, systèmes d'incitations qui déséquilibrent le secteur de la santé en créant des jeux de concurrences, etc. Les systèmes de santé déjà fragiles continuent ainsi d'être noyés par ces charges externes et par ce détournement de l'attention des acteurs nationaux des priorités nationales réelles, générant au final un affaiblissement de la prestation globale des services de santé[87].

Aussi, l'approche du Fonds mondial en matière de RSS apparait superficielle pour certains, avec des décalages colossaux entre les défis et les actions posés.

> « Le Fonds mondial veut juste mettre une rustine sur une roue qui a des fuites de partout » (acteur Organisation internationale multilatérale)

Les interlocuteurs critiques évoquent une forme de « saupoudrage », de « shoping list », de « sapin de Noël », ou de « pick & chose » pour caractériser l'approche RSS du Fonds mondial.

La rhétorique utilisée par le FM, notamment sur l'« intégration » et les « portes d'entrée pandémies » peut être perçue comme venant obscurcir les réalités locales et les besoins structurels beaucoup plus vastes par comparaison à une mutualisation ponctuelle de ressources humaines ou d'équipements :

> « Il ne faut pas penser que grâce aux trois pandémies, on va pouvoir faire l'économie de renforcer les soins de santé primaire. Pour les soins de santé primaire, il faut faire la base (…), le principe des soins de santé primaire, c'est que c'est une approche globale de toutes les maladies de la pyramide sanitaire. » (Acteur français santé mondiale)

[87] Les critiques formulées dans le document interne de l'OMS « Importance de la convergence entre les financements extérieurs pour le renforcement des systèmes de santé et les priorités nationales des systèmes de santé », publié en 2014, et reprises ici, ont été mentionnées de manière éparse par différents interlocuteurs incriminant le FM, notamment issu d'organisations internationales bi- ou multilatérales. Organisation mondiale de la santé (OMS) 2014.

→ **Le manque de conceptualisation de l'effet levier**

Certains relèvent que l'« **effet levier** » des actions « RSS maladies » vers un renforcement plus large des systèmes de santé est peu questionné, sans que la manière d'y parvenir ne soit bien claire ni définie.

> « Après, oui, beaucoup de choses sont faites de la part du Fonds mondial sur le RSS, mais parfois c'est trop axé sur les trois pandémies, sans se dire comment ça peut aussi bénéficier à d'autres branches et secteurs de la santé qui ne soient pas forcément pandémies mais aussi RSS » (Acteur français santé mondiale)

Cet effet levier demanderait des efforts financiers colossaux pour qu'il soit effectif. Un acteur associatif prenait l'exemple de l'Éthiopie et du Rwanda, qui ont, selon lui, « siphonné » les financements du Fonds Mondial pour des programmes très ambitieux de renforcement des systèmes de santé, non pas en raison de la fragilité de leurs systèmes, mais pour parvenir à ce que les initiatives initialement centrées sur les maladies puissent servir de base pour développer les soins de santé primaire (Ethiopie) ou la couverture sanitaire universelle (Rwanda) à l'ensemble de la population.

→ **Une instrumentalisation politique de la rhétorique RSS**

Pour les interlocuteurs plus critiques, l'engagement du Fonds mondial sur le RSS est avant tout initié à des fins symboliques et instrumentales, le RSS détenant une forte valeur rhétorique, permettant de faire taire les critiques sur l'impact négatif des initiatives de santé verticales sur les systèmes de santé, tout en recueillant le soutien (notamment financier) de donateurs sensibles à la cause du RSS. Le Fonds mondial (et son Secrétariat) serait ainsi dans un « entre-deux confortable »[88] qui le satisfait, sans nécessaire volonté politique d'aller au-delà.

Ainsi, si certains donateurs demandent au Fonds mondial d'intensifier ses efforts dans le RSS, ce n'est pas tant par conviction que par commodité ou par manque d'alternatives solides.

> « Mon sentiment : on demande à un instrument qui existe et qui permet d'aller assez vite dans la réaffectation des fonds de répondre à l'ensemble des problématiques de santé, avec des moyens contraints » (acteur société civile)

> « J'ai toujours pensé que le Fonds mondial, de par son mandat, la façon dont il était drivé, dont il opérait, dont il finançait ses PR *[ndlr : récipiendaires principaux]* n'était pas un acteur pour le RSS. Ce n'était pas dans son mandat (…) *(Mais)* comme les ressources de l'aide au développement ne sont pas extensibles, on demande au Fonds mondial de faire du RSS » (acteur français santé mondiale)

Pour certains (qu'ils soient internes ou externes au Fonds mondial), l'intégration du RSS comme objectif stratégique du Fonds n'a au final pas marqué une réelle rupture, mais davantage une formalisation nécessaire pour des questions politiques, voire « démagogiques »[89]. Ils soulignent que la proportion des financements alloués au RSS est restée relativement stable depuis la création du Fonds à environ 30% du budget global[90] – bien que les modes de calculs aient varié ce qui rend difficile une comparaison stricte – ou que les activités financées concrètement sont restées les mêmes, telles que les chaines d'approvisionnement ou les ressources humaines, relevant de l'« évidence » pour la mise en œuvre des programmes.

Enfin, certains critiquent le décalage entre le fort positionnement de la France sur cette thématique au sein du conseil d'administration du Fonds mondial, et son référentiel qualifié de « pas construit », « pas solide » ou « vague ».

> « Notre doctrine RSS n'est pas solide (alors que notre doctrine VIH était solide). On vend notre système en général, mais après ça veut dire quoi une aide qui renforce les systèmes de santé ? L'AFD le fait mais le théorise extrêmement mal. » (acteur français santé mondiale).

[88] Entretien acteur français santé mondiale
[89] Entretien acteur français santé mondiale
[90] Entretien acteur français santé mondiale

L'approche de la France peut être critiquée pour son caractère idéaliste et consensuel, sous-estimant les implications concrètes d'un positionnement fort en faveur du RSS au sein du conseil d'administration du Fonds mondial, en termes de ressources financières et d'engagement dans le temps. À propos de cette position de la France, un acteur associatif affirmait :

> « Personne ne regarde combien ça coûterait de faire du RSS en argent et en temps…C'est très vague, on parle de système…système c'est quoi ? mais où ça commence où ça s'arrête ? On dit qu'il soit fort, difficile d'être contre…En général on fait passer l'idée que si on avait eu du RSS on n'aurait pas eu Ebola » (acteur associatif)

D'autres critiquent le manque de propositions concrètes et de positionnements clairs de la France au niveau de domaines d'action spécifiques, tels que le médicament et les centrales d'achat.

> « La stratégie de la France en Santé mondiale devrait être déclinée dans une composante médicaments. C'est le pilier de la santé qui représente 60% des investissements. La France pourrait ouvrir les yeux : est-ce qu'on soutient la Plateforme *wambo*, le PPM [ndlr : *Pooled Procurement Mechanism*] ou bien va-t-on dans une autre stratégie qui serait plutôt une approche de RSS au niveau régional de l'Afrique de l'Ouest ? » (consultant international).

Partie 2. Mettre en œuvre le RSS au sein du Fonds mondial

Selon les rapports du TRP, du TERG et de l'OIG, les défis les plus importants auxquels fait face le Fonds mondial concernant le RSS concernent son opérationnalisation. Bien que ces instances autonomes du Fonds mondial s'accordent pour reconnaitre les efforts importants opérés par le Secrétariat pour mettre en œuvre l'objectif stratégique n°2, ils pointent des problèmes majeurs : des structures et processus du Fonds mondial et des pays bénéficiaires qui sont actuellement inadaptés

pour le RSS ; des lacunes dans le dispositif de suivi et évaluation (et notamment des indicateurs de performance et du cadre de redevabilité) ; la difficile intégration des autorités publiques nationales clés ; l'absence de collaboration coordonnée avec les autres partenaires techniques et financiers. Tous ces défis ont tendance à freiner la mise en œuvre, à produire des actions qui relèvent davantage du soutien que du renforcement, et à maintenir une certaine verticalité dans les actions RSS financées (cf Encadré 1, p.17)

Dans cette seconde partie, nous allons analyser les obstacles à la mise en œuvre du RSS par le Fonds mondial, tels qu'identifiés et perçus actuellement par les acteurs internes et externes au Fonds mondial, au niveau international comme national. Afin d'apporter une vision synthétique à ces différents obstacles préalablement, nous les avons catégorisés en trois types : organisationnels, techniques et relatifs aux acteurs extérieurs.

Comme remarque préalable, il est important de rappeler que la mise en œuvre de l'objectif stratégique relatif au RSS (ou SRPS) est spécifique dans la mesure où elle ne peut pas être initiée de manière « top-down » par le Fonds mondial, et qu'il s'agit de manière fondamentale d'une co-construction entre acteurs, depuis l'élaboration des stratégies RSS (niveau décisionnel) à leur mise en œuvre (niveau opérationnel). Si le Fonds mondial a adopté, dès sa création, une approche fondée sur l'« appropriation » des pays, où les acteurs nationaux élaborent des demandes de subventions dans le cadre des instances de coordination nationales (CCM), cette appropriation par les pays apparait d'autant plus cruciale dans le cadre du RSS, puisqu'elle concerne le secteur de la santé de manière plus systémique et structurelle, au-delà d'une action d'urgence et ciblée sur des pandémies. De plus, le domaine du RSS compte une diversité d'acteurs plus importante que pour les trois maladies, parmi lesquels le Fonds mondial est un acteur relativement marginal. Cet ensemble d'acteurs possède des représentations, intérêts et pratiques diverses, qui tend à complexifier le processus. Cette « *multiplicité des participants et des logiques d'acteurs se combinent pour transformer le programme en course d'obstacles. Lorsqu'un programme dépend d'autant d'acteurs, les possibilités de désaccords et de retards sont très nombreuses »*[91]. A chaque niveau se posent des défis spécifiques, pour lesquels le Fonds mondial dispose de plus ou moins de pouvoir d'action.

1. Lenteur des changements organisationnels : lourdeur institutionnelle ou manque de volonté politique ?

Le Fonds mondial, comme toute organisation internationale, est davantage prédisposé à la permanence qu'au changement, en raison de l'univers de règles, de procédures, d'usages, de routines, de représentations et de configuration d'intérêts qui le constitue[92]. Pour intégrer pleinement l'objectif stratégique n°2 (SRPS), des changements s'opèrent, mais ils se font généralement de manière graduelle, par paliers, et de manière plus ou moins rapide suivant les dimensions concernées.

1.1. Cadre règlementaire

De nombreux acteurs reconnaissent l'avancée majeure qu'a représenté l'adoption de la stratégie de 2017-2022, avec la formalisation du RSS (ou SRPS) comme objectif stratégique, qui a permis d' « *ouvrir la porte d'entrée des conversations, en donnant plus de visibilité et plus de challenges* » (agent Fonds mondial) et de contraindre les agents du Fonds à s'y engager.

> « En 2014, je me souviens de discussions assez animées, sur une pointe d'agacement 'on le fait déjà'…mais je pense qu'entre 2014 et 2017 ça a été pleinement intégré dans la stratégie et il

[91] Hassenteufel 2011, 100.
[92] Nay and Petiteville 2011.

> n'y a que comme ça que ça marche, et pour ça, c'est une réussite. Parce que c'est simple, tant que ce n'est pas inscrit dans des lignes de redevabilité où tu dois rendre des comptes, les gens ne le font pas, car ils ont plein d'autres choses à gérer » (acteur français santé mondiale)

Pour autant, le Secrétariat reste bloqué par son cadre institutionnel, c'est-à-dire par son mandat qui demeure limité aux trois maladies. Par exemple, si dans la pratique, le Fonds mondial autorise un agent de santé communautaire à délivrer des services au-delà des trois maladies, s'il ne finance pas les intrants, ni le contraint à rapporter les données d'autres maladies, l'action demeure, de facto, limitée.

1.2. Organisation interne, compétences et culture

L'audit de l'OIG relative aux investissements SRPS (2019) s'est focalisé sur l'analyse de l'adéquation et de l'efficacité des processus de gestion des activités SRPS du Fonds mondial, avec notamment des défis identifiés au niveau de l'organisation interne du Fonds mondial (Encadré 10).

Encadré 10 : Organisation interne du SRPS au Fonds mondial et défis identifiés par le Bureau de l'Inspecteur général dans le cadre de son audit sur les investissements SRPS (OIG, 2019)

→ Organisation des équipes et des compétences au sein du Secrétariat

- Au sein de la Division de la stratégie, de l'investissement et de l'impact, **une équipe d'appui SRPS** facilite la mise en œuvre des composantes SRPS et crée les conditions pour garantir des investissements accrus et pérennes pour des SRPS, notamment en offrant un appui aux équipes pays (de la Division de la gestion des subventions) et en œuvrant au développement des partenariats extérieurs.
- Les activités SRPS associées aux **sept sous-objectifs** sont mises en œuvre par l'intermédiaire de trois différentes divisions et de quatre départements. À titre d'exemple, l'équipe chargée du suivi, de l'évaluation et de l'analyse des pays (Division de la stratégie, de l'investissement et de l'impact) s'occupe du **renforcement des systèmes de données sanitaires des pays.**

→ Défis identifiés par l'OIG

- Les activités SRPS sont engagées dans le cadre d'une **approche cloisonnée**, aucun mécanisme efficace ne permettant de générer des synergies et une vision globale.
- Les différents départements en charge des activités SRPS adoptent des approches différentes et sont à des degrés d'avancement variables.
- Un manque de compétences est identifié sur certains domaines, qu'il s'agisse de connaissances techniques ou de compétences en gestion de projet, par exemple sur les infrastructures ou les équipements non-médicaux.

Les transformations relatives à l'organisation interne du Fonds mondial et aux compétences professionnelles évoluent, mais lentement. Au sein du Secrétariat, le SRPS est appuyé stratégiquement et mis en œuvre sur deux niveaux : via une équipe spécifique SRPS logée au sein de la Division de la Stratégie, de l'investissement et de l'impact, qui est chargée d'accompagner les équipes pays, d'aider à l'opérationnalisation de la stratégie et de développer les partenariats, et à travers des compétences spécifiques relatives aux sept sous-piliers, au sein de quatre départements issus de trois divisions.

L'équipe d'appui SRPS de la Division de la stratégie demeure isolée et en infériorité numérique (13 staffs fixes[93]) par rapport au reste du Secrétariat qui compte 700 personnes environ. Elle est également à dominante anglophone[94], ce qui constitue une difficulté supplémentaire pour les pays d'Afrique francophone. Bien que les compétences RSS se développent au sein des autres départements du Secrétariat, la culture professionnelle de ses agents et l'organisation interne du Fonds restent en majorité une culture de spécialistes des trois pandémies, avec un fonctionnement cloisonné, et un objectif premier porté sur le décaissement des financements. Plusieurs interlocuteurs ont relevé

[93] Au moment de l'enquête
[94] Seul le chef de l'équipe est bilingue français/anglais

le risque d'isolement du département SRPS, à l'image des équipes chargées des droits humains ou des CCM, avec une appropriation variable de ces thématiques par la division de la gestion des subventions (la plus importante du Secrétariat, en contact direct avec les pays), en fonction des gestionnaires de portefeuilles.

> « En termes organisationnel, c'est exactement la même problématique que pour les Droits humains. Il y a un département des subventions, qui est là pour décaisser. Et après des unités dans d'autres départements à côté qui sont censées porter les sujets sur le RSS ou les Droits humains. Forcément il y a une certaine déconnexion ! Il faut croiser les choses » (acteur français santé mondiale)

Certains interlocuteurs questionnent l'intérêt réel du *top managament* sur cet enjeu, ne favorisant pas une impulsion collective. In fine, la culture verticale demeure encore largement dominante, avec des compétences limitées en termes de santé maternelle et infantile par exemple, et une transition difficile vers plus de transversalité.

> « Cette approche verticale, en silos, c'est ce qui a fait l'efficacité du Fonds mondial, parce que du coup on a concentré de l'argent, de la stratégie, de l'énergie et de la volonté politique, du coup on a eu des résultats. Mais la contrepartie, c'est qu'ils ont du mal à sortir de cette approche verticale et à réfléchir un peu plus horizontalement sur l'ensemble des systèmes de santé des pays, y compris sur les systèmes communautaires de santé » (acteur français de la santé mondiale).

A la différence des subventions maladies, le RSS peut ainsi être perçu de la part de ses agents opérationnels comme un objet flou, difficile à appréhender, sans référentiel ni objectifs précis, et qui pourrait mettre à mal les résultats des subventions (risque de dilution sans impact, difficultés d'absorption) et donc de l'organisation.

> « En fait le RSS, ce que je trouve très compliqué, c'est qu'autant sur le VIH, la tuberculose, le paludisme, on a des besoins, c'est très cadré, on peut dire presque au centime près combien on a besoin sur les trois prochaines années, c'est hyper cadré en médicaments, en transport d'échantillons, en ce qu'on veut…Sur le RSS, c'est vraiment vague, c'est très vague » (agent FM)

Au final, il existe un certain décalage entre l'évolution de la stratégie et son appropriation cognitive et normative par ses acteurs, ce qu'un consultant résumait :

> « Les documents de référence, avec la stratégie 2017-2022 avec le RSS, ça montre déjà une grande ouverture du Fonds mondial par rapport à ça, et dans ses documents d'orientations pour rédiger les notes conceptuelles. Mais il y a un problème de culture, le Fonds mondial ayant pendant très longtemps favorisé la verticalité. Depuis Genève, elle est encore dans les esprits. Et les mécanismes nationaux de coordination ont aussi cette approche-là, ils sont habitués à la verticalité. La transversalité ne passe pas beaucoup. Le Fonds mondial a des documents qui permettent d'aider à le faire, mais le problème, c'est la mentalité des gens, d'abord avec les mécanismes et aussi les partenaires qui sont dans l'appui vertical, ils en profitent. Donc une des contraintes, c'est la mentalité » (Consultant international)

Aujourd'hui, l'intégration du RSS n'a pas changé profondément l'organisation ni la culture du Fonds mondial. Il n'existe pas de savoirs partagés concernant le RSS (c'est-à-dire une compréhension commune de son approche) (cf. 2.2.1), ni de normes partagées (avec une forte variabilité dans l'adhésion des gestionnaires de portefeuilles au RSS par exemple), ni de culture du RSS (la culture dominante étant encore largement verticale). L'intégration du RSS de manière formelle, comme objectif stratégique propre, est relativement récente au regard de l'histoire du FM, et prend nécessairement du temps, bien que certains questionnent la volonté politique du *top management* pour accélérer le mouvement.

2. Un dispositif technique actuellement insuffisant et peu adapté aux spécificités du RSS

Si on le compare au dispositif technique créé pour mettre en œuvre les subventions maladies, le dispositif technique pour le RSS, bien qu'en phase d'amélioration constante, demeure insuffisant pour

initier, voire contraindre de manière efficace les différents acteurs de la chaine à initier des programmes RSS de qualité. Il est apparu que le dispositif actuellement en place produit deux types de conséquences : il tend à freiner, voire à paralyser les initiatives RSS ; et il tend à générer un éparpillement, une fragmentation ou verticalisation des activités RSS.

2.1. Une tendance à freiner l'action

2.1.1. Cadre de redevabilité et indicateurs de performance : les moteurs de l'action

Depuis la Stratégie de 2017-2022, des efforts ont été faits pour mieux définir comment évaluer le RSS. (Encadré 11).

Encadré 11 : Le suivi & évaluation du SRPS au Fonds mondial

Le S&E du Fonds mondial pour les RSSH comporte trois aspects principaux :

1. Les indicateurs clés de performance (KPI) au niveau de la stratégie - dont deux sont spécifiques au RSSH (indicateurs 6 et 7[95]).

Key Performance Indicator 6

Strengthen systems for health

Strategic Vision

Increase the share of countries with resilient and sustainable national systems for health that meet standards for use by Global Fund programs

Measure

Share of the portfolio that meet expected standards for:

a) Procurement and supply chain systems
b) Financial management systems
c) Data systems and analytical capacity

Key Performance Indicator 7

Fund utilization

Strategic Vision

Increase increase the rate at which countries effectively absorb allocated funds

Measure

a) **Allocation utilization:** Grant expense (actual + MTP) / Allocation
b) **Absorptive capacity:** Cum. expenditure / Cum. grant agreement budget

2. Les indicateurs clés de performance (KPI) au niveau de la mise en œuvre, qui comprennent des indicateurs d'impact et de couverture (ou de résultat) ainsi que le suivi des intrants et des extrants spécifiques ("mesures de suivi du plan de travail"), sur la base des indicateurs du « cadre modulaire » (cf. annexe 4).

3. Le suivi de certains inputs et résultats spécifiques.

Source : TERG 2019

Les entretiens ont corroboré les observations des différent rapports internes au Fonds mondial qui pointent la faiblesse des indicateurs RSSH (pertinence, absence, difficulté à évaluer l'impact), ainsi que leur faible utilisation dans les cadres de performance des demandes de financement, générant un impact négatif sur le suivi des performances et la responsabilité des acteurs engagés (Encadré 12).

> « S'il y a une chose qui est ressortie clairement des différentes revues sur le RSS, c'est qu'il y avait besoin de travailler sur les indicateurs et que ces actions ne pouvaient être appréciées réellement » (acteur français santé mondiale)

[95] L'indicateur de performance clé n°6, proposé comme un agrégat de plusieurs indicateurs de mise en œuvre mesurant les progrès réalisés dans le renforcement des domaines prioritaires des systèmes nationaux de santé ; et l'indicateur de performance clé n°7, qui suit la mesure dans laquelle les systèmes de santé sont suffisamment solides pour utiliser efficacement le niveau de financement requis pour faire face à la charge de morbidité

Il a été relaté la difficulté de s'accorder sur des indicateurs satisfaisant pour tous, avec des compromis qui ne satisfont au final que peu de monde.

Encadré 12 : Synthèse des observations liées aux indicateurs de performance du Fonds mondial (TRP 2018, TERG 2019, OIG 2019)

→ **Modes de calcul : l'identification des financements SRPS**
- La plupart des financements SRPS étant intégrés dans les subventions de lutte contre les maladies, il est difficile d'identifier les financements SRPS spécifiques et de différencier ce qu'est un financement RSSH "direct" et ce qui est "contributif" (TERG 2019)

→ **Absence d'indicateurs pour certains sous-objectifs**
- Des indicateurs clés de résultats stratégiques ont été définis pour suivre les progrès de seulement 4 des 7 sous-objectifs, à savoir la gestion financière, l'alignement des financements sur les plans stratégiques nationaux, la chaine d'approvisionnement et les données ; n'intégrant pas les ressources humaines pour la santé, les réponses et systèmes communautaires et la santé reproductive, des femmes, des enfants et des adolescents, qui représentant 65% des investissements SRPS totaux (OIG 2019)

→ **Difficultés à mesurer l'impact**
- Les investissements SRPS sont souvent suivis par des indicateurs de produits et de processus plutôt que par des indicateurs de résultats et d'impact (TRP 2018 et OIG 2019)
- Dans la mesure où l'achèvement des activités SRPS requiert plusieurs années de par leur nature, la durée du cadre de suivi n'est pas adaptée (OIG 2019)

→ **Utilisation des indicateurs non systématique dans les subventions**
- Les subventions comportant des investissements SRPS n'intègrent pas toujours des indicateurs axés sur le SRPS. Il peut donc y avoir un décalage important entre les résultats et la réalité (TRP 2018 et OIG 2019).

→ **Recommandations**
- Les indicateurs des systèmes de santé dans le cadre modulaire doivent être révisés, élargis et utilisés, afin de mieux évaluer les résultats et l'impact des activités SRPS. (TRP 2018, OIG 2019)
- Mettre davantage l'accent sur les études qualitatives à petite/moyenne échelle et les examens thématiques pertinents (TERG 2019).

Les entretiens ont permis de dégager les facteurs explicatifs perçus de ce constat, entre 1) la lenteur inhérente au changement institutionnel, notamment l'évolution des compétences et de culture de ses agents

> « C'est une question de maturité encore une fois. Nos spécialistes sont sur les trois maladies. Ils sont meilleurs pour définir des indicateurs sur les personnes sous traitements, etc. et moins bons sur tout ce qui est *project management*, parce qu'à la limite, tout ce qui est investissement RSS c'est des investissements *project management* (…) Les choses vont évoluer. C'est plus difficile et on a moins de compétences là-dessus par rapport à ce qu'on doit faire. On fait des subventions maladies depuis des années, on fait des subventions RSS de manière assez récente. C'est normal qu'on se trompe au début, ce qui est important c'est d'apprendre et se tromper de moins en moins » (agent du Fonds mondial)

2) La complexité technique et spécifique propre au RSS. À la différence des trois pandémies, l'impact sur le RSS est plus difficile, en soi, à mesurer, en raison des résultats recherchés plus systémiques, de son caractère qualitatif et du temps plus long nécessaire pour observer des effets

> « On peut voir quels sont les meilleurs indicateurs pour travailler sur l'*output*, c'est-à-dire investir pour avoir quelque chose en retour. Qu'est-ce que c'est ce quelque chose de retour qu'on aimerait avoir ? Le système communautaire, c'est un très bon exemple ! je donne de

> l'argent à un agent de santé communautaire, qu'est-ce que j'attends de retour et qu'est-ce que je mesure ? Le nombre de cas qui est devant ma porte ? combien de visites faites ? Qu'est-ce que je mesure pour justifier l'investissement ? Il faut réfléchir et adapter pour mettre dans un cadre de performance » (agent du Fonds mondial)

> « Mais est-ce qu'on ne peut pas avoir des financements pluriannuels sur le RSS, est-ce que pour des choses structurantes, tu es obligé de suivre un cycle projet ? Quand tu parles chaque année d'apporter des moustiquaires, tu sais que tu vas les délivrer ! Pour le RSS ? c'est long ! dès que tu prends un retard, ça prend six mois de retard ! Je les comprends qu'ils n'aient pas envie d'en faire ! les CA ont lieu deux fois par an et les échéances elles sont rapides ! » (acteur français de la santé mondiale)

Il a également été mentionné la difficulté de rendre compte d'actions qui ne sont pas de la seule redevabilité du Fonds mondial et de la difficulté à mesurer un impact dans un contexte de co-redevabilité avec d'autres partenaires techniques et financiers ainsi que les pays récipiendaires.

> « Il *[ndlr : le Fonds mondial]* a pu essentiellement *drafter* des indicateurs sur des actions qu'il pouvait maitriser un peu, sachant qu'encore une fois, il n'avait pas toutes les clés en main pour mesurer les résultats et pour faire en sorte que ces objectifs-là soient totalement fonctionnels, puisque tout ne lui appartient pas (…) Donc c'est normal que les indicateurs RSS ne soient pas bons, ce n'est pas une surprise ! On lui demande un peu l'impossible ! » (acteur société civile)

Aussi, devant la diversité des contextes nationaux, il a été relevé l'impossibilité de standardiser les outils de suivi et évaluation, ce qui tend à les complexifier par souci d'exhaustivité, chaque pays ayant ses problématiques propres.

3) Certains questionnent la volonté politique pour pallier ces insuffisances, notamment du Secrétariat, et relativisent la complexité technique des indicateurs RSS. Par exemple, un interlocuteur relevait au moment de l'enquête que des domaines techniques, tels que les laboratoires, n'étaient pas encore suivis par des indicateurs comme les systèmes de transport d'échantillon ou la gestion des stocks. D'autres appellent de leurs vœux une plus grande adaptation du Fonds mondial sur cet enjeu, avec notamment une méthodologie qui serait davantage qualitative (tel que préconisé par le TERG), l'adoption et l'adaptation du Fonds mondial aux indicateurs de l'UHC 2030, le recours à une absorption différenciée entre les subventions maladies et celles RSS, ou encore la création de nouveaux modèles.

> « Il y a toujours moyen de trouver un indicateur qui montre que comme il y a plus de personnel de santé, il y a plus de personnes qui ont accès aux soins. On pourrait être plus malins pour trouver des indicateurs, qui sont des proxys, ce n'est pas direct. Les pays donateurs font des calculs très savants pour dire combien de dollars sont arrivés au fin fond du Tchad, ils pourraient trouver des indicateurs pour dire en quoi ça a contribué à avoir un impact, sachant que ça n'a pas contribué que là-dessus. » (acteur français de la santé mondiale)

Au final, dans le contexte d'une organisation où le financement est basé sur les résultats, ces insuffisances sont perçues comme le frein décisif à l'action, et ce tout au long de la chaine d'acteurs impliqués. En premier lieu, les ambivalences du Conseil d'administration sont largement indexées, entre d'un côté la volonté affichée d'investir davantage sur le RSS, et d'un autre côté la difficulté de rendre compte d'un impact rapide pour cet enjeu, comme frein consubstantiel à un réel engagement.

> « C'est aussi le CA du FM (donc les donateurs) qui poussent dans telle direction le Secrétariat, donc on se mange un peu la queue car tout le monde dit que c'est de plus en plus important pour soutenir certaines parties du RSS en lien avec les pandémies et qui permettent de mieux harmoniser l'ensemble des politiques de santé ; et d'un autre côté, des bailleurs qui ne souhaitent pas trop investir là-dedans » (acteur français santé mondiale)

Aussi, certains acteurs ont relevé le fait que la performance globale du Fonds mondial – et celle des équipes pays en particulier – ne prenait pas suffisamment en compte le RSS pour inciter les différents acteurs de la chaine à s'y engager pleinement. Il existe ainsi une inégalité de fait entre le niveau d'élaboration des indicateurs du pilier stratégique n°1 portant sur les trois pandémies et celui des trois autres (SRPS, droits humains et mobilisation des ressources).

> « La majorité de la performance du Fonds mondial est liée à des indicateurs clés liés aux trois maladies ; il y en a un petit peu sur d'autres thématiques comme le RSS, les droits de l'homme, etc. mais la majorité, ce sont les trois maladies. Et la performance des équipes pays est liée aux progrès faits dans le recul de l'incidence du palu, le nombre de personnes ayant accès aux ARV, le nombre de personnes diagnostiquées, confirmées et sous traitement pour la tuberculose… Quand une partie de la subvention est dédiée au RSS, on n'a pas en face d'indicateur clé qui va contribuer à l'évaluation de la performance des hommes et des femmes qui composent les équipes pays au Fonds mondial » (acteur français santé mondiale)

Dans un contexte où les équipes pays sont essentiellement évaluées sur les taux d'absorption et où les taux d'absorption pour le RSS sont moindres[96], elles ont tendance à moins s'impliquer sur cet enjeu. Un interlocuteur relatait un échange avec un gestionnaire de portefeuille du Fonds mondial :

> « Un *portfolio manager* à Genève me disait, 'vous comprenez on est tous évalués sur l'absorption des pays et une subvention RSS, ça n'absorbe pas aussi bien qu'une subvention palu où on achète des moustiquaires. Pour nous, c'est plus difficile à tracer, au *board* ils ne sont pas contents des résultats des pays, donc c'est vrai qu'on ne pousse pas' » (acteur français santé mondiale)

2.1.2. L'absence de montant dédié au RSS dans les lettres d'allocation : favoriser l'appropriation pays ou affaiblir cette composante ?

La « lettre d'allocation » est une lettre envoyée par le Fonds mondial peu de temps avant le début de la rédaction de la note conceptuelle. Elle communique le montant de la somme allouée par pays, une suggestion de sa répartition entre les trois pandémies et recommande la démarche à suivre. Pour plusieurs interlocuteurs – consultants, opérateurs ou acteurs bilatéraux -, l'absence de montant souhaité ou attendu pour le RSS dans cette lettre a constitué un obstacle majeur pour l'établissement de subventions RSS qui soient conséquentes et de qualité lors des requêtes de financement dites « NFM3 » (2021-2023). En effet, dans plusieurs pays tels qu'en République centrafricaine ou en République démocratique du Congo, les consultants et Ministères de la santé ont d'abord dû mener des négociations préalables conflictuelles pour pouvoir dégager un financement sur les enveloppes maladies afin d'élaborer une composante RSS. Ces négociations ont pu s'étaler sur plusieurs mois, paralysant le processus d'écriture, avec un « *grand risque que la composante RSS soit traitée de façon secondaire* » (acteur français santé mondiale). Dès lors, certains ont relevé qu'il s'agit d'une approche « négative », qui peut être perçue comme un « sacrifice » et non comme un « bénéfice » de la part des acteurs maladies. Ces négociations se déroulent dans un contexte où les rapports de pouvoirs sont inégalitaires entre les acteurs santé non-pandémies (peu intégrés au système du Fonds mondial) et les acteurs pandémies qui en connaissent les rouages, généralement soutenus par les équipes pays du Fonds mondial.

> « Ce qu'on a vu, c'est que quand il faut donner de l'argent à une composante RSS, c'est vu comme un sacrifice et non comme un bénéfice. On ne voit pas que renforcer la chaine d'approvisionnement et de médicaments dans un pays sera bénéfique pour les trois maladies et tout le système…idem pour le réseau des laboratoires ou la décentralisation des soins de santé primaires (…) Les Programmes (et c'est un énorme souci) ne souhaitent pas trop qu'il y ait une grosse subvention RSS, puisque c'est sur leur propre budget qu'ils doivent contribuer au RSS. Il y a une clarification nécessaire à faire de la part du Fonds mondial, car ce n'est pas possible pour les programmes de faire des sacrifices et ce n'est pas possible pour le RSS de s'imposer » (acteur français santé mondiale)

En termes de qualité des demandes, le TRP a également souligné le lien de cause à effet, entre cette absence de montant suggéré et le risque d'éclatement des financements RSS entre plusieurs demandes de financements.

[96] Pour rappel, les activités SRPS intégrées dans les subventions consacrées aux maladies affichent des taux d'absorption de 67 %, contre 75 % pour les interventions exclusivement axées sur les maladies. Le taux moyen d'absorption pour les subventions SRPS autonomes s'établit à 56 % (OIG, 2019)

> « En outre, étant donné qu'il n'y a pas d'allocation spécifique pour les SRPS, ces investissements sont souvent divisés en plusieurs demandes de financement qui peuvent même être réparties sur différentes fenêtres, ce qui rend encore plus difficile un examen des investissements des SRPS dans le contexte du système de santé. » (TRP Leçons 1ère fenêtre NFM3)

Il a été observé qu'en général, les pays avec un leadership important (tel que le Bénin) réussissent à bénéficier de ces opportunités proposées par le Fonds mondial, tandis que les pays à la gouvernance plus fragile (tels que la République centrafricaine et la République démocratique du Congo) ne parviennent pas à négocier avec le Fonds mondial pour obtenir des enveloppes dédiées au RSS qui soient conséquentes (Encadré 13).

Selon divers agents du Fonds mondial, cette absence de prescription pour le montant alloué au RSS se justifie par la volonté de laisser cette décision aux pays, suivant le principe du « *country driven* », en fonction de leurs besoins spécifiques. Un autre acteur français de la santé mondiale relevait également le risque de rouvrir un débat perçu comme chronophage et stérile sur le « *disease split* » - où 50% des financements du Fonds mondial doivent être alloués au VIH, 32% au paludisme et 18% à la tuberculose. Ainsi, comme solutions évoquées, un agent du Fonds mondial proposait de moduler le caractère prescriptif en fonction de la maturité des pays, en étant davantage prescriptifs pour les pays dont la gouvernance est plus fragile, et en étant plus flexibles pour les pays avec une gouvernance plus forte. Une autre proposition évoquée serait d'imposer un montant minimum de 10% alloué au RSS, comme cela a été observé en Côte d'Ivoire, où le processus de négociation s'est déroulé de manière consensuelle.

Encadré 13 : Étude de cas : élaboration de la note conceptuelle RSS (NFM3) en République centrafricaine (RCA)

Un contexte particulièrement « *challenging* »

La République centrafricaine traverse des périodes de conflits violents depuis plus de 30 ans. Elle présente ainsi un système de santé particulièrement affaibli, avec en tête les ressources humaines de santé qui manquent tant sur plan quantitatif que qualitatif, et qui présentent un problème de distribution et de rétention sur le territoire national, la moitié des effectifs étant concentrée sur Bangui, au détriment des six autres régions sanitaires. Ce pays est régulièrement confronté à des ruptures de stock en médicaments, tel qu'en mars 2019 pour les traitements antirétroviraux, suggérant de fortes lacunes au niveau de la chaine d'approvisionnement, bien que gérée par l'agence onusienne, le Programme alimentaire mondial (PAM). Un vol de quantités importantes de médicaments signalé au Secrétariat en 2017 avait provoqué une enquête du Bureau de l'Inspecteur Général, qui avait confirmé les détournements importants de médicaments vers le marché illicite. En termes de gouvernance, le pays se classe au 159ème rang sur 176 pays selon l'indice de perception de la corruption publié en 2016 par *Transparency International*. Au niveau de la mobilisation des financements, le pays dépend à environ 75% du Fonds mondial pour lutter contre les trois maladies, bien que cette contribution représente au final seulement 20-30% des besoins réels du pays, avec de nombreux gaps.
Le pays fait face à une épidémie du VIH/sida généralisée, avec une prévalence de 3,5% de la population adulte, et environ la moitié des PvVIH ayant initié un traitement. Des défis particulièrement importants concernent le nombre de perdus de vue puisque l'on estime que pour dix patients qui initient leur traitement ARV, six patients sortent du système. Le paludisme et la tuberculose sont des préoccupations de santé publiques majeures, avec 1,4 millions de cas de paludisme chaque année (dont la moitié touchant des enfants) et 39.000 nouveaux cas de tuberculose (les populations déplacées à l'intérieur du pays étant particulièrement impactées). La République centrafricaine est un pays « essentiel » pour le Fonds mondial, c'est-à-dire un portefeuille important, avec une charge de morbidité élevée et un risque élevé ; elle fait partie des

pays qualifiés d'« Environnements Opérationnels Complexes» (EOC) et est soumis à la politique de sauvegarde supplémentaire[97]. Ses récipiendaires principaux sont des ONG internationales, avec la Croix rouge française pour la subvention VIH/TB et World Vision pour le paludisme.

La polémique des 30%

Dans la lettre d'allocation reçue en décembre 2019, le Fonds mondial annonce une augmentation de 120% de ses financements par rapport à sa dernière subvention. Cette augmentation apparait comme une opportunité pour le Ministère de la santé pour renforcer les systèmes de santé. N'ayant pas de montant suggéré par le Fonds mondial, le Cabinet du Ministère de la santé propose ainsi que 30% des financements soient alloués au volet RSS. Pour ceux défendant la position du Ministère, cette proposition est justifiée étant donné les insuffisances colossales des systèmes de santé qui risquent de nuire aux résultats des subventions maladies, d'autant que les financements ont augmenté de 120%, ce qui nécessite de lever d'autant plus les goulots d'étranglement pour dérouler les activités et éviter les problèmes d'absorption, avec en premier lieu le manque de personnel de santé ; tout en permettant une meilleure harmonisation et de réduire les différences creusées entre les programmes pour les trois pandémies et le reste des systèmes de santé. Cette proposition est perçue comme irrecevable et « excessive » (agent du FM) de la part du Fonds mondial, tant le budget demandé dépasse ce qui est habituellement alloué ; les personnes impliquées dans les programmes maladies ainsi que les partenaires techniques et financiers verticaux partageaient cette même vision, le budget RSS devant être constitué, selon eux, du reliquat des budgets de lutte contre les maladies ou en dégageant 5% des subventions maladies, et les financements du Fonds mondial étant déjà en deçà des besoins estimés. De manière indirecte, certains interlocuteurs ont suggéré la grande méfiance du Fonds mondial vis-à-vis des pays qui serait liée au risque financier perçu, en raison de leurs capacités de gestion limitées, mais également des risques de détournements de fonds.

Ces négociations ont eu lieu dans un contexte où les rapports de force entre « acteurs santé pandémies » et « acteurs santé non-pandémies » étaient inégalitaires. Bien que le Ministre de la santé soit rôdé aux mécanismes de l'aide internationale contre les pandémies – ayant travaillé pendant 17 ans pour l'Onusida au siège à Genève comme dans les pays, les acteurs santé non-pandémies se sont trouvés en minorité face au CCM, aux ONG internationales et aux partenaires techniques et financiers ; et sur une vingtaine d'experts techniques, un seul était spécialiste du RSS, financé par l'Initiative présidentielle pour la santé en Afrique (gérée par l'Initiative 5%), les experts OMS n'ayant pas participé à l'élaboration de la subvention RSS.
Ces négociations ont également pesé sur l'efficacité du processus de rédaction et la qualité des demandes. Une certaine « cacophonie » a ainsi été observée, avec une équipe RSS travaillant d'un côté sur des activités RSS (notamment la chaine d'approvisionnement) et les équipes VIH/TB et paludisme travaillant également, chacun de leur côté, sur ces mêmes aspects RSS, sans budget défini.

Au final, cet exemple cristallise un ensemble de difficultés et de dilemmes auquel le Fonds mondial est confronté :

- Dans des contextes d'État fragiles, si définir un montant d'allocation RSS peut paraître prescriptif, ne pas le définir tend à pénaliser le RSS, les « acteurs pandémies » (Fonds mondial, récipiendaires principaux, partenaires techniques et financiers) soutenant de facto leurs objectifs propres.
- Dans des contextes de forte dépendance des pays au Fonds mondial pour subvenir aux besoins des trois maladies, le RSS tend à être perçu comme un sacrifice effectué au détriment de la lutte contre les trois pandémies, et non comme un bénéfice potentiel, qui permettrait de faciliter la mise en œuvre des activités.
- Dans des contextes où les systèmes de santé manquent des éléments de base (du personnel de santé, de médicaments), les priorités du Fonds mondial se resserrent sur la mise en

[97] La Politique de sauvegarde supplémentaire prévoit un ensemble de mesures additionnelles susceptibles d'être mises en place par le Fonds mondial pour renforcer les contrôles budgétaires et de supervision dans un environnement particulièrement risqué

œuvre des subventions maladies, en contournant les institutions publiques nationales. Les lacunes des systèmes de santé apparaissant comme trop abyssales pour que le Fonds mondial puisse s'engager dans cette voix, soulevant la question de la possibilité de renforcer véritablement les systèmes de santé dans ces contextes.

Enfin, cet exemple souligne le décalage entre le discours produit par le Fonds mondial, affichant un investissement de 27% dans le SRPS, et la demande du Ministère de la santé d'allouer 30% de la subvention au RSS, qui apparait comme « excessive ».

2.1.3. Des directives techniques inexistantes ou méconnues des acteurs

Pour certains acteurs ayant participé au processus d'élaboration des notes conceptuelles en Côte d'Ivoire, le manque de priorités stratégiques et de directives techniques claires sur les aspects RSS est un obstacle pour une utilisation optimale de ces investissements. Un Directeur d'une ONG récipiendaire exprimait cette frustration :

> « C'est pour ça que, à terme, il serait bien que le Fonds mondial étoffe un peu ses directives pour dire « voilà les aspects que nous prenons ou pas » pour arriver à un plan réel de renforcement de capacités et de développement réel d'actions de santé, surtout sur les aspects de RSS (…) Le Fonds mondial, c'est un bon modèle avec une propension à mettre beaucoup d'acteurs autour de la table, mais en termes de choix, de priorités, d'investissements, on devrait encadrer un tant soit peu » (acteur ONG récipiendaire principale, Côte d'Ivoire)

Ces zones de flottements sont perçues comme nuisibles, dans la mesure où elles favorisent la voix des plus forts et pas nécessairement celle des besoins les plus pertinents ; parce qu'elles ont tendance à rendre plus difficile la démonstration de la rentabilité derrière l'investissement ; ou encore parce qu'elles paralysent les acteurs chargés de la rédaction des demandes de subvention. L'exemple de l'élaboration du paysage de financement RSS en Côte d'Ivoire illustre ce cas de figure (Encadré 14). Dans un contexte où le Fonds mondial est habituellement clair et prescriptif pour ses subventions maladies, avec des procédures complexes qui nécessitent des connaissances d'initiés, ces zones d'incertitude sont davantage perçues, a priori, comme la marque d'une méconnaissance des acteurs concernés, plutôt que comme une opportunité laissée par le Fonds mondial que les pays pourraient exploiter. Pour un agent du Secrétariat interrogé, ces flexibilités existent, mais rares sont les pays capables de « rentrer dans la matrice » du Fonds pour les exploiter. Par exemple, les conditions de cofinancement pour accéder aux allocations du Fonds sont flexibles pour certaines catégories de pays,

mais relativement peu connues, les pays à faible revenu[98] n'ayant aucune restriction et ne pouvant démontrer que leurs investissements sont à 100% pour le RSS et pas nécessairement pour les trois maladies comme c'est usuellement le cas.

> « Le Fonds offre des flexibilités. Le problème est souvent lié au manque de connaissances des directives du Fonds mondial en matière de RSS de la part des pays et des portfolio managers. Il y a une tendance à rester basique, avec le système d'information sanitaire (SIS), la chaine d'approvisionnement…Avec une approche par bloc, sans approche systémique. Il nécessiterait des conseillers spéciaux qui puissent appuyer les pays à définir leurs priorités en termes de RSS et de rentrer dans la matrice du Fonds mondial » (consultant international)

Encadré 14 Le paysage de financement RSS en Côte d'Ivoire

En Côte d'Ivoire, une réunion a été convoquée fin mai 2020 à la sous-direction du budget de la Direction générale de la santé, afin d'identifier – en l'absence de directives claires et/ou connues par les acteurs – l'éligibilité des dépenses de santé de l'État pouvant faire partie du paysage de financement RSS.
Différentes questions se sont posées, telles que '*Tout le budget santé de l'État peut-il être considéré comme étant du RSS ? Si non, que faut-il retrancher ?*', '*Faut-il retrancher les dépenses liées aux trois maladies, d'autant qu'elles ont déjà été comptabilisées dans les paysages de financement qui leur sont dédiés ?*', '*Est-ce qu'acheter des médicaments pour le VIH, c'est du RSS ?*', '*Faut-il inclure les dépenses de fonctionnement des établissements sanitaires et les salaires du personnel de santé ?*' ; et surtout, '*Des directives précises existent-elles ou bien sont-elles simplement méconnues de notre part ?*' Au cours de la réunion, plusieurs appels téléphoniques et recherches internet ont cherché à obtenir la réponse à cette dernière question cruciale, en vain. Après 3h30 sans que de décision claire n'ait pu être prise, un agent de la DGS participant à la réunion déclarait « *on n'a eu aucune orientation…on devait juste être des porteurs de matières et on doit construire notre démarche* ! »

2.2. Une tendance à fragmenter l'action

2.2.1. Les modalités de mise en œuvre : subventions « *stand alone* » Vs « intégrées aux maladies »

Les pays ont la possibilité de soumettre des investissements RSS suivant deux grands types de modalités : soit dans une subvention autonome à part (dite « *stand alone* »), ce qui est rarement le cas (seuls 2% des financements du FM passent par ce canal), y compris en Afrique de l'Ouest et du Centre où seuls le Bénin et le Nigéria ont une telle subvention en cours (cf Annexe 5) ; ou soit dans une subvention intégrée au sein de subventions maladies, dont les configurations sont diverses (Encadré 15).

[98] Pour les pays à faible revenu, quelle que soit la charge de morbidité, les contributions de cofinancement ne se limitent pas au programme de lutte contre la maladie ou aux coûts connexes des SRPS ; elles ont la possibilité de démontrer que leur investissement est à 100% pour les interventions SRPS et pour les pays à revenu intermédiaire de la tranche inférieure, ils ont la possibilité que leur investissement dans les programmes maladies soit au minimum de 50% (présentation « Co-financing in the Global Fund Grants », atelier « Investir dans le système de santé : un levier majeur pour accroître l'impact des subventions en Afrique de l'Ouest », Cotonou le 7 février 2020)

Encadré 15 Diversité des modalités d'allocation des investissements RSS

→ **Subvention autonome (ou « stand alone »)** : subvention dédiée au RSS, avec une soumission et un récipiendaire principal à part.

→ **Subvention intégrée aux subventions maladies** avec une diversité de configurations possibles, suivant deux facteurs principaux :

- Le degré d'absorption/d'autonomie vis-à-à-vis de la subvention « hôte », avec plusieurs cas de figure :
  - Les activités RSS sont logées dans la subvention (absorption importante)
  - Les modules RSS sont logés dans la subvention (position intermédiaire)
  - La subvention RSS, avec son récipiendaire principal à part, est logée dans la subvention maladie pour des questions d'ordre administratif (autonomie importante)

- Le degré d'éclatement/rassemblement au sein d'une ou plusieurs subventions maladies avec plusieurs cas de figure :
  - L'ensemble du RSS est logé dans une seule subvention
  - Les sous-piliers RSS (par exemple la gouvernance, le système d'information sanitaire) sont répartis dans des subventions différentes
  - Un même sous-pilier est éclaté entre différentes subventions maladies

Plusieurs interlocuteurs ont soulevé le caractère primordial de cette question de la modalité d'allocation, avec des conséquences importantes en termes de cohérence interne, de coordination (entre les différents volets du RSS, ainsi qu'avec les composantes maladies) et de mise en œuvre.

> « Pour le RSS, il ne faut jamais séparer le fond de la forme. Il faut toujours poser la question de comment ça va être mis en œuvre, qui va gérer, comment cela peut être mis en œuvre avec ses contraintes. » (consultant international)

S'il s'agit d'un débat ancien au sein du Fonds mondial, la première possibilité de soumettre une subvention dédiée à part est apparue au *Round* 5[99] *(2007)*, avant que le Fonds mondial ne se rétracte dès le *Round* 6[100]. Dans la pratique, il a été relaté que la préférence du Secrétariat penche nettement vers les subventions intégrées, avec pour raison principale avancée la simplification et l'économie des frais de gestion administratifs générés par la soumission à part et la désignation d'un récipiendaire principal additionnel, pour faciliter la mise en œuvre mais également (et ceci a été relaté de manière plus informelle), en raison de la peur que les pays voient l'accès à la ressource (facile), avec le passif de détournements de fonds qui a pu exister.

Pour ceux qui privilégient davantage les subventions RSS à part, les avantages perçus sont sa plus forte capacité à donner une vision plus consolidée du système et à éviter l'éparpillement entre les différentes notes conceptuelles maladies. L'exemple de la Guinée-Bissau illustre l'important risque d'éparpillement et de fragmentation des activités RSS, ainsi que les défis de coordination des acteurs qui en résultent. Au moment de l'étude[101], il était prévu que les investissements RSS soient dispatchés entre les notes conceptuelles paludisme et TB/VIH, les deux notes étant soumises à des fenêtres de soumission différentes (respectivement la 1ère et la 2ème de 2020), avec une visibilité limitée pour les consultants de la deuxième note sur le contenu de la première note. Pour la plupart des sous-piliers

[99] Avant 2014 et l'adoption du Nouveau modèle de financement (NFM), les subventions du Fonds mondial s'appelaient des « *round* »

[100] Cf Figure 1 : Évolution de l'investissement du Fonds mondial dans le renforcement des systèmes de *santé*, p.19

[101] Au moment de l'étude, les notes conceptuelles n'avaient pas obtenu la validation du TRP et du GAC. Il s'agit donc de données recueillies dans les notes conceptuelles non définitives.

(santé communautaire, chaine d'approvisionnement, laboratoires, système d'information sanitaire, prestation de services intégrés), les deux notes conceptuelles ont proposé des activités parallèles, avec des angles d'approche, voire des activités similaires. Dans les deux notes figurent, par exemple, des activités liées à la gestion des déchets médicaux, au contrôle qualité des laboratoires ou au renforcement des acteurs de la société civile. Et de manière générale :

> « Le TRP a également identifié une mauvaise coordination entre les éléments du RSSH dans les demandes de financement liées à la maladie : dans plusieurs cas, les données relatives au RSSH étaient incohérentes entre les différentes demandes de financement (par exemple les frais d'entreposage et de distribution), ce qui entraînait des budgets peu fiables et l'impression que les candidats eux-mêmes n'avaient pas non plus une image claire du système de santé ou de l'investissement proposé »[102]

Un autre argument employé par les défenseurs des notes conceptuelles autonomes concerne sa plus forte propension à prévenir le risque que le RSS soit délaissé par les récipiendaires principaux maladies au moment de sa mise en œuvre. En Côte d'Ivoire par exemple, un Directeur d'une Direction centrale relatait ses difficultés dans la mise en œuvre du NFM2, n'étant pas sous récipiendaire, n'ayant aucune autonomie gestionnaire et financière, et dépendant totalement du Programme national de lutte contre le Paludisme (récipiendaire principal de la subvention palu/RSS) pour initier ses activités, dont le RSS n'était pas la priorité première. Concernant la priorisation des activités à mettre en œuvre, il affirmait « *dans les arbitrages finaux, c'est toujours nous qui perdons* » (Directeur Direction centrale, Côte d'Ivoire). Un agent du Fonds mondial relatait une situation analogue au Bénin :

> « C'est vrai que quand on avait le RSS dans les subventions maladies, effectivement tout le volet RSS était la cinquième roue du carrosse. Je fais d'abord toutes mes activités VIH, après je fais mes études VIH et après les activités RSS. C'est un des travers de disséminer dans les subventions TB, palu etc., il y a moins de focus sur des activités qui les concernent moins directement » (agent du Fonds mondial)

Au Bénin, l'implication personnelle du Président de la République sur le secteur de la santé et sur le Fonds mondial en particulier – en tant que président du CCM notamment –, conjuguée à un haut niveau de compétences techniques a conduit à l'élaboration d'une note conceptuelle RSS à part (2019 – 2022). Pour autant, malgré la force du leadership pays et la qualité de la subvention, sa mise en œuvre s'est avérée (jusqu'à présent) problématique, soulignant le fait que la réussite d'une subvention RSS est une équation à multiples variables (cf. 3.1.3 Étude de cas : le Bénin, ci-dessous). La plupart des acteurs interrogés nuance ainsi les termes du débat et s'accorde sur le fait que le choix de la modalité n'est pas l'unique facteur de réussite, et que – même s'il est particulièrement important - d'autres facteurs entrent en ligne de compte pour qu'une stratégie RSS nationale soit à la fois pertinente et effectivement mise en œuvre, notamment le leadership pays, les compétences techniques et l'institution en charge de la mise en œuvre qui doit avoir des compétences de gestion financière et programmatique, tout en ayant un lien hiérarchique fort sur les Directions centrales notamment.

En arrière-plan, les interlocuteurs reconnaissent qu'aucune solution n'étant parfaite dans l'absolu, certaines permettent d'atténuer davantage de risques que d'autres : le choix de la subvention intégrée permettant de mieux contrôler les risques financiers, tandis que celui de la subvention autonome les risques d'éparpillement et de fragmentation.

2.2.2. Processus d'élaboration des notes conceptuelles : les défis d'une coordination complexe

L'élaboration inclusive de l'ensemble des parties prenantes des notes conceptuelles est l'une des grandes particularités du Fonds mondial. Le caractère ouvert et participatif de ce processus est salué comme une qualité majeure du Fonds mondial par les différentes parties prenantes interrogées qui y ont pris part. Pour autant, il a été relevé des défis considérables en termes de coordination des

[102] Comité technique d'examen des propositions (TRP) 2020b.

acteurs au moment de son élaboration, étroitement liés à la fragmentation et la verticalité des activités RSS.

Quatre défis principaux dans la coordination des acteurs impliqués dans l'élaboration des notes conceptuelles RSS ont été identifiés :

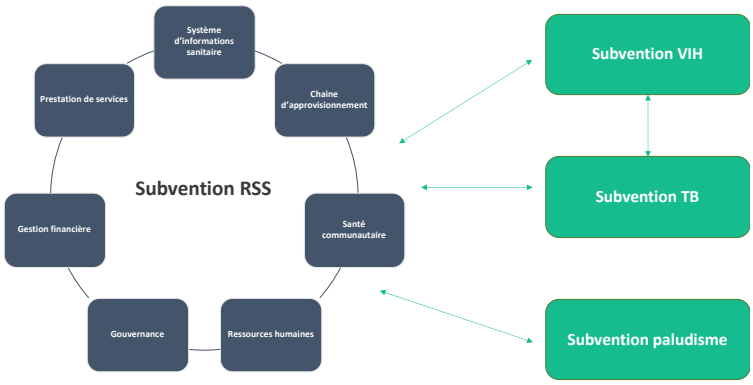
- Entre les différents éléments d'un même pilier RSS : par exemple, comment harmoniser les activités, les formations, les paquets de service et la rémunération des différents conseillers ou agents de santé communautaires ?
- Entre les différents piliers du RSS, soulevant la question de la transversalité des actions : Par exemple, pour le pilier chaine d'approvisionnement, comment faire des ponts avec le pilier système d'information sanitaire (pour renforcer l'interopérabilité et la gestion des stocks), le volet gouvernance (pour accroître la régulation), le volet santé communautaire (pour permettre l'atteinte du dernier kilomètre) et le volet ressources humaines (pour réviser les curricula et former des logisticiens et dispensateurs ?)
- Entre le RSS et les subventions maladies : Par exemple, pour une même action - par exemple la création d'un observatoire communautaire de la santé– est-il plus pertinent de le loger dans la subvention RSS ou la subvention VIH ? Ou encore, comment répartir des actions relatives aux agents de santé communautaire paludisme entre le volet RSS et le volet maladie, sans que cela n'entrave une efficience du processus lors de la mise en œuvre ?
- Entre le RSS et les autres acteurs nationaux ou internationaux extérieurs impliqués sur le RSS : Par exemple, pour la question de l'informatisation de la gestion des stocks dans la chaine d'approvisionnement en Côte d'Ivoire, comment assurer une bonne collaboration entre l'USAID et le Fonds mondial et assurer l'alignement des choix sur la vision nationale ?

Les acteurs engagés dans le processus de note conceptuelle sont contraints en termes de ressources humaines, temporelles et financières, les empêchant de participer à l'ensemble des sous-comités qui seraient pertinents pour assurer une stratégie globale. Pour le NFM3, cette situation a été exacerbée par l'épidémie de Covid-19, ainsi que par la simultanéité de la rédaction des notes conceptuelles (VIH, TB, paludisme). Le cas de la santé communautaire est particulièrement évocateur de cette difficulté. En effet, suivant la méthodologie adoptée pour tracer les dépenses relatives au RSS du Fonds mondial, le renforcement des systèmes communautaires représenterait seulement 2% des financements étiquetés comme RSS, sous-valorisant les dépenses effectives, qui se trouvent ventilées dans d'autres piliers tels que les ressources humaines, le système d'information sanitaire, ou la chaine d'approvisionnement.

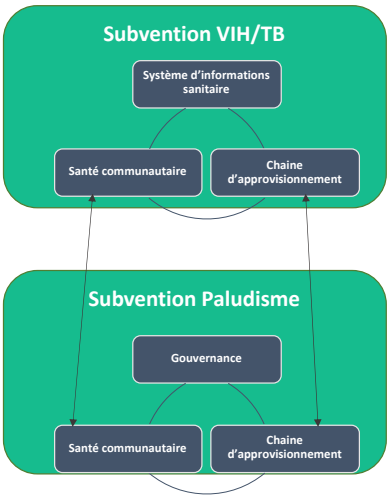
À titre d'exemple, en Côte d'Ivoire, cinq sous-groupes ont été créés pour travailler sur la note conceptuelle RSS (une note autonome, mais logée au sein de la subvention paludisme) - gouvernance, système d'information sanitaire, chaine d'approvisionnement, santé communautaire et qualité des soins – travaillant de manière parallèle aux différents sous-comités dédiés aux trois subventions maladies. Par exemple, la Direction de la santé communautaire (DSC) était concernée par l'ensemble des sous-comités du RSS et des subventions VIH, TB et paludisme (atteinte du dernier kilomètre via le communautaire, intégration des données du secteur communautaire dans le système d'information sanitaire national, gouvernance de la santé communautaire, implication des agents de santé communautaires pour améliorer la qualité des soins et dans la prestation de services, etc.). Pour autant, sur un effectif de 35 personnes au total à la DSC, six personnes ont été impliquées dans le processus de l'écriture à plein temps, pouvant suivre essentiellement le déroulé de la subvention VIH/TB communautaire, paludisme et du sous-comité dédié à la santé communautaire – à l'exclusion des autres sous-comités RSS. En retour, les récipiendaires principaux communautaires ont exprimé un problème de disponibilité de leur personnel (le processus de rédaction s'étalant sur environ six mois) et se sentant moins concernés par les sous-piliers hormis celui de la santé communautaire. Ainsi, si des efforts de collaboration ont pu être faits sur l'alignement des paquets de services des agents de santé communautaires sur la stratégie nationale, des questions prioritaires pour le Fonds mondial telles que l'intégration des données sanitaires communautaires dans les SNIS ou l'atteinte du dernier kilomètre via les ASC n'ont pu être traitées avec les acteurs concernés.

Encadré 16 Les défis de la coordination des activités RSS dans les subventions autonomes et intégrées

1. Dans le cas d'une subvention autonome (schéma)



2. Dans le cas d'une subvention intégrée à une note conceptuelle maladie (schéma)



2.2.3. Le cadre modulaire

Plusieurs consultants ont mentionné le problème du cadre modulaire, peu adapté à des stratégies RSS systémiques – et en particulier pour la santé communautaire. Selon eux, les pays (tel le Sénégal) qui ont cherché à faire entrer dans les cases ou modules leurs subvention RSS ont appauvri leur stratégie, ce formatage ayant fait « *perdre l'essence des choses* » (consultant international), « *le cadre modulaire pouss(ant) les consultants à faire des shopping lists* » (autre consultant international).

En conclusion, bien que des efforts importants aient été faits pour permettre à ce que l'objectif stratégique RSS puisse être mis en œuvre, le dispositif technique demeure aujourd'hui insuffisant pour inciter efficacement les acteurs à mettre en place des stratégies cohérentes, systémiques et bien coordonnées avec les subventions maladies. Les outils déployés relèvent davantage d'un recyclage des instruments initialement créés pour les pandémies, voire d'une « demi-mesure », que d'innovations véritables qui seraient adaptées aux spécificités du RSS[103].

[103] Selon Lascoumes et Sinard, « l'instrument matérialise les intentions, et souvent permet de distinguer plus précisément ce qui relève d'une véritable innovation, d'un recyclage ou d'une demi-mesure. » Lascoumes and Simard 2011.

Certains interlocuteurs soulignent les réelles difficultés techniques à développer un dispositif adapté et efficace au RSS et le fait qu'il s'agisse d'un enjeu relativement nouveau pour le Fonds mondial, tandis que d'autres questionnent la volonté politique interne au Secrétariat de faire de cet enjeu une priorité.

Aussi, certains enquêtés justifient le maintien de ces « zones de flottement » afin de favoriser le principe du « *country driven* » - qui a d'autant plus de sens pour l'enjeu du RSS – et éviter d'être trop prescriptif, et peu en phase avec les besoins réels nationaux. Effectivement, de manière contre-intuitive et à l'encontre de la théorie du *New Public Management*, les zones de flou peuvent avoir une dimension fonctionnelle forte, en incitant les acteurs à l'action en leur laissant des marges de manœuvre. Pour autant, elles apparaissent dans un contexte où le Fonds mondial est habituellement très prescriptif dans ses directives auprès des pays. Ce flou tend davantage à paralyser l'action, qu'à la susciter. Seuls les pays au leadership et aux compétences techniques les plus forts tels que le Rwanda, l'Éthiopie ou le Bénin peuvent s'emparer de ces opportunités offertes par le Fonds mondial.

3. Une dépendance aux acteurs extérieurs

La thématique du RSS révèle et exacerbe des différents défis et difficultés que le Fonds mondial rencontre dans les pays en termes de collaboration et de positionnement avec les acteurs nationaux et les partenaires techniques et financiers (PTF).

3.1. Développer un co-partenariat avec les acteurs nationaux

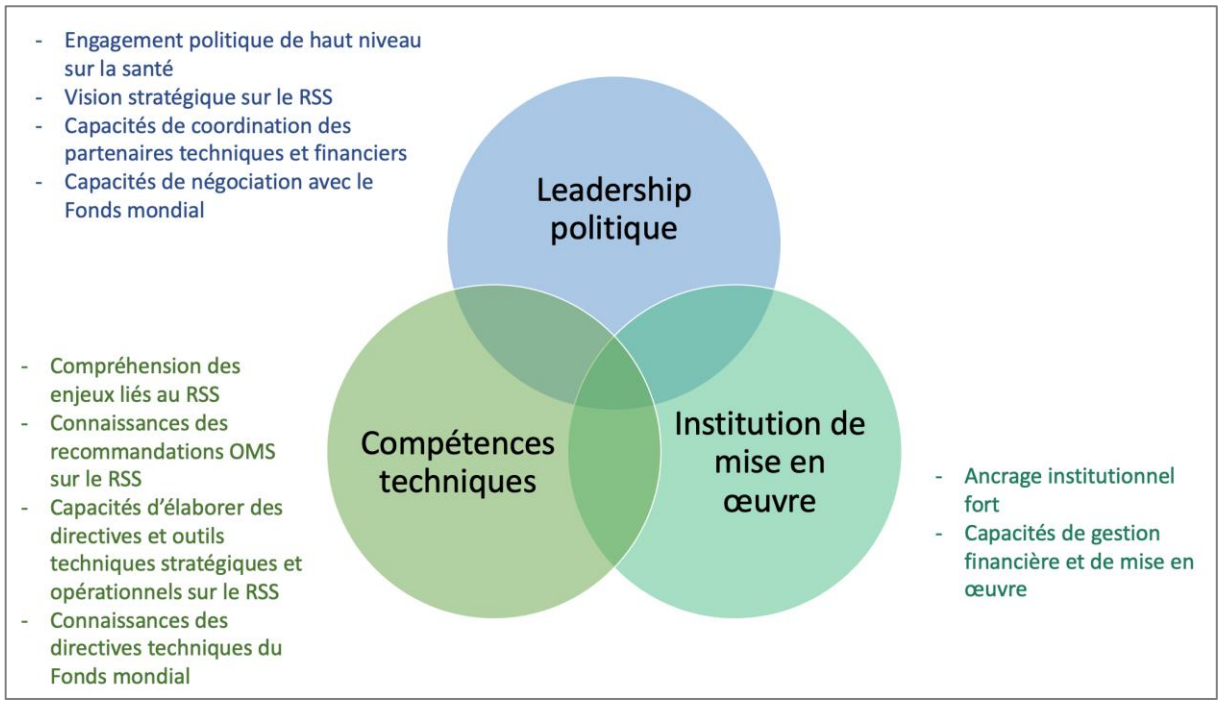
Encore plus que pour la lutte contre les pandémies, la question du RSS nécessite de répondre aux besoins définis par les pays, d'être appropriée par les autorités sanitaires publiques, afin que les réponses soient justes et pérennes, suivant la logique de respect de la souveraineté nationale, dans une relation équilibrée de co-partenariat.

3.1.1. Au niveau national : les facteurs facilitants

Suivant les interlocuteurs (essentiellement du Fonds mondial), plusieurs ingrédients doivent être réunis au niveau des pays, pour faciliter l'investissement RSS, regroupés en trois grandes catégories : le leadership politique du pays, les compétences techniques et le choix d'une institution de mise en œuvre adéquate (Figure 2).

> « C'est toujours un peu le même point d'entrée : quand les Ministres ont des stratégies très claires avec des plans d'opérationnalisation, avec des départements qui sont forts et portent bien leurs stratégies et coordonnent bien leurs partenaires, ça devient beaucoup plus facile d'investir. Parce qu'on peut parler de priorisation, ce que nous on peut ou pas faire à travers nos subventions. Mais sans ce leadership, ça devient plus compliqué » (agent Fonds mondial)

Figure 2 : Les facteurs décisifs à l'élaboration et à la mise en œuvre d'une stratégie RSS financée par le Fonds mondial, au niveau national



Le leadership politique se décline sur différents aspects : l'engagement de haut niveau de l'État sur la santé en général, avec une vision stratégique du RSS en particulier et qui se concrétise par un cofinancement solide, conjugué à une diversification des bailleurs (pour éviter une situation monopolistique tournée vers des intérêts d'un seul), des capacités de coordination des partenaires techniques et financiers, et des capacités de négociation avec le Fonds mondial.
Les compétences techniques sont ensuite nécessaires pour élaborer des directives techniques et opérationnelles pertinentes sur le RSS, pour maitriser les directives techniques propres du Fonds mondial et être capable de « rentrer dans sa matrice » et exploiter les flexibilités offertes.
Enfin, le choix de l'institution chargée de mettre en œuvre les activités RSS est primordiale, devant présenter des bonnes capacités de gestion administrative, financière et programmatique, avec un ancrage institutionnel fort qui lui permette d'avoir un lien hiérarchique d'autorité sur les acteurs chargés de la mise en œuvre - notamment les directions centrales ou autres programme national ; et enfin de bonnes capacités de coordination avec les autres partenaires.

3.1.2. La responsabilité du Fonds mondial : accompagner et optimiser les forces nationales

En retour, il a été relevé qu'en ce qui concerne l'enjeu du leadership national, le Fonds mondial a également sa part de responsabilité, afin d'accompagner et d'optimiser au mieux les forces nationales.

> « En fait je trouve que sur le RSS, très vite, ils disent 'ça on ne peut pas faire c'est aux États de le faire'. Donc si on veut aider à la formation continue ou à moyen terme, ils disent 'ça c'est de la prérogative des États'. En fait dès que c'est compliqué, c'est de la prérogative des États. Or, acheter des médicaments, ça aussi c'est de la prérogative des États, mais on le fait, alors est-ce qu'on ne peut pas aider sur d'autres aspects ? » (acteur français santé mondiale)

Au niveau du leadership politique, il a été mentionné l'importance que le Fonds mondial collabore avec l'interlocuteur adéquat, c'est-à-dire les instances réellement décisionnelles. Par exemple, un agent du Fonds mondial relatait une des difficultés en Afrique de l'Ouest et du Centre, liée à l'habitude de négocier avec le Ministère de la Santé et non avec celui des Finances - comme c'est généralement le cas en Afrique de l'Est -, pouvant poser des problèmes sur la tenue des

promesses de cofinancement notamment. Aussi, l'absence de présence dans le pays rend plus difficile au Fonds mondial l'identification du lieu réel décisionnel en matière de politiques de santé, dont la configuration dépend de chaque contexte (Primature, Présidence, Ministère des Finances, Ministère de la santé, etc.).

Aussi, les autorités nationales ont pu, dans un nombre important de pays, être jusque-là pas ou peu impliquées dans l'écosystème du Fonds mondial, que ce soit au sein des instances de gouvernance participatives (les CCM) ou en tant que récipiendaire des subventions. Si les CCM avaient été créés à l'origine pour permettre une gouvernance collaborative – avec une large place faite à la société civile -, ils ont souvent, dans la pratique, favorisé le contournement des Ministères de la santé. Aussi, la thématique du RSS vient remettre les autorités sanitaires nationales au cœur du processus. Elle révèle avec acuité la manière dont des rapports inégalitaires ont pu se tisser dans certains pays entre *insiders* (acteurs pandémie) et *outsiders* (autorités sanitaires non-pandémies) du dispositif du Fonds mondial. Par exemple lorsqu'une Direction centrale du Ministère de la santé est sous-récipiendaire d'un Programme national maladies dans le cadre d'activités RSS, ou alors lorsque le Ministère de la santé n'occupe pas une place de leadership au sein des CCM, cela peut éroder leur légitimité et leur capacité de coordination, ainsi que bloquer la mise en œuvre de certaines activités. Comme il a été montré précédemment, les débats autour du montant de l'allocation RSS ou bien sur le choix des récipiendaires principaux (RP) font apparaitre des lignes de clivage entre une priorité accordée à la recherche d'efficacité et la gestion des risques financiers (adoptée généralement par le FM) ou bien à la souveraineté nationale (défendue par les pays). Le recours fréquent aux unités de gestion afin de gérer les subventions RSS est révélateur de la difficulté persistante à recourir aux Ministères de la santé, pour des raisons d'efficacité, d'adaptation et de confiance.

Aussi, certains enquêtés soulignent que si l'une des conditions nécessaires des pays pour négocier avec le Fonds mondial dans une relation de co-partenariat égalitaire est de maitriser ses procédures, il revient à celui-ci de les simplifier, afin de les rendre plus accessibles à chacun. Dans le prolongement, si la capacité de coordination des bailleurs est une condition nécessaire, il revient aux bailleurs de mieux se coordonner entre eux, afin d'alléger les contraintes qui pèsent sur les pays[104].

3.1.3. Étude de cas : le Bénin

Le Bénin est l'un des seuls pays d'Afrique de l'ouest francophone à avoir initié une subvention RSS à part en 2019-2022, d'un montant de 12 millions d'euros environ (Cf. Annexe 5)[105]. L'élaboration et l'approbation de cette subvention résultent d'un processus de négociations long et complexe entre le Fonds mondial et les autorités publiques béninoises, oscillant entre arguments techniques et considérations politiques.

Lorsque Patrice Talon devient Président de la République en 2016, il inscrit la santé comme l'une des composantes majeures de son « Programme d'Actions du Gouvernement » (PAG), avec notamment son projet d'« Assurance pour le Renforcement du Capital Humain » (ARCH)[106]. Il entretient d'étroites relations avec Mark Dybul, alors Directeur du Fonds Mondial, qu'il nomme Commandeur à l'ordre national du Bénin (février 2017), puis chargé de mission pour le développement des partenariats dans le secteur de la santé (mars 2017), ce dernier se montrant particulièrement intéressé par son projet de couverture sanitaire universelle, dénommé « ARCH ». Souhaitant (re)prendre le contrôle sur les financements du Fonds mondial, il créé par décret (19 avril 2017) une Instance nationale de coordination (INC/FM/Bénin) en remplacement du Conseil national de coordination et d'orientation des subventions du Fonds Mondial (CNCO), avec comme principale modification le fait que le président du CCM ne soit désormais plus élu par l'assemblée générale, mais que la fonction soit assurée statutairement par le Président du Bénin.

[104] Cf. *3.2 Collaborer avec les partenaires techniques* et financiers, ci-dessous

[105] Le Bénin avait déjà une subvention RSS en 2014-2017, un programme de promotion du financement basé sur les résultats (FBR), mais qui avait été essentiellement à l'initiative des bailleurs de fonds. La subvention 2019-2022, intitulée « Améliorer l'accès et la qualité des soins de santé au Bénin, grâce à un système de santé plus intégré, plus efficace et plus résilient », a été élaborée à l'initiative des autorités nationales.

[106] Pilier 3, axe stratégique 6, action 1 du PAG

En 2017, le programme conjoint multi-bailleurs (Fonds mondial, Banque mondiale, Alliance GAVI et coopération belge) de promotion du financement basé sur les résultats (FBR) au niveau des formations sanitaires, débuté en 2014, touche à sa fin. Les financements du Fonds mondial y sont conséquents – environ 25 millions d'euros, dans une subvention étiquetée RSS[107], mais dont les taux d'absorption étaient faibles et des résultats en termes d'impact et de pérennité contestés par le chef de l'État. Au début de l'année 2017, un accord informel a été formulé entre le Président de la République et Mark Dybul afin de reprogrammer de manière exceptionnelle une partie de la subvention (11 millions d'euros) et éviter de suivre la procédure classique de nouvelle demande de subvention, plus contraignante et chronophage. Pour le Bénin, il s'agit d'une opportunité pour financer une partie de la réforme de la protection sociale (ARCH) dont le budget est estimé à 535 millions d'euros. Cependant, après le départ de Mark Dybul du Fonds mondial, et privé de son appui politique, les échanges entre la Présidence de la République et le Secrétariat – qui se jouent désormais au niveau strictement technique – sont hautement conflictuels. Les points de désaccord se situent sur la possibilité d'effectuer une reprogrammation Vs la nécessité d'effectuer une nouvelle demande, ainsi que sur la qualité de la demande, avec des dépenses difficilement éligibles (par exemple un parc automobile important, des études, etc.).

Les négociations sont dans l'impasse : les réponses techniques du Secrétariat ne répondant pas aux injonctions politiques du Bénin, Patrice Talon menace de refuser les financements du Fonds mondial (11 millions d'euros de la subvention FBR), dénonçant une atteinte à sa souveraineté nationale, et une entorse au principe d'appropriation nationale. Après plusieurs mois de tension, la situation finit par se dénouer au niveau technique durant l'année 2018, avec une subvention SRPS pouvant débuter en avril 2019.

À cette discorde autour de la reprogrammation de la « subvention FBR » se sont ajoutées des tensions liées à la demande du Bénin de réviser la répartition des programmes maladies fin 2017, en réduisant la part affectée au VIH, à la tuberculose et au paludisme respectivement de 3 millions, 1 million et 6 millions d'euros, de manière à générer un budget supplémentaire de 10 millions d'euros pour une composante SRPS, auxquels s'ajouteraient 2 millions d'euros via des fonds de contrepartie, pour un total de 12 millions d'euros[108] (soit 23 millions d'euros au total). Du point de vue des acteurs du Bénin, ils saisissent à ce moment-là des opportunités offertes par les directives du Fonds mondial qui spécifient dans les lettres d'allocation la possibilité de revoir la répartition des allocations et le fait que chaque programme doit pouvoir appuyer les systèmes de santé jusqu'à environ 11,4% de leurs budgets : « *mais jusqu'à un passé récent, la plupart des pays n'exploite pas ça* »[109]. Ils invoquent également la nécessité de mutualiser les ressources afin de faire des économies d'échelles dans la gestion des subventions pandémies, ainsi que le respect de la souveraineté nationale. Cette proposition provoque des préoccupations de la part du Comité d'approbation des subventions (GAC) et du Comité technique d'examen des propositions (TRP), craignant que cette réallocation ne se fasse au détriment des trois pandémies et provoque d'importantes lacunes programmatiques[110].

Suivant cette dynamique, le Bénin entame une réforme institutionnelle profonde de la santé. Un Plan Stratégique National Intégré pour l'Élimination (PSNIE) des épidémies est élaboré pour la période 2020-2024, avec pour objectif de créer un cadre de coordination pour les trois pandémies (VIH, tuberculose et paludisme), les hépatites virales et autres maladies à potentiel épidémique. Il s'agit d'opérer une mutation progressive des programmes verticaux vers un dispositif horizontal, avec une mutualisation systématique de ce qui relève du RSS à tous les niveaux (études, formations, supervisions, communautaires, ressources humaines, matériel, etc.). Ce Plan est accompagné d'un budget prévisionnel, d'un cadre de suivi & évaluation et d'un plan de mobilisation des ressources. En novembre 2019, le Ministère de la santé et le Bureau de la présidence en charge des épidémies convoquent les partenaires techniques et financiers pour une réunion d'information et d'harmonisation autour de leurs trois axes RSS qu'ils considèrent comme prioritaires (santé communautaire, système

[107] Le montant du Fonds mondial pour la subvention FBR (« Programme de renforcement des résultats du système de santé ») était de 25 millions d'euros, c'est-à-dire presque équivalent à la subvention VIH (28 millions d'euros), sur un total de 90 millions d'euros (Bureau de l'inspecteur général (BIG/OIG) 2019b.) ; les aspects RSS tels que la chaine d'approvisionnement étaient logés dans les subventions maladies

[108] Aidspan 2017.

[109] Acteur public béninois, au cours de l'atelier à Cotonou février 2020

[110] Aidspan 2017.

d'information logistique, système d'information des données nationales) afin de juguler la création des systèmes parallèles pour chaque bailleur et/ou chaque maladie et d'affirmer leur vision nationale.

Pour autant, bien que l'élaboration de la note conceptuelle (NFM2) ait été exemplaire sur le papier, conduite par un fort leadership du pays et fondée sur des documents stratégiques, elle pêche au niveau de sa mise en œuvre, comme cela a pu être observé dans d'autres pays[111]. Au moment de l'étude (mars 2020), le Bureau de la Présidence en charge des épidémies, choisi comme récipiendaire principal RSS n'avait pas encore mis en place son unité de gestion et aucun décaissement n'avait été fait. Le point de blocage rapporté par différents interlocuteurs se situe dans l'hypercentralisation du pouvoir au niveau de la Présidence de la République et de son Bureau des épidémies, reposant sur quelques individus, qui entretient des relations conflictuelles avec le Ministère de la Santé et les Programmes nationaux de lutte contre les trois pandémies. Les bailleurs éprouvent une difficulté de positionnement face à cette gouvernance de la santé bicéphale. De plus, l'ancrage institutionnel est problématique, puisque le récipiendaire principal RSS se situe au sein du Bureau de la Présidence, avec un positionnement hiérarchique supérieur à celui du CCM, lui aussi ancré au sein de ce Bureau, allant à l'encontre du principe d'autonomie totale du CCM vis-à-vis des récipiendaires principaux. Si d'un point de vue technique, ce montage institutionnel n'est pas conforme aux règles du Fonds mondial, d'un point de vue politique, il était difficile pour le Fonds mondial de le refuser, en raison du premier choix que le Fonds mondial avait déjà refusé et qui s'était porté sur la coopération belge[112]. De la même manière, le Bénin est parvenu à un coup de force, en négociant une augmentation de 80% de la future subvention RSS (NFM3), qui débutera en juillet 2022, alors même que les résultats de la subvention RSS actuelle étaient faibles (au moment de l'élaboration de la note conceptuelle).

L'exemple béninois illustre plusieurs éléments. D'une part, pour aboutir à la mise en œuvre d'une stratégie RSS, impulsée par le pays bénéficiaire, et en partenariat avec d'autres partenaires techniques et financiers, il s'agit de réunir un ensemble de conditions, dont chacune est nécessaire. Ici, le Bénin a fait preuve d'un leadership politique au plus haut niveau, avec l'implication directe du Président de la République, se réappropriant les ouvertures laissées par le Fonds mondial, en s'appuyant sur des documents techniques pertinents et posant ses exigences, quitte à générer un conflit ouvert. À la question des leçons apprises par cette expérience, un acteur public béninois répondait :

> « Il faut négocier avec le Fonds mondial (et non sans) et avoir un dialogue franc, qui au départ peut être considéré comme un dialogue de sourds, mais ils finissent toujours par s'assoir à côté de vous pour mieux comprendre et peut-être mieux vous apprendre à vous exprimer dans votre demande » (acteur public, Bénin)

Pour autant, l'ingrédient qui a manqué se situe au niveau du choix du récipiendaire principal, dont les capacités gestionnaires et programmatiques n'ont pas pu être développées comme il était prévu initialement, avec un manque de vision pragmatique du leadership politique.

D'autre part, cet exemple souligne que les négociations entre le Fonds mondial et les pays bénéficiaires – loin de l'idéal technocratique qu'imposerait le *New Public Management* – enchevêtre et oscille constamment entre les niveaux techniques et politiques. Les discussions se sont d'abord enlisées, en raison de l'opposition entre le Bénin, qui formulait une demande politique et le Fonds mondial qui répondait sur le registre technique. Au fur et à mesure, le Fonds mondial a été contraint de délaisser certaines exigences techniques, face au risque politique important qu'il court, en allant à l'encontre de la volonté des autorités nationales.

En retour, le cas du Bénin souligne l'importance pour les pays de s'appuyer sur des compétences techniques nationales de haut niveau afin de pouvoir négocier d'égal à égal avec le Fonds mondial.

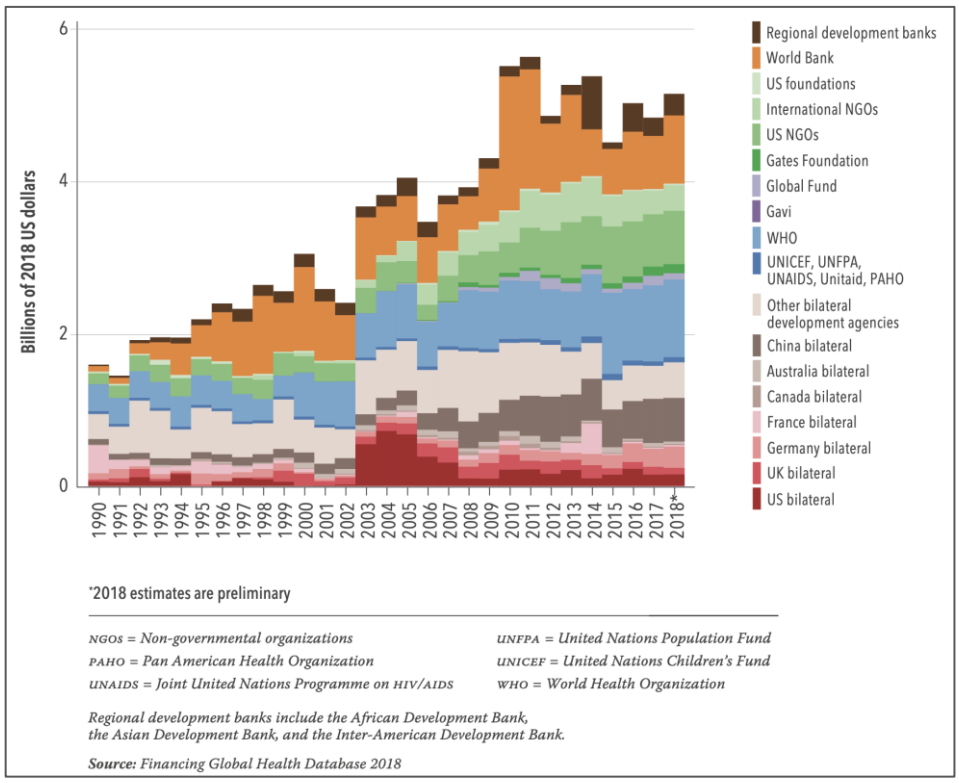
3.2. Collaborer avec les partenaires techniques et financiers (PTF)

3.2.1. Le Fonds mondial : un « petit joueur » dans le champ du RSS

[111] Bureau de l'inspecteur général (BIG/OIG) 2019c.
[112] Une organisation bilatérale ne pouvant pas être récipiendaire principale pour le RSS

Si dans la lutte contre les trois pandémies, le Fonds mondial est un bailleur majoritaire, contribuant à 69% des financements internationaux pour la tuberculose, 65% pour le paludisme et 20% pour le VIH, il est un bailleur largement minoritaire dans le champ du RSS, où il se positionne loin derrière l'OMS, la Banque mondiale, les ONG internationales (dont américaines), ou les agences de coopération bilatérales (Figure 3). Dès lors, il est appelé à intensifier ses collaborations avec d'autres partenaires techniques et financiers qui se situent davantage en première ligne sur les enjeux RSS.

Figure 3 Aide au développement pour le renforcement des systèmes de santé et les approches sectorielles de santé par canal d'assistance, 1990-2018 (IHME 2018[113])



La plupart des acteurs interrogés reconnaissent et soulignent que cette configuration nouvelle d'acteur minoritaire est un défi majeur pour la planification et la mise en œuvre des activités RSS pour le Fonds mondial, qui complexifie le processus et le contraint à sortir d'une relation bilatérale avec les autorités nationales, d'autant plus dans des pays tels que le Tchad ou le Togo, où les financements du Fonds mondial sont largement majoritaires dans le domaine de la santé (respectivement 47% et 50%).

> « On n'est pas tous seuls sur le RSS. Au *[Ndlr : nom du pays]*, sur la TB et le VIH on est un peu seuls avec le gouvernement, sur le palu il y a PMI (les américains) et le Programme national paludisme. Sinon pour la TB et le VIH, on discute avec le gouvernement, c'est assez simple de s'entendre. Par contre sur le RSS il y a tellement d'acteurs, que déjà on gagnerait beaucoup à mieux coordonner tout ce qui est RSS. Je n'ai pas la baguette magique, mais vraiment c'est une cacophonie d'acteurs » (agent Fonds mondial)

[113] IHME 2018, 92.

Les agents du Fonds mondial ne considèrent pas leur organisation comme un leader dans le RSS, particulièrement dans des piliers tels que les ressources humaines, la gouvernance, le financement ou la chaine d'approvisionnement, qui les dépassent en termes de montants alloués, diversité des acteurs et ancrage dans les pays.

3.2.2. Les défis d'une collaboration multi-bailleurs

La coordination des PTF est un enjeu majeur de la réussite des stratégies RSS. Or, à l'heure actuelle, la coordination avec les autres PTF est davantage orientée sur le partage d'informations et sur l'évitement des doublons, que sur une véritable « synergie » des actions.

→ De la théorie à la pratique

La collaboration entre partenaires techniques et financiers s'effectue sur plusieurs niveaux (au niveau des équipes siège et des équipes pays) et aux différents moments des cycles de financements : la planification stratégique (domaines de collaboration, définition des responsabilités de chacun, échanges d'informations, processus parallèle/conjoint de demande de subvention, etc.), la mise en œuvre (sélection des maitre d'œuvre individuel/conjoint, procédures financières et programmatiques) et le suivi-évaluation (supervisions individuelles/collectives, indicateurs, audits, etc.).

En théorie, il existe une réelle complémentarité entre les bailleurs, en termes d'approches (systémiques/fonctionnalistes), de compétences (techniques/généralistes), de positionnement pays (sur place ou non) ou de financements. Le cofinancement entre l'AFD et le Fonds mondial de la construction à Bouaké de l'agence régionale de la centrale d'achat publique de médicaments (Côte d'Ivoire) en est un bon exemple. La présence de l'agence de coopération bilatérale française dans le pays a permis de tisser des liens solides avec le Ministère de la Santé et la Primature et d'initier un contexte favorable à une planification stratégique dans le secteur de la chaine d'approvisionnement et de la distribution, en créant et en co-présidant le groupe de travail technique (GTT) médicaments (avec Expertise France), réunissant les Directions et institutions nationales ainsi que d'autres bailleurs internationaux. Ainsi, le Fonds mondial – dont l'absence de Bureau pays peut constituer un obstacle pour le RSS – a pu s'insérer dans ce cadre de discussions et de concertations initié par l'AFD. En retour, les compétences techniques du Fonds mondial – notamment du département des achats et de la chaîne d'approvisionnement ont permis de palier les compétences généralistes des agents de l'AFD sur place.

Cependant, les interlocuteurs soulignent le manque de systématicité dans la collaboration entre PTF, avec aujourd'hui une tendance à des collaborations ponctuelles, relativement parcellaires et personnes-dépendantes. À propos de la collaboration entre le Fonds mondial et GAVI :

> « Même s'il y a des messages clairs sur les besoins de renforcement de la coordination entre le Fonds mondial et GAVI, c'est quand même très personne-dépendant et lié aux gestionnaires de portefeuilles, d'un côté comme de l'autre. On a besoin de stratégies conjointes, et un travail de coordination pour que ces stratégies soient mises en œuvre de façon coordonnée et harmonisée au niveau des pays » (agent Organisation internationale).

Par exemple, plusieurs acteurs ont relevé les efforts actuels pour organiser des missions de supervision conjointes entre bailleurs, permettant de communiquer, de mutualiser les ressources humaines et d'éviter de mobiliser les acteurs sur le terrain de manière répétée ; celles-ci demeurent, dans la pratique, là aussi soumises aux relations individuelles des acteurs.

Certains piliers sont identifiés comme étant plus propices aux collaborations multi-bailleurs - tels que les systèmes d'information sanitaire et la mise à échelle du DHIS-2, souvent cité en exemple,

ce secteur comptant un nombre relativement limité d'acteurs. Des exemples de soutien aux dialogues stratégiques autour du financement de la santé ou du RSS – c'est-à-dire des événements ponctuels - sont également identifiés comme des réussites de travail conjoint multi-bailleurs. À l'inverse, l'engagement dans une collaboration sur des secteurs particulièrement complexes – telle que la chaine d'approvisionnement qui compte de très nombreux acteurs et des problèmes de gouvernance sensibles – bien que porteur de potentialités, est généralement dissuasif.

Enfin, en termes de degré de collaboration, certains relèvent que des efforts importants sont faits dans le partage d'informations et pour éviter les duplications, mais qui vont rarement au-delà, c'est-à-dire dans un effort de planification, de coordination et de suivi communs, afin d'aboutir à une réelle mutualisation des ressources, une optimisation des financements et une « synergie » que les acteurs appellent de leurs vœux.

→ Les défis de la collaboration inter-bailleurs

Comme il a été rappelé par de nombreux interlocuteurs : « *les partenaires techniques et financiers appellent à plus de coordination, mais personne ne souhaite être coordonné* ».

De manière historique, le Fonds mondial (comme d'autres organisations internationales) a eu tendance à fonctionner en silos pour gagner en efficacité, et il a été relaté une tendance à faire du « *business as usual* » dans le domaine du RSS, sans s'adapter à la nouvelle configuration. Certains acteurs ont soulevé le manque de communication entre les bailleurs, et le peu de visibilité sur ce que chacun fait, comme premier obstacle à la mutualisation des efforts. Un acteur d'une autre organisation multilatérale soulevait l'enjeu de l'absence de communication sur la gestion financière, comme domaine critique pour des institutions avant tout financières :

> « Par exemple, la gestion financière ! On est des institutions financières …ça doit être le premier domaine sur lequel on se coordonne. Mais on a des difficultés de communiquer des budgets, les audits sont faits séparées, les allocations financières séparées. A six mois d'intervalles, on a la même note pour faire exactement le même travail d'audit des capacités de gestion financière…Pour moi c'est vraiment un problème de leadership » (agent d'une organisation internationale multilatérale).

Les acteurs interrogés soulignent l'importance du leadership des pays, et l'orientation stratégique qu'ils doivent impulser (qui peut prendre les formes diverses d'une feuille de route, d'un PNDS bien budgétisé, d'un plan opérationnel, etc.), au sein de laquelle les partenaires techniques et financiers peuvent s'inscrire. Sans cela, ce sont « *des briques que l'on pose à côté des autres sans vision donnée par les acteurs nationaux* » (consultant international), et sans mutualisation ni synergie possible.

En retour, plusieurs acteurs soulignent la responsabilité partagée des bailleurs, afin qu'ils se coordonnent, en amont, et cessent de noyer les pays sous leurs cycles financiers non alignés et leurs procédures spécifiques.

> « Je pense qu'on a un problème structurel aussi : on ne peut pas demander aux pays de régler nos propres contradictions ! et c'est un peu ce qu'on a tendance à faire. Sur le pilotage stratégique, sur la simplification opérationnelle, il y a beaucoup de choses à faire entre nous, le Fonds mondial et GAVI. Parce qu'avec 50 paramètres pour nous, 50 paramètres pour eux, plus 50 du gouvernement…mélangez ça vous ne savez même plus ce qui se passe et là c'est un problème de compétition » (agent organisation internationale multilatérale)

Dans les pays, en termes de temporalité, l'absence de synchronisation des cycles financiers de chaque bailleur et d'anticipation sur le processus de planification national est un obstacle à une mutualisation des investissements dans le domaine du RSS.

> « Sur le processus lui-même d'approbation des requêtes, on reste complètement séparés, c'est un peu dommage, il y a des pertes d'opportunités dans beaucoup de pays. Par exemple au

> Tchad, la même année, le Fonds mondial et GAVI ont préparé des subventions, mais pas de manière coordonnée, donc avec des équipes différenciées. Malgré tous les efforts pour un comité de pilotage RSS qui puisse suivre les deux partenaires et avoir une approche conjointe, ça n'a pas été fait » (agent organisation multilatérale).

Le maintien des procédures spécifiques de chaque bailleur est un problème récurrent et structurel, avec une difficulté d'harmonisation, que ce soit au niveau des formulaires de soumission, du choix du maitre d'œuvre (avec des unités de gestion séparées), des procédures financières et programmatiques ou des indicateurs de suivi et cadres de redevabilité.

> « Tous les bailleurs parlent de coordination et de convergence sur le RSS, mais dans la pratique, chacun a ses procédures, ses objectifs » (Consultant international)

Par exemple, si des efforts importants sont faits pour développer des unités de gestion en collaboration, ou bien pour intégrer des fonds communs de santé, ces processus n'aboutissent pas toujours, tel que cela a été le cas pour l'intégration du Fonds mondial au fonds commun de santé du Niger (Encadré 17). Cet exemple a mis en lumière la difficulté du Fonds mondial à s'adapter à des procédures communes pour favoriser une coordination nationale avec d'autres Partenaires techniques et financiers (PTF). Cela a pour conséquence de mobiliser les ressources humaines nationales compétentes, avec des coûts financiers additionnels et une diversification des procédures de gestion administratives et financières auxquelles les acteurs de terrain doivent s'adapter.

L'enjeu de l'harmonisation des indicateurs de suivi, loin d'être nouveau, demeure un défi de taille, avec cette tension que les bailleurs rencontrent entre s'adapter aux conditions et capacités nationales et répondre aux exigences définies par les donateurs.

> « On peut être très mauvais tous ensemble, des fois on en oublie les bons principes. On est tout à fait conscients que des fois on impose des indicateurs qui sont additionnels plus que de raison… Il s'agit de trouver la balance entre faciliter le *reporting* et le fait de justifier les financements de nos bailleurs de fonds (…) C'est un peu le chien qui se mord la queue, au niveau de la gouvernance, nos bailleurs nous rappellent qu'il serait bien d'avoir des procédures conjointes, mais au niveau pays, il nous faut tel indicateur, etc. On est tous un peu conscient qu'il faut faire des efforts. » (agent Fonds mondial)

> « Je ne comprends pas pourquoi sur ces questions financières on n'arrive pas à se comprendre, pourquoi GAVI, le Fonds mondial, la Banque mondiale, les américains…chacun fait des évaluations dans son coin et à partir d'un diagnostic commun ! c'est quand même incroyable, on est en 2020 et je pense qu'on a un souci de travail » (agent d'une organisation internationale multilatérale)

> « Il faut s'adapter aux pays aux conditions les plus vulnérables…ne pas commencer à leur demander toute une série de justificatifs qu'ils ne peuvent pas produire, sinon on va dans le mur ! » (agent d'une organisation internationale multilatérale)

Aussi, des rapports de pouvoir et de concurrence entre les bailleurs peuvent obscurcir les termes de leur collaboration. Par exemple, en Côte d'Ivoire, la collaboration entre la coopération américaine et le Fonds mondial peut muer en rapports de force[114], avec pour exemple l'enjeu de l'informatisation de la gestion des stocks dans la chaine d'approvisionnement, où l'USAID a initié le projet, en choisissant un logiciel m-supply coûteux (société IBM), qu'il a commencé à déployer dans les établissements de santé, et qu'il a ensuite demandé de reprendre au Fonds mondial pour cause de restrictions budgétaires, mettant ce dernier dans une position inconfortable.

Enfin, certains ont regretté le manque de coordination parmi les organisations internationales, l'OMS Afrique ayant tendance à être critiquée pour son manque de leadership dans le domaine, et son implication plus importante sur le paludisme que sur le RSS.

[114] Bekelynck 2019.

Encadré 17 L'exemple du Fonds commun de santé du Niger [115]

Au cours de l'année 2018, des négociations importantes ont eu lieu entre le Ministère de la santé du Niger et le Fonds mondial, afin d'explorer la possibilité et les arrangements possibles pour que la subventions TB/RSS du Fonds mondial intègre le fonds commun de santé (FCS) du Niger. Pour autant, aucun accord n'a été trouvé, et ce malgré des discussions poussées, puisque le refus a été prononcé au niveau du Comité d'approbation des subventions (GAC). Finalement, une unité de gestion spécifique a été créée au sein du Ministère de la santé pour mettre en œuvre la subvention TB/RSS.

→ **Présentation du Fonds commun de santé**

Le Fonds commun de santé est un fonds multi-bailleurs, créé à l'initiative de l'AFD et de la Banque Mondiale en 2006, et qui regroupe - en plus de ses co-fondateurs d'origine, l'Agence espagnole pour la coopération internationale au développement (AECID), l'alliance GAVI, l'Unicef (2011), et le FNUAP (2014). En termes de volumes de financements, le fonds commun connait un essor important (bien que relatif par rapport aux financements extérieurs des bailleurs/ONG), passant d'environ 20 millions d'euros pour appuyer le PDS 2011-2015 à environ 77 millions d'euros pour le PDS 2017-2021, avec des financements nettement majoritaires de la Banque mondiale et de GAVI. Dans l'esprit de la Déclaration de Paris, ce fonds a pour objectif de canaliser et d'harmoniser les ressources des partenaires techniques et financiers (PTF) sur les priorités, lignes et procédures du ministère de la Santé Publique (MSP) via son Plan de Développement Sanitaire (PDS). Il se présente comme un instrument financier au service du Ministère et comme un outil d'aide sectorielle de nature extra-budgétaire, que l'on pourrait situer à mi-chemin entre l'aide budgétaire et l'unité de gestion. Il est perçu comme un « modèle » de la part de de GAVI et de l'AFD, spécifiquement au niveau de sa gestion financière, bien qu'il soit limité dans ses capacités d'appui à la programmation, suivi/redevabilité et coordination.

Tandis qu'à l'origine, le FCS fonctionnait suivant le principe de fongibilité totale, donnant une forte autonomie au Ministère de la santé dans la planification des activités, l'arrivée de nouveaux acteurs et la croissance du FCS l'ont conduit vers un ciblage et une priorisation plus importante des interventions. Cela se traduit notamment par des financements fléchés, initiés par GAVI en 2011 (suivi par l'AFD et la Banque mondiale) et la création de cellules techniques spécifiques et de comptabilités parallèles pour plusieurs projets. Un des enjeux actuels du FCS est de clarifier des « lignes rouges » à ne pas franchir, afin de ne pas dénaturer son mandat d'origine et rester un instrument focalisé sur l'appui au Ministère de la santé et non sur le *reporting* pour les bailleurs.

PDS 2017-2021

Volumes de financement	**30/06/17**	**31/12/17**	**30/06/18**	**31/12/18**	**30/06/19**	**31/12/19**	**total**	**%**
AFD	2.623.828.000	655.957.000		0	0	0	3.279.785.000	7%
AECID	787.148.400	655.957.000		655.957.000	0	0	2.099.062.400	4%
UNICEF	423.047.200	0	374.404.800	396.875.900	0	1.182.064.000	2.376.391.900	5%
UNFPA	132.500.000	21.206.250	131.962.000	0	0	0	285.668.250	1%
BM (PAPS)	3.523.027.845	0	21.794.469.412	0	4.100.413.258	32.830.974	29.450.741.489	58%
Gavi Alliance	0	4.415.734.694	126.263.680	0	5.979.381.376	2.267.512.051	12.788.891.801	25%
Autres Projets					155.357.104	0	155.357.104	0%
Autres ressources	19.988.550	63.924.306	15.346.835	-72.134.586	-40.124.793	3.245.656	-9.754.032	0%
Total	**7.509.539.995**	**5.812.779.250**	**22.442.446.727**	**980.698.314**	**10.195.026.945**	**3.485.652.681**	**50.426.143.912**	
Affectations budgétées	**30/06/17**	**31/12/17**	**30/06/18**	**31/12/18**	**30/06/19**	**31/12/19**	**total**	**%**
P1: gouv & lead	1.064.801.528	2.058.279.527	1.450.469.714	2.225.756.510	2.326.617.198	4.528.602.557	13.654.527.034	36%
P2: accès aux soins	2.800.094.864	3.932.218.812	3.188.496.629	2.224.079.781	2.382.090.827	2.046.310.788	16.573.291.701	43%
P3: qualité	531.701.207	1.101.814.588	679.423.310	721.121.224	2.548.070.103	2.330.480.000	7.912.610.432	21%
Total	**4.396.597.599**	**7.092.312.927**	**5.318.389.653**	**5.170.957.515**	**7.256.778.128**	**8.905.393.345**	**38.140.429.167**	

Rapport de suivi financier du FCS pour le PDS 2017-2021 (source : évaluation AFD, 2020, p.22)

→ **L'échec des négociations du Fonds mondial pour intégrer le FCS**

Les négociations qui se sont ouvertes pour l'intégration du Fonds mondial dans le FCS pour la mise en œuvre de la subvention TB/RSS sont la troisième tentative depuis la création du FCS, les deux premières ayant été soldées par un échec. Elles se sont déroulées dans un contexte spécifique, le Niger étant sous mesure de sauvegarde additionnelle, avec des ONG internationales ou le PNUD

[115] Cette étude de cas a été réalisée à partir de l'évaluation de l'AFD (Agence française de développement (AFD) 2020) et des entretiens auprès d'acteurs de la santé mondiale français et des partenaires techniques et financiers (PTF) (notamment le Fonds mondial) impliqués sur cet enjeu.

comme récipiendaires principaux depuis des années – hormis pour la subvention VIH gérée par un récipiendaire national[116]. Il s'agissait ainsi de redonner la main sur la gestion de la TB et du RSS à un acteur public. Les acteurs interrogés s'accordent sur l'investissement du Fonds mondial pour parvenir à un accord, et sur l'intensité des échanges avec le Ministère de la santé et les autres partenaires techniques et financiers faisant partie du FCS, mais qui a été bloqué pour un ensemble de raisons, liées essentiellement à des logiques financières actuellement incompatibles. En préambule, la possibilité que le Fonds mondial s'aligne sur le modèle des fonds fongibles n'a pas été envisagée, étant donné l'incompatibilité de base avec toutes les modalités de gestion spécifique du Fonds mondial et les négociations ont eu lieu sur l'hypothèse d'une intégration via des financements fléchés. Deux types de raisons ont conduit au refus : d'une part, les faibles capacités de l'équipe en gestion programmatique et suivi de la performance, avec une incapacité du fonds commun à rendre compte des résultats avec le niveau de détail attendu du Fonds mondial, par exemple ; et d'autre part (et surtout) sur la gestion financière, avec des mesures de sauvegarde assez strictes vis-à-vis du Niger et incompatibles avec le fonctionnement du FCS, notamment l'imposition de l'agence fiscale (LFA) pour suivre les financements du Fonds mondial, ce qui n'était pas acceptable pour les autres PTF. Au final, une unité de gestion a été créée au sein du Ministère de la santé, sous la même coordination du Secrétaire général, mais avec des équipes distinctes.

→ **Perceptions des acteurs**

Pour certains, il s'agit d'une « occasion manquée », voire d'un « raté » de la part du Fonds mondial, dans la mesure où ce fonds commun est perçu comme solide et propice à une telle expérimentation collaborative, voire comme « celui qui fonctionne le mieux des pays d'Afrique francophone » (consultant international). Ils relèvent qu'il s'est structuré avec le temps et fonctionne suivant un système d'appui fort au Ministère de la Santé et une bonne collaboration entre bailleurs, avec des financements pluriannuels (AFD, BM) qui donne une visibilité et une avance de trésorerie, gage d'autonomie, au Ministère. Il jouit de bonnes évaluations concernant sa gestion financière et bien que limité par certains aspects (capacités en gestion programmatique et suivi notamment), il manifeste une volonté de perfectionnement en s'adaptant à ses nouvelles conditions (augmentation du nombre de bailleurs et de financements). Au-delà de la collaboration financière, cet instrument propose des opportunités de dialogue et permet d'atteindre une meilleure complémentarité entre bailleurs. Aussi, le principe de la mutualisation des ressources humaines – permettant des économies d'échelles - est également souligné comme une réussite.

Certains interlocuteurs ont la perception d'un Fonds mondial « inflexible » (en particulier de ses équipes financières), qui préfère donner la priorité à la gestion des risques financiers et programmatiques que donner la priorité au respect de la souveraineté nationale.

> « Finalement, pour le Fonds mondial, c'est toujours la mentalité de dire 'nous on fonctionne comme ça, nous on veut ça'. Mais dans un esprit de fond commun, ce n'est pas 'je veux ça', il y a une série de documents, de livrables que le Ministère donne et que les partenaires techniques et financiers valident, toujours d'un commun accord pour simplifier les financements, que ce soit la comptabilité, le *reporting*, le financement, dans l'esprit de l'alignement de Paris » (acteur organisation internationale)

Pour des acteurs du Fonds mondial interrogés, l'intégration au fonds commun n'est pas une finalité en soi, s'agissant surtout d'un outil financier. D'autres ères de collaboration sont possibles, la priorité étant portée sur les exercices de planification commune, l'identification d'objectifs et d'indicateurs à renseigner communs, une coordination commune dans la mise en œuvre et le suivi ou l'harmonisation du manuel de procédures.

> « Pour moi l'opportunité véritablement manquée, c'est quand on n'arrive pas à se coordonner dans les efforts de planification et de mise en œuvre, plutôt que les efforts de financements, d'autant quand les financements sont prédéfinis (…). Ne pas être dans le fonds commun ne devrait pas nous empêcher de travailler avec le Fonds commun » (agent Fonds mondial)

[116] La Cellule nationale de Coordination Technique de la Riposte Nationale au Sida et aux Hépatites

→ **Du global au national**

Le Fonds mondial est partie prenante d'initiatives globales visant à renforcer la collaboration entre partenaires techniques et financiers, telles que le *Global Action Plan* (GAP) ou l'*Implementation through Partnership* (ITP) – une initiative destinée à aider les pays qui rencontrent des difficultés à mettre en œuvre les subventions, ou P4H (le réseau mondial pour les systèmes de financement de la santé et la protection sociale en santé). Il a également signé de manière bilatérale des MOU (*Memorandum of Understanding*) de partenariat avec d'autres organisations internationales bilatérales ou multilatérales incluant le RSS (mais pas nécessairement centrés dessus), de manière relativement récente (par exemple avec l'OMS en 2014 et revu en 2019, la Banque mondiale et l'AFD fin 2019, l'Unicef, le FNUAP, etc.).

Jusqu'à présent, plusieurs interlocuteurs ont relevé la difficulté à mettre en œuvre ces accords conçus et signés au niveau des sièges sociaux, manifestant une certaine déconnexion entre les acteurs agissant à l'international et ceux dans les pays, tant au niveau stratégique (« *On a des gens qui travaillent sur la stratégie, mais ces gens ils ne connaissent pas les conditions de terrain, ils ont tout un tas de filtres…Donc on est un peu handicapé*s », agent d'une organisation multilatérale) qu'au niveau de son opérationnalisation (« *Au niveau du Fonds mondial, il manque des personnes chargées d'opérationnaliser tous ces accords* », consultant international*).*

> « Un défi, c'est comment s'assurer que les messages, les '*agreement*' au niveau global se reflètent au niveau pays ? il y a beaucoup d'efforts consentis au niveau global régional, mais au niveau des pays, c'est plus un échange d'informations, mais pas une véritable collaboration pour la planification, le design et l'exécution effective…Souvent c'est lié aux individus mais ça ne devrait pas être le cas. » (agent Fonds mondial)

Par exemple, concernant la convention signée entre le Fonds mondial et l'AFD en décembre 2019, il a été relaté un certain décalage dans le choix des pays (Niger, Côte d'Ivoire et RDC), effectué pour des raisons essentiellement politiques et non opérationnelles, c'est-à-dire par rapport aux domaines de collaboration possibles ou aux financements disponibles sur place ; aussi, peu d'éléments concrets n'étaient encore définis au moment de l'enquête, sur les modalités de financement et l'articulation des procédures notamment.

De nombreux acteurs appellent de leurs vœux une réflexion collective au niveau global, afin de re-questionner le partenariat des structures qui gravitent autour du Fonds mondial, mieux définir le rôle et les responsabilités de chacun, avec une définition de la redevabilité plus affinée.

> « Et c'est là où c'est compliqué, et c'est là où je re-questionne le partenariat du Fonds mondial : que demande-t-on au Fonds mondial qu'il soit en mesure de faire ? Quel est le rôle de l'OMS ? Quel est le rôle des pays ? quel est le rôle des autres partenaires techniques et financiers ? » (acteur société civile)

Pour certains, il s'agirait de redéfinir les responsabilités de chaque bailleur au niveau opérationnel, avec une vision stratégique préexistante pour permettre un effet levier, avec notamment l'identification des domaines stratégiques sur lesquels une approche commune est nécessaire et les modalités de la mise en œuvre, tout en restant flexibles pour s'adapter aux priorités des pays. Par exemple, pour les agents de santé communautaire, définir le paquet de soins et les modalités de financement des agents ; pour la gestion logistique des voitures, trouver des accords sur les modèles d'inventaire communs, la maintenance, la motivation des personnes qui les utilisent, etc.

3.3. L'assistance technique

Comme dernier obstacle, plusieurs interlocuteurs ont souligné la difficulté de mobiliser une expertise technique de qualité sur le RSS et le Fonds mondial, avec une double difficulté : 1) trouver des experts techniques avec des compétences suffisamment généralistes pour parvenir à coordonner les différents piliers (sans être trop spécialisé sur un pilier en particulier), mais sans être trop

généralistes non plus, pour avoir une vision opérationnelle du RSS et 2) qu'ils connaissent les directives techniques et le fonctionnement du Fonds mondial, ce qui fait actuellement défaut, les experts RSS dans le monde de la santé mondiale n'ayant généralement pas la « culture » ni les connaissances nécessaires du Fonds mondial.
De plus, ces experts techniques spécialisés dans le RSS ont éprouvé des difficultés à exécuter leurs missions, en raison du manque d'historique et d'évaluation sur les requêtes RSS passées, le manque de stratégie nationale, le manque de directives précises de la part des autorités nationales, la difficulté de trouver un consensus entre les différentes entités (Ministères, CCM, Programmes, etc.) et enfin, l'absence de budget clair pour le RSS dans les lettres d'allocation (cf. 2.1.2, p.47).

Conclusion et recommandations

Étant donné l'« ADN » profondément vertical du Fonds mondial, **son approche RSS demeure nécessairement limitée dans sa portée**, en étant essentiellement centrée sur l'impact final du RSS sur les trois pandémies. Le RSS focalisé sur la lutte contre les trois maladies est conçu comme une porte d'entrée pour améliorer les systèmes de santé dans leur ensemble, bien que cet « effet de levier » soit encore peu conceptualisé.

Il n'existe pas de compréhension commune de son approche, et particulièrement pour les acteurs de santé hors pandémies des pays bénéficiaires, qui ont tendance à concevoir le RSS de manière large, ce qui génère au final des tensions opérationnelles.

Le décalage important entre les discours entourant le RSS - le Fonds mondial affichant un montant de 27% de ses financements qui y seraient alloués - et ses pratiques concrètes, relevant davantage du soutien et de la mise en œuvre des subventions maladies, alimente les critiques et la polarisation du débat dans le monde de la santé mondiale entre les défenseurs et détracteurs des initiatives de santé verticales. Cette polarisation du débat empêche de valoriser et d'accompagner les efforts importants que le Fonds mondial effectue depuis quelques années, notamment en termes d'intégration des services entre les trois maladies.

→ <u>Recommandations pour clarifier l'approche RSS du Fonds mondial</u>

- **Penser concrètement** la manière de rendre effectif l'« **effet de levier** » pour que le « RSS pandémie » à court terme actuel puisse devenir un RSS plus large à moyen terme et à long terme
- **Mieux communiquer** auprès des acteurs sanitaires des pays bénéficiaires hors pandémies sur l'objectif et la portée réelle de l'approche RSS du Fonds mondial, sur ce qui est finançable ou non (par exemple pour les coïnfections, les paquets de service des agents de santé communautaires, etc.)
- Ajuster **les discours** et objectifs affichés autour du RSS, en étant plus réalistes et pragmatiques, pour qu'ils soient davantage en adéquation avec les **capacités organisationnelles actuelles du Fonds mondial.**

Bien que des efforts importants aient été faits depuis sa formalisation comme objectif stratégique n°2 dans la Stratégie 2017-2022, **l'opérationnalisation du RSS reste un défi colossal**, qui demanderait une refonte majeure du Fonds mondial (mandat, compétences et culture, organisation

interne, temporalité des cycles de financement) que l'organisation et ses donateurs ne sont pas encore prêts à effectuer. Les outils techniques nécessaires à sa mise en œuvre laissent de nombreuses zones de flou. En théorie, des zones de flottement sont nécessaires, afin de laisser **des marges d'autonomie aux pays**, pour que ce soit aux autorités nationales d'orienter, de coordonner, voire de mettre en œuvre ces stratégies en fonction de leurs propres orientations.

Pour autant, le RSS intervient dans un contexte où 1) le FM est habituellement prescriptif, avec des procédures complexes et spécifiques, ce qui a tendance à déstabiliser les acteurs nationaux ; et 2) la gouvernance des États - particulièrement en Afrique de l'Ouest et du Centre - est souvent fragile. Les conditions nécessaires pour parvenir à des programmes RSS de qualité, à savoir un leadership politique, des compétences techniques et le choix d'une structure de mise en œuvre adéquat, sont rarement réunies. Seules quelques exceptions parviennent à « entrer dans la matrice » du Fonds mondial, s'approprier ses règles et procédures pour exploiter les opportunités offertes. Aussi, le fonctionnement du Fonds mondial, où la gestion des risques financiers et l'exigence de redevabilité auprès des donateurs tend à prévaloir sur le respect de la souveraineté nationale et la collaboration avec les autres organisations internationales, demeure une contrainte majeure pour développer des stratégies RSS qui soient coordonnées par les autorités nationales, et en partenariat avec les autres partenaires techniques et financiers.

→ <u>Recommandations pour favoriser et encourager l'opérationnalisation du RSS via le Fonds mondial</u>

- Identifier quels sont les domaines techniques où le FM doit laisser des **zones de flottement** pour favoriser l'appropriation des pays et quels sont les domaines où il doit être plus directif et améliorer ses outils pour favoriser l'action
  (Par exemple, concernant les orientations stratégiques, les indicateurs de performance et le cadre de redevabilité, le montant RSS défini dans les lettres d'allocation, le cadre modulaire, etc.)

- Mieux intégrer et accompagner les **autorités publiques nationales** pour qu'elles (re)prennent un rôle de leadership, notamment en contexte d'intervention difficile
  (Par exemple avec le choix d'un récipiendaire principal relevant du Ministère de la santé (vs ONG internationales et agences onusiennes) avec un accompagnement en amont pour renforcer leurs capacités ; la levée effective des contraintes liées aux mesures de sauvegardes additionnelles ; la simplification des formulaires de demandes de subvention pour le RSS ; l'assouplissement et l'intégration aux procédures nationales pour le RSS ; la communication claire et simplifiée des règles et directives techniques, etc.)

- Mieux favoriser une collaboration opérationnelle et concrète entre **organisations internationales** et repenser le cadre de co-partenariat relatif au RSS

Pistes de recherche

Cette étude – nécessairement limitée par sa durée, a soulevé d'autres pistes de réflexions qu'il serait intéressant d'explorer :

- La collaboration avec les autres organisations internationales sur le **RSS** (de l'international au national)
- Les défis de l'assistance technique RSS au Fonds mondial
- Des études de cas spécifiques sur certains piliers (notamment les ressources humaines de santé, les chaines d'approvisionnement ou les systèmes communautaires) dans des pays, afin de mieux décrire et analyser le positionnement du Fonds mondial et les pistes de collaboration concrètes avec d'autres partenaires.
- Les relations du Fonds mondial avec le monde de la recherche

Bibliographie

Adam, Taghreed, Justine Hsu, Don de Savigny, John N. Lavis, John-Arne Røttingen, and Sara Bennett. 2012. Evaluating health systems strengthening interventions in low-income and middle-income countries: are we asking the right questions? *Health Policy and Planning* 27 Suppl 4: iv9-19.

Agence française de développement (AFD). 2020. *Rapport d'évaluation. Fonds Commun en Santé - Niger*.

Aidspan. 2017. Le Fonds mondial se dit inquiet du projet du Bénin de transférer des fonds des composantes VIH et paludisme vers une demande de financement SRPS.

Balabanova, Dina, Martin McKee, Anne Mills, Gill Walt, and Andy Haines. 2010. What can global health institutions do to help strengthen health systems in low income countries? *Health Research Policy and Systems* 8 (1): 22.

Bekelynck, Anne. 2019. La Côte d'ivoire, un cas d'école des rapports de force PEPFAR – Fonds mondial (fr). *Face à face. Regards sur la santé* (15). IRD – INSERM – Université de la Méditerranée Aix-Marseille. Available at <http://journals.openedition.org/faceaface/1241>. Accessed 3 November 2020.

Bureau de l'inspecteur général (BIG/OIG). 2019a. *Mise en oeuvre des subventions en Afrique occidentale et centrale (AOC)*. Genève: GF-OIG.

Bureau de l'inspecteur général (BIG/OIG). 2019b. *Rapport d'audit Subventions du Fonds mondial à la République du Bénin*. Genève: Fonds mondial.

Bureau de l'inspecteur général (BIG/OIG). 2019c. *Rapport d'audit. Gestion des investissements pour des systèmes résistants et pérennes pour la santé*. Genève: GF-OIG.

Cairncross, Sandy, Hervé Periès, and Felicity Cutts. 1997. Vertical health programmes. *The Lancet* 349. Elsevier: S20–S21.

Chee, Grace, Nancy Pielemeier, Ann Lion, and Catherine Connor. 2013. Why differentiating between health system support and health system strengthening is needed. *The International Journal of Health Planning and Management* 28 (1): 85–94.

Comité technique de référence en évaluation (TERG), Fonds mondial. 2019. *Thematic Review on Resilient and Sustainable Systems for Health (RSSH)*. Genève: Fonds mondial.

Comité technique d'examen des propositions (TRP). 2018. *Report on RSSH investments in the 2017-2019 funding cycle*. Genève: GF-TRP.

Comité technique d'examen des propositions (TRP). 2020a. *Leçons tirées de la deuxième fenêtre d'examen du TRP Cycle de financement 2020-2022*. Genève: Fonds mondial.

Comité technique d'examen des propositions (TRP). 2020b. *Leçons tirées de la première fenêtre d'examen du TRP Cycle de financement 2020-2022*. Genève: Fonds mondial.

Fassin, Didier. 2009. Les économies morales revisitées. *Annales. Histoire, Sciences Sociales* 64e année (6): 1237–1266.

Fonds mondial. 2005. *Chair's Report. The Global Fund's First Replenishment 2006 – 2007*. Available at <https://www.theglobalfund.org/media/1386/replenishment_2005londonchair_report_en.pdf>.

Fonds mondial. 2011. The Global Fund's approach to Health System Strengthening (HSS). Information note. Available at <https://www.who.int/workforcealliance/news/R11_HSS_InfoNote_en.pdf>. Accessed 15 January 2020.
Fonds mondial. 2015. Supporting Countries to Build Resilient and Sustainable Systems for Health. Available at <https://www.theglobalfund.org/media/1306/publication_countriesbuildresilientsustainablesystemshealth_report_en.pdf?u=637093408140000000>. Accessed 15 January 2020.
Fonds mondial. 2016a. *Building Resilient and Sustainable Systems for Health through Global Fund Investments. Information Note.* Genève. Available at <https://plataformalac.org/wp-content/uploads/2017/04/Core_ResilientSustainableSystemsForHealth_InfoNote_en.pdf>.
Fonds mondial. 2016b. *Stratégie du Fonds mondial pour la période 2017/2022. Investir pour mettre fin aux épidémies*. Genève: Fonds mondial. Available at <https://www.theglobalfund.org/media/7856/core_globalfundstrategy2017-2022_strategy_fr.pdf>.
Fonds mondial. 2019a. *Accélérons le mouvement. Argumentaire d'investissement. Sixième reconstitution des ressources 2019.* Genève: Fonds mondial. Available at <https://www.theglobalfund.org/media/8179/publication_sixthreplenishmentinvestmentcase_summary_fr.pdf?u=637319004159030000>.
Fonds mondial. 2019b. Building Resilient and Sustainable Systems for Health (RSSH). Information Note. Available at <https://www.theglobalfund.org/media/4759/core_resilientsustainablesystemsforhealth_infonote_en.pdf>. Accessed 15 January 2020.
Fonds mondial. 2019c. *Tracking the Global Fund's Investments in Resilient and Sustainable Systems for Health*. Document interne. Genève: Fonds mondial.
Frenk, Julio. 2006. *Bridging the Divide: Comprehensive Reform to Improve Health in Mexico*. Lecture for WHO Commission on Social Determinants of Health. Nairobi, Kenya.
GAVI. 2010. *The GAVI Alliance Strategy 2011-2015 and Business Plan.* Genève: GAVI. Available at <https://www.gavi.org/sites/default/files/document/strategy/Doc_4_GAVI_Strategy_and_Business_Plan.pdf>.
Hafner, Tamara, and Jeremy Shiffman. 2013. The emergence of global attention to health systems strengthening. *Health Policy and Planning* 28 (1): 41–50.
Hassenteufel, Patrick. 2011. *Sociologie politique: l'action publique*. Paris: Armand Colin.
IHME. 2018. *Financing Global Health 2018*. Available at <http://www.healthdata.org/policy-report/financing-global-health-2018-countries-and-programs-transition>.
Kieny, Marie-Paule, Henk Bekedam, Delanyo Dovlo, James Fitzgerald, Jarno Habicht, Graham Harrison, Hans Kluge, et al. n.d. Strengthening health systems for universal health coverage and sustainable development. *Bulletin of the World Health Organization* (95): 537–539.
Lascoumes, Pierre, and Louis Simard. 2011. L'action publique au prisme de ses instruments. *Revue francaise de science politique* Vol. 61 (1). Presses de Sciences Po: 5–22.
Marchal, Bruno, Anna Cavalli, and Guy Kegels. 2009. Global health actors claim to support health system strengthening: is this reality or rhetoric? *PLoS medicine* 6 (4): e1000059.
McCoy, David, Nele Jensen, Katharina Kranzer, Rashida A. Ferrand, and Eline L. Korenromp. 2013. Methodological and Policy Limitations of Quantifying the Saving of Lives: A Case Study of the Global Fund's Approach. *PLOS Medicine* 10 (10). Public Library of Science: e1001522.
Nay, Olivier, and Franck Petiteville. 2011. Éléments pour une sociologie du changement dans les organisations internationales. *Critique internationale* n° 53 (4): 9–20.
Ooms, Gorik, Wim Van Damme, Brook K. Baker, Paul Zeitz, and Ted Schrecker. 2008. The 'diagonal' approach to Global Fund financing: a cure for the broader malaise of health systems? *Globalization and Health* 4: 6.
Organisation mondiale de la santé (OMS), ed. 2000. *The World Health Report 2000: health systems: improving performance*. Geneva: WHO.
Organisation mondiale de la santé (OMS). 2007. *Everybody's business: strengthening health systems to improve health outcomes : WHO's framework for action.* Geneva: World Health Organization.
Organisation mondiale de la santé (OMS). 2008. *Maximizing Positive Synergies between Health Systems and Global Health Initiatives*. Genève: OMS. Available at

<https://www.who.int/healthsystems/MaximizingPositiveSynergies.pdf?ua=1>.
Organisation mondiale de la santé (OMS). 2009. *Systems Thinking for Health Systems Strengthening*. Genève: OMS.
Organisation mondiale de la santé (OMS). 2014. *Importance de la convergence entre les financements extérieurs pour le renforcement des systèmes de santé et les priorités nationales des systèmes de santé*. Document interne. Genève.
Organisation mondiale de la santé (OMS), and Fonds mondial. 2007. *The Global Fund Strategic Approach to Health Systems Strengthening. Report from WHO to The Global Fund Secretariat*. Genève: Fonds mondial.
Russo, Camille. 2019. *The prism of 'health system strengthening' for a better cooperation and coordination between AFD, the Global Fund and Expertise France: analysis and perspectives*. Master de santé publique. Paris, France: EHESP - AFD.
Shakarishvili, George, Mary Ann Lansang, Vinod Mitta, Olga Bornemisza, Matthew Blakley, Nicole Kley, Craig Burgess, and Rifat Atun. 2011. Health systems strengthening: a common classification and framework for investment analysis. *Health Policy and Planning* 26 (4): 316–326.
Stenberg, Karin, Odd Hanssen, Tessa Tan-Torres Edejer, Melanie Bertram, Callum Brindley, Andreia Meshreky, James E. Rosen, et al. 2017. Financing transformative health systems towards achievement of the health Sustainable Development Goals: a model for projected resource needs in 67 low-income and middle-income countries. *The Lancet. Global Health* 5 (9): e875–e887.
Storeng, Katerini T. 2014. The GAVI Alliance and the 'Gates approach' to health system strengthening. *Global Public Health* 9 (8): 865–879.
Tchiombiano, Stéphanie, Olivier Nay, and Fred Eboko. 2018. Chapitre 5. Le pouvoir des procédures Les politiques de santé mondiale entre managérialisation et bureaucratisation: l'exemple du Fonds mondial en Afrique de l'Ouest. In *L'Etat réhabilité en Afrique. Réinventer les politiques publiques à l'ère néolibérale*. Paris: Karthala.
Tsai, Feng-Jen, Howard Lee, and Victoria Y. Fan. 2016. Perspective and investments in health system strengthening of Gavi, the Vaccine Alliance: a content analysis of health system strengthening-specific funding. *International Health* 8 (4): 246–252.

Liste des encadrés

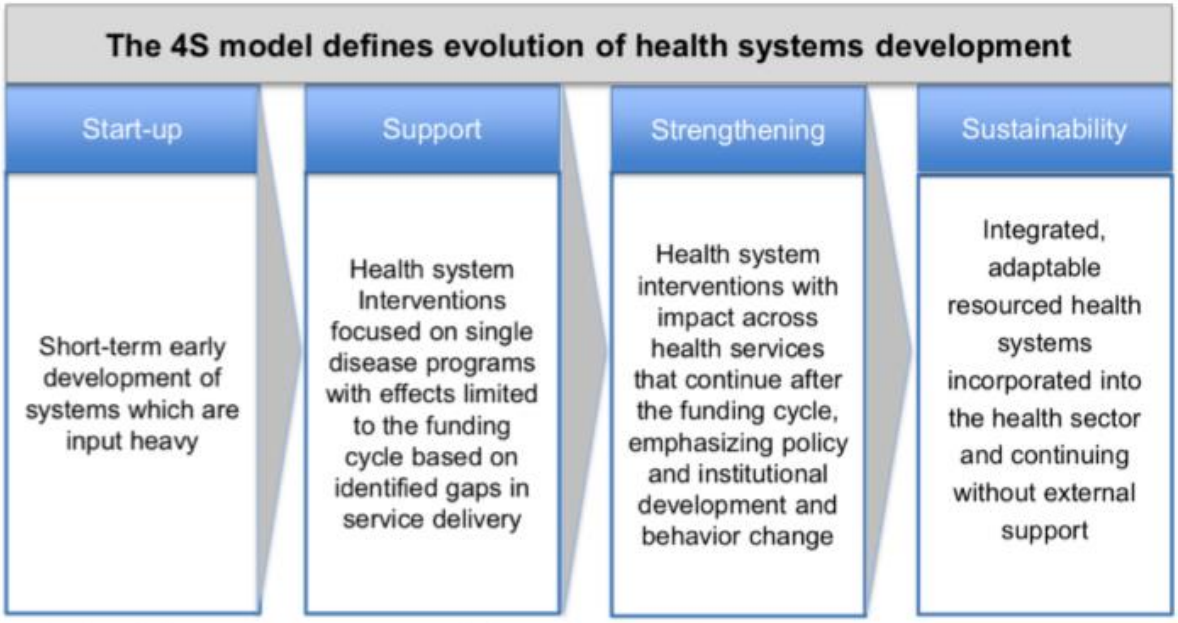
Encadré 1 : Synthèse des problèmes identifiés par le TRP, le TERG et l'OIG relatifs au RSS (ou SRPS) au Fonds mondial 17
Encadré 2 Caractéristiques croisées entre l'approche du Fonds mondial et du RSS 24
Encadré 3 Estimations des besoins liés à l'atteinte des ODD (santé) et ceux liés aux trois pandémies 25
Encadré 4 : Définitions de l'approche RSS du Fonds mondial : synthèse des rapports du TERG, du TRP, et de l'OIG 26
Encadré 5 : Approche RSS/SRPS de l'OMS et du Fonds mondial 27
Encadré 6 : Champ d'action du SRPS suivant les différents documents du Secrétariat du Fonds mondial 31
Encadré 7 : Investissements SRPS directs et contributifs par sous-objectifs (2017-2019) 34
Encadré 8 : L'épineuse question des ressources humaines en santé 34
Encadré 9 Les trois types d'investissements "SRPS" du Fonds mondial 35
Encadré 10 : Organisation interne du SRPS au Fonds mondial et défis identifiés par le Bureau de l'Inspecteur général dans le cadre de son audit sur les investissements SRPS (OIG, 2019) 42
Encadré 11 : Le suivi & évaluation du SRPS au Fonds mondial 44
Encadré 12 : Synthèse des observations liées aux indicateurs de performance du Fonds mondial (TRP 2018, TERG 2019, OIG 2019) 45
Encadré 13 : Étude de cas : élaboration de la note conceptuelle RSS (NFM3) en République centrafricaine (RCA) 48
Encadré 14 Le paysage de financement RSS en Côte d'Ivoire 51
Encadré 15 Diversité des modalités d'allocation des investissements RSS 52
Encadré 16 Les défis de la coordination des activités RSS dans les subventions autonomes et intégrées 55
Encadré 17 L'exemple du Fonds commun de santé du Niger 65

Liste des figures

Figure 1 : Évolution de l'investissement du Fonds mondial dans le renforcement des systèmes de santé 15
Figure 2 : Les facteurs décisifs à l'élaboration et à la mise en œuvre d'une stratégie RSS financée par le Fonds mondial, au niveau national 57
Figure 3 Aide au développement pour le renforcement des systèmes de santé et les approches sectorielles de santé par canal d'assistance, 1990-2018 (IHME 2018) 61

Annexes

Annexe 1 : Le "modèle 4S" du Fonds mondial (Le Fonds mondial, 2018)



Modified from: G. Chee, N. Pielemeier, A. Lion, and C. Connor. 2013. "Why differentiating between health system support and health system strengthening is needed." International Journal of Health Planning and Management 28(1):85-94.

Annexe 2 : Évolution générale du développement des systèmes de santé : le modèle des « 4S ». (TRG, 2018)

Table 1: General evolution of health systems development: the 4Ss model

Parameter	System start-up (establishment)	System Support	System Strengthening	System Sustainability
Scope	Emergency; early development of systems	May be focused on a single disease or intervention	Activities have impact across health services and outcomes	Systems are integrated, resourced and fully incorporated into the overall health sector
Longevity	Short term; depending on country situation	Effects limited to period of funding	Effects will continue after activities end	Effects are continuing without external/ extra support
Approach	Input heavy for all systems	Provide inputs to address identified system gaps impacting service delivery	Revise policies and institutional relationships to change behaviors and resource use to address identified constraints in a more sustainable manner	Systems are adjusted to adapt to changes and resources are continuous, relevant and available domestically

Annexe 3. Liste des coûts intégrés et exclus des coûts considérés comme relevant du SRPS (Fonds mondial)

→ **<u>3a. Liste des coûts issus des modules et des interventions maladies, considérés comme pertinents pour les systèmes de santé</u>** (source : *Tracking the Global Fund's Investments in Resilient and Sustainable Systems for Health, Global Fund, 2019*)

Cost Category	Cost Input
Human Resources (HR)	1.0 Human Resources (HR)
	1.1 Salaries - program management
	1.2 Salaries - outreach workers, medical staff and other service providers
	1.3 Performance based supplements, incentives
	1.4 Other HR Costs
Travel related costs (TRC)	2.0 Travel related costs (TRC)
	2.1 Training related per diems/transport/other costs
	2.2 Technical assistance-related per diems/transport/other costs
	2.3 Supervision/surveys/data collection related per diems/transport/other costs
	2.4 Meeting/Advocacy related per diems/transport/other costs
External Professional services (EPS)	3.0 External Professional services (EPS)
	3.1 Technical Assistance Fees/Consultants
Health Products - Equipment (HPE)	6.0 Health Products - Equipment (HPE)
	6.1 CD4 analyser/accessories
	6.2 HIV Viral Load analyser/accessories

	6.3 Microscopes
	6.4 TB Molecular Test equipment
	6.5 Maintenance and service costs for health equipment
	6.6 Other health equipment
Procurement and Supply-Chain Management costs (PSM)	7.0 Procurement and Supply-Chain Management Costs (PSM)
	7.5 Quality assurance and quality control costs (QA/QC)
Infrastructure (INF)	8.0 Infrastructure (INF)
	8.1 Furniture
	8.2 Renovation/constructions
	8.3 Infrastructure maintenance and other INF costs
Non-health equipment (NHP)	9.0 Non-health equipment (NHP)
	9.1 IT - Computers, computer equipment, Software and applications
	9.2 Vehicles
	9.3 Other non-health equipment
	9.4 Maintenance and service costs non-health equipment

→ **<u>3b. Liste des coûts issus des modules et des interventions maladies, considérés comme NON pertinents pour les systèmes de santé</u>** (source : *Tracking the Global Fund's Investments in Resilient and Sustainable Systems for Health, Global Fund, 2019*)

Cost Category	Cost Input
Travel related costs (TRC)	2.5 Other Transportation costs
External Professional services (EPS	3.2 Fiscal/Fiduciary Agent fees
	3.3 External audit fees
	3.4 Other external professional services
	3.5 Insurance related costs (EPS)
Health Products - Pharmaceutical Products (HPPP)	4.0 Health Products - Pharmaceutical Products (HPPP)
	4.1 Antiretroviral medicines
	4.2 Anti-tuberculosis medicines
	4.3 Antimalarial medicines
	4.4 Opioid substitution medicines
	4.5 Opportunistic infections and STI medicines
	4.6 Private Sector subsidies for ACTs (co-payment to 4.3)
	4.7 Other medicines
Health Products - Non-Pharmaceuticals (HPNP)	5.0 Health Products - Non-Pharmaceuticals (HPNP)
	5.1 Insecticide-treated Nets (LLINs/ITNs)
	5.2 Condoms - Male
	5.3 Condoms - Female
	5.4 Rapid Diagnostic Test
	5.5 Insecticides
	5.6 Laboratory reagents

	5.7 Syringes and needles
	5.8 Other consumables
Procurement and Supply-Chain Management Costs (PSM)	7.1 Procurement agent and handling fees
	7.2 Freight and insurance costs (Health products)
	7.3 Warehouse and Storage Costs
	7.4 In-country distribution costs
	7.6 PSM Customs Clearance
	7.7 Other PSM costs
Communication Material and Publications (CMP)	10.0 Communication Material and Publications (CMP)
	10.1 Printed materials (forms, books, guidelines, brochure, leaflets...)
	10.2 Television/Radio spots and programmes
	10.3 Promotional Material (t-shirts, mugs, pins...) and other CMP costs
Programme Administration costs (PA)	11.0 Programme Administration costs (PA)
	11.1 Office related costs
	11.2 Unrecoverable taxes and duties
	11.3 Indirect cost recovery (ICR) - % based
	11.4 Other PA costs
Living support to client/ target population (LSCTP)	12.0 Living support to client/ target population (LSCTP)
	12.1 OVC Support (school fees, uniforms, books...)
	12.2 Food and care packages
	12.3 Cash incentives/transfer patients/beneficiaries/counsellors/mediators
	12.4 Micro-loans and micro-grants
	12.5 Other LSCTP costs
Payments for Results	13.0 Payment for Results

Annexe 4. Liste principale d'indicateurs et des mesures de suivi du plan de travail pour les Systèmes résilients et pérennes pour la santé (SRPS)

→ **4a. Principaux indicateurs pour les Systèmes résilients et pérennes pour la santé (SRPS)** (cf. cadre modulaire du Fonds mondial, octobre 2019)

Module	Type d'indicateur	Code de l'indicateur	Description de l'indicateur	Catégorie(s) de ventilation
Indicateurs de résultats (tous les modules)	Résultats	HSS O-5	Pourcentage des établissements de santé disposant de médicaments traceurs pour les trois maladies le jour de la visite ou le jour du rapportage	
	Résultats	HSS O-6	Pourcentage d'établissements délivrant des services de diagnostic le jour de l'évaluation	
	Résultats	HSS O-7	Système de gestion de l'information sanitaire entièrement déployé et fonctionnel: Pourcentage de composants du SGIS en place (système d'information sanitaire déployé, complétude, promptitude et rapportage intégré des indicateurs aggrégés du VIH, de la tuberculose et du paludisme)	
	Résultats	HSS O-8	Agents de santé actifs pour 10,000 habitants	Groupe professionnel (médecins, infirmiers et sages-femmes, techniciens de laboratoire, pharmaciens et agents de santé communautaires)
	Résultats	HSS O-9	Pourcentage de femmes ayant eu une première consultation prénatale avant 12 semaines	Âge (10-14, 15-19 ans)
	Résultats	HSS O-10	Part de la population consacrant d'importantes dépenses du ménage dans la santé par rapport aux dépenses totales ou au revenu total du ménage (dépenses catastrophiques dans la santé)	
Systèmes de gestion des produits de santé	Couverture	PSM-3	Pourcentage des établissements de santé fournissant des services de diagnostic avec des éléments traceurs le jour de la visite ou du rapportage.	
	Couverture	PSM-4	Pourcentage des établissements de santé disposant de médicaments traceurs pour les trois maladies le jour de la visite ou du rapportage	
	Couverture	PSM-5	Pourcentage de lots expédiés livrés en intégralité et dans les délais par rapport au nombre total de lots expédiés devant être fournis pour les trois maladies pendant la période de rapportage	
	Couverture	PSM-6	Pourcentage de produits de santé pour les bons de commande confirmés avec les fournisseurs par rapport aux quantités prévues, pour les trois maladies pendant la période de rapportage.	

Module	Type d'indicateur	Code de l'indicateur	Description de l'indicateur	Catégorie(s) de ventilation
	Couverture	PSM-7	Pourcentage de lots de produits de santé pour les trois maladies ayant fait l'objet d'un test de la qualité, conformément à la politique d'assurance qualité du Fonds mondial	
Systèmes de gestion de l'information sanitaire	Couverture	M&E-2a	Complétude des rapports des établissements de santé: Pourcentage de rapports mensuels attendus des établissements (pour la période de rapportage) qui ont été réellement reçus	Type de rapport (rapports sur le VIH, sur la tuberculose, sur le paludisme, rapports intégrés)
	Couverture	M&E-2b	Promptitude des rapports des établissements de santé: Pourcentage de rapports mensuels remis par les établissements (pour la période d'établissement de rapport) reçus dans les délais, conformément aux directives nationales	Type de rapport (rapports sur le VIH, sur la tuberculose, sur le paludisme, rapports intégrés)
	Couverture	M&E-4	Pourcentage de rapports de prestation de services d'agents de santé communautaires intégrés dans le SGIS	
	Couverture	M&E-5	Pourcentage d'établissements de santé ayant enregistré et transmis des données à l'aide du système d'information électronique	
	Couverture	M&E-6	Pourcentage de districts ayant rédigé un ou des rapports analytiques périodiques selon le plan national et le format convenus, au cours de la période de rapportage	
Ressources humaines pour la santé, y compris agents de santé communautaires	Couverture	HRH-1	Taux de vacance: Nombre de postes à temps complet restés vacants pendant au moins 6 mois, en pourcentage du nombre total de postes financés	Groupe professionnel (médecins, infirmiers et sages-femmes, techniciens de laboratoire, pharmaciens et agents de santé communautaires)
	Couverture	HRH-2	Proportion d'étudiants diplômés d'un programme d'éducation et de formation des agents de santé par rapport au nombre d'étudiants inscrits en première année	Groupe professionnel (médecins, infirmiers et sages-femmes, techniciens de laboratoire, pharmaciens et agents de santé communautaires)
	Couverture	HRH-3	Proportion d'agents de santé communautaires qui ont bénéficié d'au moins une supervision formative au cours de la période de rapportage	
Prestation de services intégrés et amélioration de la qualité	Couverture	SD-3	Nombre de consultations ambulatoires par personne par an	
	Couverture	SD-4	Pourcentage d'établissements de santé dotés d'un comité de la santé en fonction (ou similaire) qui comprend des membres communautaires et se réunit au moins tous les trimestres	
	Couverture	SD-5	Pourcentage d'établissements de santé ayant bénéficié d'une supervision formative (au moins une fois par trimestre)	
	Couverture	SD-6	Nombre de conditions PEC-C traitées parmi les enfants de moins de cinq ans dans zones cibles au cours de la période de rapportage	Condition PEC-C (paludisme, pneumonie, diarrhée, malnutrition)

Module	Type d'indicateur	Code de l'indicateur	Description de l'indicateur	Catégorie(s) de ventilation
Systèmes de gestion financière	Couverture	FMS-1	Pourcentage de composants du système de gestion financière publique utilisés pour la gestion financière de la subvention	
Gouvernance et planification du secteur de la santé	Couverture	HSG-1	Pourcentage d'équipes de gestion de la santé dans les districts ou d'autres unités administratives qui ont élaboré un plan de suivi comprenant des objectifs de travail annuels et des mesures de résultats	
Renforcement des systèmes communautaires	Couverture	CSS-1	Pourcentage de rapports de suivi d'organisations basées dans la communauté présentés aux mécanismes de suivi pertinents	
	Couverture	CSS-2	Nombre d'organisations basées dans la communauté ayant reçu un paquet prédéfini de formation	
Systèmes de laboratoire	Couverture	LAB-1	Pourcentage de laboratoires nationaux de référence accrédités selon la norme ISO15189 ou ayant obtenu au moins quatre étoiles en vue de l'homologation	
Gestion du programme	Couverture	PM-1	Pourcentage d'exécution du budget des subventions (c.-à-d. taux d'absorption financière dans le pays)	
	Couverture	PM-2	Pourcentage d'utilisation des fonds décaissés (c.-à-d. taux d'utilisation des fonds décaissés dans le pays)	

→ **4b. Mesures de suivi du plan de travail pour les Systèmes résilients et pérennes pour la santé (SRPS)** (cf. cadre modulaire du Fonds mondial, octobre 2019)

Module	Mesures de suivi du plan de travail
Systèmes de gestion des produits de santé	1.Système d'information de la gestion logistique établi
	2.Évaluations des systèmes nationaux de régulation des produits médicaux réalisées
	3.Tests d'assurance qualité des produits pharmaceutiques réalisés
	4.Laboratoires de contrôle de la qualité des produits pharmaceutiques mis en place
	5. Infrastructure de niveau central et/ou périphérique mise à niveau (entrepôts, etc.)
	6. Délai d'approvisionnement administratif des achats effectués par l'intermédiaire des systèmes nationaux - pourcentage d'achats répondant aux demandes de l'appel d'offres/de la fourniture selon la référence de remise du bon de commande par rapport à l'ensemble des bons de commande.
	7. Achats à prix abordables effectués à travers les systèmes d'achats nationaux – Pourcentage de produits faisant partie d'un ensemble de produits défini achetés à un prix moyen pondéré (par subvention) égal ou inférieur au prix de référence du Mécanisme d'Achats Groupés (PPM) par rapport au nombre total de produits achetés durant la période de rapportage.
Ressources humaines pour la santé, y compris agents de santé communautaires	1. Plan et stratégie nationaux de ressources humaines pour la santé élaborés
	2. Programme et plan de formation nationaux de ressources humaines pour la santé élaborés
	3. Nombre de personnes formées (formation continue)
	4.Système national d'information sur les ressources humaines pour la santé développé et déployé
	5. Évaluation du marché du travail de la santé réalisée
Gouvernance et planification du secteur de la santé	1. Plan/stratégie/politique du secteur de la santé élaborés
	2. Plans annuels sectoriels liés aux plans stratégiques nationaux élaborés
	3. Nombre de plans conjoints et de réunions de revues du Ministère de la santé avec les programmes nationaux de lutte contre les maladies en vue d'améliorer la coordination entre les programmes
	4. Nombre de mesures prises par le Ministère de la santé avec des partenaires internes et externes, au cours de la période d'établissement de rapport, sur l'harmonisation des objectifs, le budget et/ou les plans opérationnels pour les programmes nationaux de lutte contre les maladies (les initiatives doivent être convenues au moment de l'octroi de la subvention et doivent mesurer les progrès attendus dans la garantie de la coordination entre les programmes et l'efficacité de la mise en œuvre des programmes)
	5. Cadre régissant le secteur privé à but lucratif développé/mis à jour
	6. Stratégie de santé numérique ou e-santé nationale et plan de mise en œuvre chiffré élaborés
	7. Nombre d'organisations de la société civile ayant bénéficié de ressources publiques nationales pour soutenir les programmes communautaires en faveur des populations clés dans le cadre de la riposte nationale

Module	Mesures de suivi du plan de travail
Systèmes de laboratoire	1. Plans stratégiques et politiques des laboratoires nationaux élaborés/mis à jour
	2. Réseau intégré de transport d'échantillons pour toutes les maladies développés
	3. Normes et systèmes nationaux de laboratoire de qualité pour l'octroi de licence aux laboratoires publics/privés établis
	4. Normes/directives nationales pour la gestion des déchets, la biosûreté, la biosécurité et les procédures opérationnelles normalisées élaborées
	5. Services de laboratoire intégrés dans les établissements mis à niveau/déployés
Prestation de services intégrés et amélioration de la qualité	1. Nombre d'établissements rénovés/mis à niveau/équipés
	2. Système de référence entre les établissements de santé et la communauté mis en place
	3. Pourcentage d'établissements de santé ayant réalisés des sessions de sensibilisation intégrées
Renforcement des systèmes communautaires	1. Plateformes et mécanismes nationaux de soutien à la coordination, à la planification et à l'engagement communautaires dans les processus nationaux mis en place/renforcés
	2. Stratégies de plaidoyer/notes d'informations communautaires développées par les populations clés et vulnérables en vue de fournir des informations aux stratégies, plans et aux directives nationales
	3. Engagement et représentation des communautés au sein des instances, processus et organes de décision nationaux
	4. Stratégies nationales (plans stratégiques nationaux, stratégies de santé communautaires, feuilles de route de la prévention, programmes en lien avec les adolescentes et jeunes femmes) disponibles, exposant les rôles des communautés (y compris la prestation de services différenciés, la gouvernance de la santé, le suivi et le plaidoyer)
	5. Capacité des organisations communautaires renforcée/améliorée
	6. Analyse de rentabilité élaborée sur la pérennité des services communautaires en faveur des populations clés et vulnérables
Systèmes d'information de gestion de santé et suivi et évaluation	1. Revues/évaluations/enquêtes/études de programmes réalisés
	2. Stratégie de systèmes d'information de santé nationale et plan de mise en œuvre budgetisé élaborés
	3. Proportion de réunions revues trimestrielles ou semestrielles organisées dans les districts au cours de la période de rapportage
	4. Développement et diffusion de procédures opérationnelles standards pour l'utilisation des données au niveau national et sous-national
	5. Formation du personnel des établissements de santé, du district et régional/provincial aux procédures opérationnelles standards pour l'utilisation des données
	6. Liste de référence géocodée des infrastructures élaborée/mise à jour
	7. Liste de référence géocodée des agents de santé communautaires élaborée/mise à jour

Annexe 5. Liste des subventions "stand alone" du Fonds mondial en Afrique (avant NFM3)

Région	Country	Grant Name	Status	Principal Recipient
Afrique de l'ouest et centrale	Benin	HSS GRANT FOR BENIN	In Closure	Health System Performance Program
	Benin	To improve access and quality of health care in Benin, through a more integrated, effective, and resilient health system	Active	Conseil National de Lutte contre le VIH/SIDA, la Tuberculose, le Paludisme, les Hépatites, les Infections sexuellement transmissibles et les Epidémies
	Burkina Faso	Strengthening health systems and scaling-up of integrated community case management interventions	Administratively Closed	Programme d'Appui au Développement Sanitaire du Burkina Faso
	Congo (Democratic Republic)	Contribute to improving the health information system and availability and quality of care in selected health zones	In Closure	Ministry of Health and Population of the Democratic Republic of Congo
	Guinea-Bissau	Guinea-Bissau - RSSH - Ministry of Health of the Republic of Guinea-Bissau	Administratively Closed	Ministry of Health of the Republic of Guinea-Bissau
	Niger	Niger - RSSH - Save the Children Federation, Inc.	Terminated	Save the Children Federation, Inc.
	Nigeria	Nigeria - RSSH - National Agency for the Control of AIDS	Administratively Closed	National Agency for the Control of AIDS
	Nigeria	Strengthening Health Management Information Systems, Laboratory Network and Procurement and Supply Chain Management Systems in Nigeria	Active	Management Sciences for Health
	Senegal	Sustainably improve the health of the Senegalese populations through health systems strengthening	In Closure	Ministry of Health and Social Action of the Republic of Senegal
Afrique (autre)	Eswatini	Eswatini - RSSH - National Emergency Response Council on HIV and AIDS	Administratively Closed	National Emergency Response Council on HIV and AIDS
	Ethiopia	Ethiopia - RSSH - Federal Ministry of Health of the Federal Democratic Republic of Ethiopia	Administratively Closed	Federal Ministry of Health of the Federal Democratic Republic of Ethiopia
	Ethiopia	Strengthening Health Systems capacity to provide equitable, effective and efficient package of comprehensive and quality health services to Ethiopian people	Active	Federal Ministry of Health of the Federal Democratic Republic of Ethiopia
	Malawi	Malawi - RSSH - Ministry of Health of the Republic of Malawi	Administratively Closed	Ministry of Health of the Republic of Malawi
	Morocco	Morocco - RSSH - Ministry of Health of the Kingdom of Morocco	In Closure	Ministry of Health of the Kingdom of Morocco
	Mozambique	Strengthening Health Systems and Communities through Government-Civil society Partnerships	In Closure	Ministry of Health of Mozambique
	Rwanda	Rwanda - RSSH - Ministry of Health of the Republic of Rwanda	Administratively Closed	Ministry of Health of the Republic of Rwanda
	South Sudan	Strengthening Health System in Southern Sudan	Administratively Closed	United Nations Development Programme
	Sudan	Ministry of Finance, Government of the Republic of Sudan	In Closure	Federal Ministry of Health of the Republic of Sudan
	Tanzania (United Republic)	Enhance HIV prevention services in Tanzania	Administratively Closed	Ministry of Finance and Planning of the United Republic of Tanzania
	Uganda	Uganda - RSSH - The AIDS Support Organisation (Uganda) Limited	Administratively Closed	The AIDS Support Organisation (Uganda) Limited
	Uganda	Uganda - RSSH - Ministry of Finance, Planning and Economic Development of the Republic of Uganda	Administratively Closed	Ministry of Finance, Planning and Economic Development of the Republic of Uganda
	Uganda	Strengthening the health and community systems for quality, equitable and timely service delivery	Administratively Closed	Ministry of Finance, Planning and Economic Development of the Republic of Uganda
	Uganda	Strengthening the health and community systems for quality, equitable and timely service delivery	Administratively Closed	The AIDS Support Organisation (Uganda) Limited
	Pakistan	Pakistan - RSSH - Ministry of National Health Services, Regulations and Coordination of Pakistan	In Closure	Ministry of National Health Services, Regulations and Coordination of Pakistan
	Zimbabwe	Health Systems Strengthening Cross-Cutting Interventions	Administratively Closed	United Nations Development Programme

*Source : https://data.theglobalfund.org/investments/home (consulté en février 2020)