



Un Réseau d'Expertise

RAPPORT FINAL

Evaluation des contributions françaises au Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme

Numéro de référence du Marché : MAE – DGM – 06- 2013

AOUT 2013

Ce rapport est un document interne établi à la demande du Ministère français des Affaires étrangères. Les analyses et commentaires développés n'engagent que leurs auteurs et ne constituent pas une position officielle. La diffusion de ce rapport a un caractère limité et son usage est strictement limité au cadre officiel.

REMERCIEMENTS

Les auteurs tiennent ici à remercier l'ensemble des interlocuteurs rencontrés pour leur disponibilité et la qualité de leurs contributions.

SOMMAIRE

REMERCIEMENTS	3
LISTE DES ABRÉVIATIONS.....	6
1. INTRODUCTION	8
1.1. LE CONTEXTE DE L'ÉVALUATION	8
1.2. RAPPEL DES OBJECTIFS DE L'ÉVALUATION	8
1.3. CHAMP DE L'ÉVALUATION	8
1.4. MÉTHODOLOGIE D'INTERVENTION	9
1.5. LE PILOTAGE DE L'ÉVALUATION	10
PRÉAMBULE.....	11
LES DIX ANS DU FONDS MONDIAL	11
LE FONDS MONDIAL DANS LE PAYSAGE GLOBAL DES ORGANISATIONS ACTIVES DANS LA SANTE GLOBALE	13
LA STRATÉGIE GLOBALE DE LA FRANCE DANS LE DOMAINE DE LA SANTÉ.....	14
LES PARTICULARITÉS DES FONDS VERTICAUX.....	15
LE FONCTIONNEMENT DU FONDS MONDIAL À GENÈVE.....	17
2. ANALYSE DE L'ACTION ET DES RÉSULTATS DE L'INTERVENTION DU FONDS MONDIAL DANS LES PAYS PRIORITAIRES DE L'AIDE FRANÇAISE	22
2.1. DES PROGRÈS REMARQUABLES ONT ÉTÉ RÉALISÉS EN AFRIQUE SUBSAHARIENNE	22
2.2. DES VOLUMES FINANCIERS IMPORTANTS INVESTIS DANS LES PAYS PRIORITAIRES DE L'AIDE FRANÇAISE	28
2.2.1. Les volumes financiers approuvés par le conseil d'administration du Fonds mondial.....	29
2.2.2. Les volumes financiers effectivement engagés et décaissés.....	31
2.2.3. Eléments de comparaison entre pays francophones et anglophones d'Afrique saharienne	34
3. DES PROCEDURES DE GESTION DES SUBVENTIONS COMPLIQUEES ET TROP SOUVENT MODIFIEES	35
3.1. DES PROCÉDURES DIFFÉRENCIÉES PAR GROUPES DE PAYS ET TROP AXÉES SUR LES RISQUES FINANCIERS	36
3.2. SI LA RÉPARTITION ENTRE RÉCIPENDAIRES PUBLICS ET PRIVÉS EST ÉQUITABLE DANS L'ÉCHANTILLON DE PAYS VISITES, UNE PLACE LIMITÉE EST ACCORDÉE AUX ONG LOCALES	39
3.3. LE NÉCESSAIRE RENFORCEMENT DES CAPACITÉS DE GESTION ET DE SUPERVISION DES INSTANCES DE COORDINATION NATIONALE POUR LES RENDRE PLUS OPÉRATIONNELLES ET REACTIVES	40
3.4. LES DÉLAIS DE DÉCAISSEMENT ET D'OBTENTION DES AVIS DE NON OBJECTION RESTENT TROP LONGS DANS LA PLUPART DES PAYS PRIORITAIRES DE L'AIDE FRANÇAISE	43
3.5. LA GESTION DES APPROVISIONNEMENTS ET DES STOCKS : UN GOULOT D'ÉTRANGLEMENT IMPORTANT DANS LA MISE EN ŒUVRE DES PROJETS	44
3.7. DES DIFFICULTÉS EXISTENT DANS LA MISE EN ŒUVRE DES COMPOSANTES LIÉES AU RENFORCEMENT DES SYSTÈMES DE SANTÉ	47
3.8. LE SYSTÈME DE SUIVI ET D'ÉVALUATION DOIT VISER UNE PLUS GRANDE QUALITÉ DES DONNÉES COLLECTÉES ET ANALYSÉES	47
3.9. PEU D'ACTIVITÉS DE RECHERCHE OPÉRATIONNELLE FINANCÉES PAR LE FONDS MONDIAL.....	49
3.10. RECOMMANDATIONS	51
4. ANALYSE DES OPPORTUNITÉS ET RISQUES LIÉS À LA MISE EN ŒUVRE DU NOUVEAU MODÈLE DE FINANCEMENT DANS LES PAYS PRIORITAIRES DE L'AIDE FRANÇAISE	53
4.1. UNE PROCÉDURE SIMPLIFIÉE ; UN CALENDRIER PLUS SOUPLE ; DEUX CANAUX POSSIBLES DE FINANCEMENT	53
4.2. UN ALIGNEMENT ACCRU SUR LES STRATÉGIES NATIONALES ; UN MODÈLE DE NOTE CONCEPTUELLE QUI INFLUERA SUR LE CONTENU DES DEMANDES DE SUBVENTION	55
4.3. UNE MISE EN ŒUVRE NON ENCORE ANTICIPÉE DANS LES PAYS PRIORITAIRES DE L'AIDE FRANÇAISE.....	56
4.3.1. Anticipation des conséquences positives de ce nouveau modèle dans les pays prioritaires de l'aide française	57
4.3.2. Anticipation des risques pouvant être associés à ce nouveau modèle.....	58
4.4. RECOMMANDATIONS	62
5. CONCOURS DE LA FRANCE AUX ORIENTATIONS DU FONDS MONDIAL ET EFFICACITÉ DE SON DISPOSITIF DE SUIVI	63

5.1. LE PILOTAGE DE LA POLITIQUE FRANÇAISE D'AIDE AU DÉVELOPPEMENT : UN PARTAGE DES RÔLES INACHEVÉ, UNE INSUFFISANTE HIÉRARCHISATION DES PRIORITÉS	63
5.2. LA FRANCE EST PLACÉE AU 4ÈME RANG MONDIAL DES DONATEURS	63
5.3. DES VALEURS, PRINCIPES ET PRIORITÉS PARTAGÉES ENTRE LA FRANCE ET LE FONDS MONDIAL	67
5.2. LA CAPACITE D'INFLUENCE DE LA FRANCE AU SEIN DU FONDS MONDIAL	73
5.4. LA PLACE DES OPÉRATEURS FRANÇAIS DANS LES ACTIVITÉS GÉNÉRÉES PAR LE FONDS MONDIAL	80
5.4.1. Les opérateurs bilatéraux	80
5.4.2. Un positionnement faible des entreprises françaises dans les projets financés par le Fonds mondial	90
5.5. RECOMMANDATIONS	90

LISTE DES ABRÉVIATIONS

AEC	Comité d'audit et d'éthique
AFD	Agence française de développement
AIDSPAN	Organisme indépendant de surveillance du Fonds mondial
ALF	Agents locaux du fonds
ANRS	Agence nationale de recherche sur le sida, les hépatites virales
APD	Aide publique au développement
ARV	Antirétroviraux
AVCI	Années de vie corrigées du facteur d'invalidité
CA	Conseil d'administration
CAD	Comité d'aide au développement
CAME	Centrale d'Achat des Médicaments Essentiels
CEDEAO	Communauté économique des états d'Afrique de l'ouest
CICID	Comité interministériel de la coopération internationale et du développement
COCAC	Conseiller de coopération et d'action culturelle
CRCS	Conseiller régional de coopération en Santé
CTA	Combinaisons thérapeutiques à base d'artémisinine
DFID	Ministère du Développement international (Royaume Uni)
DGM	Direction générale de la mondialisation, du développement et des partenariats
DG Trésor	Direction générale du Trésor – Ministère de l'Economie et des Finances
DN	Données non disponibles
EDCTP	European developing countries clinical trial partnership
ESTHER	Ensemble pour une solidarité thérapeutique en réseau
FED	Fonds européen de développement
FOPC	Comité des finances et des résultats opérationnels
GAS	Gestion des approvisionnements et achats
GAVI	Alliance mondiale pour les vaccins et l'immunisation
GIZ	Agence de coopération internationale (Allemagne)
GMS	Grant Management Support (Appui à la gestion des subventions) – Equivalent américain de l'Initiative 5%
GPIRM	Gestion de la résistance des vecteurs du paludisme aux insecticides
ICN	Instance de coordination nationale
IDH	Indice de développement humain
IHP+	Initiative de partenariat international pour la santé
IST	Infections sexuellement transmissibles
MNT	Maladies non transmissibles
MR	Multi résistante (tuberculose)
MTF	Mécanisme transitoire de financement
MVAG	Mécanisme volontaire d'achat groupé
OIF	Organisation internationale de la francophonie
OMD	Objectifs du millénaire pour le développement
OMS	Organisation mondiale de la Santé
OPP	Plateforme polyvalente ouverte
ONG	Organisation non gouvernementale
ONU	Organisation des Nations Unies
ONUSIDA	Programme commun des Nations unies sur le VIH-sida
Pays dits CICID	16 pays pauvres prioritaires de l'APD française : Bénin, Burkina Faso, Burundi, Comores, Djibouti, Ghana, Guinée Conakry, Madagascar, Mali, Mauritanie, Niger, République Démocratique du Congo, République

	Centrafricaine, Sénégal, Tchad, Togo -Comité interministériel de la coopération internationale et du développement du 31 juillet 2013
PEPFAR	President's emergency plan for AIDS relief (Initiative du Président américain pour la lutte contre le sida).
PNLP	Programme national de lutte contre le paludisme
PFR	Pays à faible revenu
PMA	Pays moins avancés
PMI	President malaria initiative (Initiative du Président américain contre le paludisme)
PNLS	Programme national de lutte contre le sida
PNLT	Programme national de lutte contre la tuberculose
PPA	Parité de pouvoir d'achat
PTF	Partenaires techniques et financiers
PTME	Prévention de la transmission mère-enfant du VIH
PwC	PricewaterhouseCoopers
RII Bas	Pays à revenu intermédiaire du bas de la tranche inférieure
RNB	Revenu national brut
RP	Réциpiendaire principal
RSS	Renforcement des systèmes de santé
SAH	Sous-direction de la santé, de la sécurité alimentaire et du développement humain
SCAC	Service de coopération et d'action culturelle
SIIC	Comité de la stratégie, des investissements et de l'impact
SR	Sous-réциpiendaire
SSR	Sous réциpiendaire
TB	Tuberculose
UNITAID	Facilité internationale d'achat de médicaments
USAID	Agence américaine pour le développement
US\$	Dollars américains

Système de notation appliqué par le Fonds mondial et conséquences sur les niveaux de décaissement

A1	> à 100%
A2	Entre 90% et 100%
B1	Entre 60% et 89%
B2	Entre 30% et 59%
C	Inférieur à 30%

1. INTRODUCTION

1.1. LE CONTEXTE DE L'ÉVALUATION

Commanditée par la Direction générale de la mondialisation, du développement et des partenariats (DGM) du ministère des Affaires Etrangères (MAE), la présente évaluation porte sur la participation de la France au Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, institution multilatérale au sein de laquelle la France tient une part primordiale, en étant l'un des membres fondateurs et le deuxième contributeur après les Etats-Unis.

La lutte contre le VIH/sida et les maladies transmissibles est l'une des priorités affichées par la France pour son aide au développement dans le champ de la santé, à la fois en termes d'effort budgétaire et d'engagement politique fort pour les droits des personnes concernées par ces pandémies. Le canal principal de l'appui de la France à cette lutte est le canal multilatéral, tout particulièrement à travers l'action du Fonds mondial.

1.2. RAPPEL DES OBJECTIFS DE L'ÉVALUATION

La présente évaluation, qui s'inscrit dans une double dimension, rétrospective et prospective, répond à la demande d'information des citoyens, relayée par le Parlement et la Cour des comptes, sur l'utilisation des fonds publics et en même temps informera la stratégie internationale de développement de la France dans l'un de ses secteurs prioritaires.

Pour ce faire, le consultant s'est attaché à répondre à chacun des cinq objectifs présentés dans les termes de référence (Cf. Annexe 1) :

- analyser les résultats des interventions du Fonds mondial et la qualité du dispositif mis en place pour leur mesure dans les pays prioritaires de l'aide publique au développement (APD) française ;
- analyser l'action du Fonds mondial dans ces mêmes pays ;
- analyser la cohérence entre l'action du Fonds mondial et les priorités thématiques de la France ;
- établir une analyse prospective des défis liés au changement de modèle d'allocation des financements du Fonds ;
- évaluer le concours de la France aux orientations du Fonds mondial ainsi que l'efficacité de son dispositif de suivi.

1.3. CHAMP DE L'ÉVALUATION

Le champ géographique couvre essentiellement les 16 pays pauvres prioritaires de l'APD française et cinq autres pays d'Afrique subsaharienne¹ (Cameroun, Côte d'Ivoire, Congo, Gabon et Rwanda). L'analyse porte donc sur un total de 21 pays, auxquels s'ajoutent un programme régional « Couloir Abidjan-Lagos » impliquant cinq pays (Côte d'Ivoire, Bénin, Ghana, Togo et Nigeria) et dont le bénéficiaire principal (RP) est basé à Cotonou.

Le champ temporel de l'évaluation s'étend de 2008 à aujourd'hui (trois séries d'appels à projets entre 2008 et 2010). Les subventions s'inscrivent dans un processus continu et afin de tendre vers davantage d'exhaustivité, une étude des données relatives au nombre de projets et aux

¹ 16 pays pauvres prioritaires de l'APD française : Bénin, Burkina Faso, Burundi, Comores, Djibouti, Ghana, Guinée Conakry, Madagascar, Mali, Mauritanie, Niger, République Démocratique du Congo, République Centrafricaine, Sénégal, Tchad, Togo et cinq autres pays d'Afrique subsaharienne : Cameroun, Côte d'Ivoire, Congo, Gabon et Rwanda. Comité interministériel de la coopération internationale et du développement du 31 juillet 2013

volumes financiers investis par le Fonds mondial, de l'origine à nos jours, dans ces 21 pays a également été réalisée.

1.4. MÉTHODOLOGIE D'INTERVENTION

L'équipe d'évaluateurs a été constituée de quatre consultants seniors internationaux ayant une expertise complémentaire et d'un consultant local pour chacun des pays visités (Cf. Annexe 2).

L'évaluation s'est déroulée entre mars et août 2013, et a été organisée en quatre phases :

Phase 1 : Activités de cadrage de l'étude

Cette phase avait pour objectif de préciser les attentes du commanditaire et la méthodologie d'intervention. Elle s'est déroulée entre le 25 mars et le 10 avril 2013 et a donné lieu à l'élaboration du premier livrable « Note de Cadrage ».

Phase 2 : Etude documentaire et entretiens

Cette phase a été initiée de manière concomitante aux activités de cadrage de l'étude.

En amont de l'étude documentaire et afin de favoriser une approche exhaustive et homogène dans l'analyse, le Consultant a élaboré une matrice de recueil et de collecte des données afin d'organiser de la manière la plus efficace possible cette phase primordiale de l'évaluation.

Parallèlement à l'étude documentaire, de nombreux entretiens et rencontres ont été conduits avec des représentants et personnalités d'horizons différents : institutionnels, opérateurs, organisations internationales, universités et instituts de recherche (Cf. Annexe 3).

Deux visites au Secrétariat du Fonds mondial à Genève ont été organisées, la première en avril et la deuxième en juin 2013. Ces visites ont été complétées par une série de conférences téléphoniques avec les responsables de certains départements pour lesquels le consultant souhaitait obtenir des informations complémentaires.

Phase 3 : Missions de terrain

Des quatre pays initialement prévus dans les termes de référence pour le déroulement des missions de terrain, la République Démocratique du Congo (RDC) a été substituée à la Côte d'Ivoire, d'un commun accord entre le comité technique et le consultant. En effet, la RDC est le seul parmi les pays CICID appartenant au groupe des pays pilotes, mettant en œuvre dès 2013 le nouveau modèle de financement du Fonds mondial.

Les quatre missions de terrain se sont déroulées entre début mai et début juin dans les quatre pays suivants : RDC, Burkina-Faso, Bénin et Ouganda (ce dernier pays a été choisi dans une perspective comparative). Elles ont été préparées avec l'appui des services des Ambassades de France (et parfois celui des Conseillers régionaux de coopération en santé - CRCS) et réalisées par un binôme expert international/expert national. Les rapports de ces missions sont présentés en annexe 4.

Phase 4 : Rédaction du rapport d'évaluation

Le présent rapport d'évaluation a été rédigé entre mai et août 2013.

1.5. LE PILOTAGE DE L'ÉVALUATION

Un comité de pilotage, composé de représentants de l'administration, de la société civile, de personnalités qualifiées et d'un représentant du Fonds mondial a été mis en place. Ce comité a joué un rôle de conseil à toutes les étapes de l'évaluation. La liste de ses membres ainsi que les dates des ses réunions sont présentées en annexe 5.

Un comité technique d'évaluation composé de représentants de la sous-direction de la santé, de la sécurité alimentaire et du développement humain (SAH) et du pôle de l'évaluation, commanditaire de la présente étude a également été établi. Il a assuré le suivi en continu et la responsabilité technique de l'évaluation.

PRÉAMBULE

LES DIX ANS DU FONDS MONDIAL

Au début des années 2000, seules 50 000 personnes bénéficiaient d'un traitement contre le VIH en Afrique subsaharienne et moins de 5% des familles étaient protégées contre le paludisme grâce aux moustiquaires imprégnées². À cette époque, l'écart financier et technique était considérable entre les stratégies identifiées de lutte contre le VIH, la tuberculose et le paludisme et les ressources à la disposition des pays pour les mettre en œuvre.

L'un des problèmes majeurs dans les approches traditionnelles de financement du développement tient à la pénurie relative des fonds consacrés à la santé (moins de 500 000 US dollars) qui donnaient lieu à des projets de taille modeste et fragmentés. Par ailleurs, la plupart de cette aide ne transitait pas par les budgets de l'Etat et les montants concernés étaient très variables d'une année sur l'autre et selon les pays.

Le Fonds mondial a été créé en 2002 pour répondre à une demande urgente et afin d'apporter une réponse globale et étendue face à l'épidémie du sida. L'année précédente Kofi Annan, Secrétaire Général des Nations Unies, avait appelé de ses vœux la création d'un nouveau « fonds mondial » dont l'objectif serait de lutter contre le sida. A l'issue de la session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies sur le VIH-sida de juin 2001, un groupe de travail transitoire a été mis en place pour définir les principes, la mission et le champ d'application de ce fonds. Il décide d'y inclure la lutte contre la tuberculose et le paludisme pour répondre au fléau que représentent également ces deux maladies dans les pays à faible revenu, en particulier en Afrique subsaharienne et aux problématiques de co-infection VIH-tuberculose. Dans le même temps, un activisme sans précédent dans le domaine de la santé publique et le soutien actif de Bill Gates ont permis d'accroître l'intérêt des pays industrialisés. La France a joué un rôle important dans la création du Fonds mondial (membre fondateur), en créant notamment son précurseur le Fonds de solidarité thérapeutique.

L'objectif était d'agir vite, de manière transparente et de façon moins bureaucratique que d'autres institutions ; l'objectif était également de créer un partenariat entre les gouvernements, la société civile, le secteur privé (y compris des entreprises et des fondations) et les agences de développement. L'idée de base était de créer un nouvel outil qui serait à la hauteur de ce défi et qui se distinguerait de l'approche traditionnelle des instances des Nations Unies, jugées insuffisamment réactives et peu opérationnelles.

Dans ce contexte d'urgence, l'accent a d'abord été mis sur l'accès des populations aux médicaments essentiels et aux traitements pour ces trois maladies (aspects quantitatifs) et un peu moins sur les aspects qualitatifs et de qualité des services rendus³. Le Fonds mondial a, dès lors, adopté une culture du « traitement à tout prix »⁴, même si des composantes relatives à la prévention et au soutien aux personnes infectées ont toujours été incluses dans les subventions, dès la série 1 en 2003.

Le Fonds mondial est un instrument de financement mais n'est pas un opérateur. Il a adopté deux principes majeurs de fonctionnement :

- le processus est initié par le pays. C'est le pays demandeur, et non le Fonds, qui propose les actions à développer. Le Fonds décide de financer – ou non – les activités suggérées ;

² Source : Fonds mondial

³ Source : The Five-Year Evaluation of the Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria. Synthesis of Study Areas, 2 and 3 – March 2009

⁴ Le rapport final du groupe indépendant de haut niveau chargé d'examiner les contrôles fiduciaires et les mécanismes de suivi du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme. Tourner la page : de l'urgence à la pérennité – Septembre 2011

- le financement est étroitement lié aux performances, les décaissements dépendant de la capacité du pays à démontrer un progrès suffisant par rapport aux objectifs préalablement établis.

Au début des années 2000, le Fonds mondial représentait – avec l’Alliance mondiale pour les vaccins et l’immunisation (GAVI), qui a vu le jour en 2000 – une nouvelle tendance en faveur de programmes verticaux. L’époque était aussi propice à la naissance de « partenariats mondiaux en matière de santé ».

La croissance du Fonds mondial a été très rapide. A la fin de l’année 2003, il y avait déjà 121 pays récipiendaires et environ 200 millions de dollars avaient été décaissés. Le Fonds a établi un rythme de travail très soutenu et le rapport de la Commission de Haut Niveau établi en 2011 a conclu que, sur les dix années de son existence, le Fonds avait contribué – avec l’aide de ses partenaires – à l’obtention de résultats importants et sans précédent :

« Nous avons pu assister à une mobilisation sans précédent des partenaires, dirigée par les pays, les institutions techniques et la société civile, avec le soutien du Fonds mondial et de ses partenaires, afin de fournir des services pour lutter contre le VIH, la tuberculose et le paludisme. Cette mobilisation s’est traduite dans les résultats des programmes soutenus par le Fonds mondial au cours des dix dernières années, puisque nous sommes passés de quelques dizaines de milliers à des millions, et maintenant à des dizaines de millions de personnes qui ont accès aux principaux services de santé et de lutte contre le VIH, la tuberculose et le paludisme ».

A la fin de l’année 2010, la crédibilité du Fonds mondial a été fortement ébranlée par les allégations reprises par la presse sur des détournements et malversations au Mali, en Mauritanie, en Zambie et à Djibouti. Ces informations étaient issues d’un rapport public publié par le Bureau de l’Inspecteur Général. A la suite de ces échos médiatiques négatifs, certains pays ont annoncé la suspension de leurs contributions au Fonds mondial dans l’attente d’explications plus précises et de propositions pour améliorer le système de contrôle. Cette grave crise de gouvernance a conduit le Directeur exécutif à démissionner à la fin de l’année 2011.

Pour rassurer les donateurs, le Fonds a mis sur pied une Commission de Haut Niveau dont la mission était d’analyser l’approche du Fonds au regard de l’identification et la gestion du risque dans le processus d’évaluation des demandes de subventions. Cette commission a émis un rapport présentant une série de mesures à mettre en place pour restaurer la confiance des partenaires et pour rendre plus transparente la gestion du Fonds.

Toutefois, en novembre 2011 il a été décidé d’annuler la « Série 11 », faute de trésorerie suffisante et de la remplacer par un mécanisme transitoire de financement (MTF) pour couvrir les besoins les plus urgents.

Par ailleurs, après dix ans de fonctionnement le contexte de départ a changé et la mission du Fonds mondial n’est plus de réagir à une situation d’urgence mais d’apporter des solutions pérennes s’inscrivant dans une démarche de renforcement des systèmes de santé des pays concernés : *« Le Fonds est tenu de s’adapter à une nouvelle réalité économique, à de nouvelles technologies et à des nouveaux tableaux épidémiologiques. Il lui faut se réformer pour conserver son utilité. Trois grandes tendances contraindront le Fonds à évoluer : l’austérité, la responsabilité et l’innovation⁵ ».*

Le Fonds mondial s’est donc engagé dans une importante réforme de son fonctionnement, non seulement à travers la restructuration de son Secrétariat à Genève, mais également à travers la refonte de son modèle d’allocation des financements. Une nouvelle stratégie 2012-2016 a été adoptée par le conseil d’administration en novembre 2011 dont les grandes lignes sont :

⁵ Source : Tourner la page de l’urgence à la pérennité. Rapport final du Groupe indépendant de haut niveau chargé d’examiner les contrôles fiduciaires et les mécanismes de suivi du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme. – Septembre 2011

- une priorité donnée aux pays et populations les plus fragiles ciblant les interventions ayant le plus fort impact ;
- des actions fondées sur la stratégie et les systèmes nationaux ;
- le remplacement du système des séries par un nouveau modèle de financement plus souple et permettant une plus grande prévisibilité des financements.

Début 2013, le nouveau Directeur Exécutif, le Dr. Mark Dybul, a pris son poste à la tête d'une organisation qui est désormais résolument tournée vers plus de rigueur et d'efficacité et faisant état d'un système de gestion des risques plus performant.

En dépit de ces problèmes récents, il paraît clair qu'au cours de ces cinq dernières années, les résultats des programmes soutenus par le Fonds mondial ont enregistré une hausse spectaculaire. Ainsi, les derniers résultats disponibles fin 2012 faisaient état d'une progression constante de la prévention et du traitement du VIH, de la tuberculose et du paludisme :

- **4,2 millions de personnes bénéficient actuellement d'une thérapie antirétrovirale (ARV)** pour traiter le VIH, contre 1,4 million cinq ans auparavant. 900 000 personnes supplémentaires ont bénéficié d'une thérapie antirétrovirale en 2012 ;
- **9,7 millions de nouveaux cas de tuberculose à frottis positifs détectés et traités**, contre 2,9 millions cinq ans auparavant. 1,1 million de cas de tuberculose ont été détectés et traités en 2012 ;
- **310 millions de moustiquaires imprégnées ont été distribuées pour protéger les familles contre le paludisme**, contre 46 millions cinq ans auparavant. 80 millions de moustiquaires imprégnées supplémentaires ont été distribuées en 2012.

Cette hausse continue des résultats est étroitement liée au soutien des pays, des partenaires et du Fonds mondial avec, notamment, deux grandes tendances de financement :

- d'une part, l'optimisation et la forte augmentation des financements nationaux consacrés à la lutte contre le VIH, la tuberculose et le paludisme, qui ont doublé depuis cinq ans (ce constat est plus mitigé pour les pays d'Afrique subsaharienne francophone) ;
- d'autre part, la baisse des coûts unitaires des produits essentiels, notamment des traitements de première intention contre le VIH et des moustiquaires imprégnées destinées à la prévention du paludisme. Au cours des cinq dernières années, une baisse de 30% à 40% des coûts unitaires de ces produits a favorisé l'accessibilité des interventions.

LE FONDS MONDIAL DANS LE PAYSAGE GLOBAL DES ORGANISATIONS ACTIVES DANS LA SANTE GLOBALE

La pandémie du VIH-sida a été le catalyseur d'une transformation rapide de la gouvernance mondiale de la santé. En réponse aux défis spécifiques posés par la pandémie, le Programme commun des Nations unies sur le VIH-sida (ONUSIDA) a été lancé en 1995 pour coordonner l'action des agences des Nations unies.

Des mécanismes innovants, des donateurs émergents et des fondations philanthropiques ont apporté des ressources additionnelles. En s'appuyant sur la déclaration de Paris sur l'efficacité de l'aide, un nombre croissant de pays s'efforcent de limiter l'éparpillement des initiatives en santé pour obtenir une meilleure efficacité de l'aide. À cet égard, le Partenariat international pour la santé (IHP+) promeut depuis 2007 l'application de ce principe par la mise en place d'accords sous l'égide de l'OMS⁶.

⁶ France-Diplomatie – Ministère des Affaires Etrangères – Gouvernance mondiale de la Santé – Avril 2013

Apparus depuis une dizaine d'années (début des années 2000), les fonds verticaux font partie de ces nouveaux instruments de l'aide au développement.

Dans le domaine de la santé, les principaux fonds verticaux sont le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, la Facilité internationale d'achat de médicaments (UNITAID) et GAVI. Ils ont pour objectifs de répondre à des problématiques de santé publique planétaires et aux Objectifs du millénaire pour le développement (OMD) 4, 5 et 6.

UNITAID est née en 2006 à l'initiative de la France et du Brésil. Son but est de faire baisser les prix et d'accélérer le développement de médicaments adaptés et de qualité contre les trois pandémies. Essentiellement financée par une contribution de solidarité sur les billets d'avion, UNITAID a également contribué à la création de la communauté de brevets qui facilite l'arrivée rapide des médicaments antirétroviraux les plus récents, sous forme de générique, dans les pays les plus pauvres. UNITAID a permis une baisse de près de 50% du prix des médicaments utilisés dans les programmes financés par le Fonds mondial. La collaboration entre UNITAID et le Fonds mondial concerne également l'introduction de nouveaux outils et dispositifs pour le diagnostic et le traitement des trois maladies. Le Fonds mondial bénéficie donc directement des efforts et avancées développés par UNITAID.

Autre initiative mondiale symbolique de la décennie 2000, GAVI a permis des engagements stratégiques à long terme en faveur d'une intervention préventive simple et éprouvée : la vaccination.

L'ONUSIDA, le Fonds mondial, UNITAID, ou GAVI ont considérablement transformé la gouvernance mondiale de la santé, en promouvant notamment la participation des pays récipiendaires, d'Organisations non gouvernementales (ONG), de la société civile et des représentants des patients dans leurs organes directeurs. Ces différentes organisations et fonds verticaux travaillent de manière convergente et complémentaire, avec des recherches de rapprochement et de synergie.

La spécificité du Fonds mondial concerne à la fois son mode de gouvernance, sa capacité à mobiliser des flux financiers sans précédent pour la lutte contre les trois maladies, les nombreuses dimensions de son champ d'intervention visant un accès universel aux services de prévention et aux traitements. Environ 36% des financements du Fonds mondial sont consacrés à l'achat de produits de santé, les 64% restant sont consacrés à des programmes globaux de prévention, au renforcement des systèmes de santé (RSS), à l'accès aux soins, à la formation des ressources humaines, sans omettre le respect des droits de l'homme et la lutte contre les discriminations.

LA STRATÉGIE GLOBALE DE LA FRANCE DANS LE DOMAINE DE LA SANTÉ

Depuis 2000, la France a multiplié par quatre son aide en matière de santé - près d'un milliard d'euros en 2012, soit 12% de son aide publique au développement - en privilégiant le canal multilatéral (un quart à titre bilatéral et trois quarts à titre multilatéral)⁷.

Le 15 juillet 2013, le Chef de l'Etat a annoncé, malgré les contraintes budgétaires, que la contribution française au Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme sera au moins aussi importante pour les trois prochaines années (2014-2016), soit de 1,08 milliard d'Euros. Le maintien de ce financement a été permis par une revalorisation de la taxe sur les billets d'avion. Y contribueront également une partie des revenus de la taxe sur les transactions financières mises en place en août 2012.

⁷ Discours de M. Laurent Fabius, Ministre des Affaires Etrangères – Colloque « Politique Etrangère et diplomatie de la santé mondiale – Collège de France – Juin 2013

Avec près de 2,5 milliards d'euros de contribution depuis la création de l'organisation, la France est le deuxième contributeur au Fonds mondial, après les Etats-Unis. Elle est également le premier contributeur à l'initiative UNITAID, les contributions françaises provenant des revenus de la taxe sur les billets d'avion ont représenté plus de 60% des ressources de l'organisation. Les contributions françaises cumulées depuis la création de GAVI en 2000 s'élèvent à 254 millions US dollars (au 5ème rang des pays contributeurs). Enfin, la France a aussi poursuivi son soutien à l'ONUSIDA avec 600 000 euros en 2013 et a mis des experts à sa disposition (deux experts au siège et deux en région) sur financement du ministère des Affaires étrangères.

La France finance l'OMS à hauteur de 30 millions d'euros par an, dont 10 millions d'euros de contributions volontaires, axées principalement sur la santé maternelle et infantile (4,5 millions d'euros), la sécurité sanitaire (2,3 millions d'euros), la protection sociale en santé (en moyenne 500 000 euros par an de 2009 à 2012). Elle contribue également au financement de l'expertise au siège (9 experts) et en région (4 experts). S'ajoute à ces contributions, le financement de projets plus spécifiques par le ministère de la Santé et ses agences (santé-environnement, maladies non transmissibles, etc.).

La France est donc l'un des tout premiers donateurs en matière de santé mondiale⁸. Cet engagement fort constitue aussi l'une de ses spécificités. Elle a choisi de soutenir les fonds verticaux et organisations intervenant dans le domaine des OMD 4,5 et 6, visant ainsi une cohérence dans le choix de ses interventions et partenaires, mais également un « effet de levier » plus important de ses financements. Les soutiens financiers que la France apporte au Fonds mondial, UNITAID et GAVI sont complémentaires entre eux et permettent une « mutualisation » des résultats obtenus par chacun (par exemple, UNITAID a considérablement fait baisser le prix des intrants utilisés par le Fonds mondial). La présence de la France au sein des instances de gouvernance de ces trois institutions permet également de veiller à la cohérence des interventions financées par ces trois fonds verticaux et de promouvoir encore davantage la recherche de complémentarités et synergies.

On peut cependant regretter la discrétion de la France dans sa politique de communication et le manque de visibilité de cette forte contribution.

LES PARTICULARITÉS DES FONDS VERTICAUX

La Banque Mondiale et l'OCDE définissent les fonds verticaux comme des « *initiatives internationales en dehors du système de l'ONU, levant des fonds significatifs au niveau des pays pour soutenir des objectifs thématiques ciblés* ».

Les atouts des fonds verticaux

- une forte concentration des ressources permettant d'agréger les efforts de nombreux contributeurs de façon à mutualiser les actions et à offrir une forte visibilité à la mobilisation internationale ainsi obtenue ;
- une visibilité accrue pour un service ou une pathologie prioritaire ;
- une plus grande responsabilisation des acteurs impliqués : les fonds verticaux s'appuient sur des modèles de gouvernance, des procédures de gestion et de suivi permettant un partage clair et transparent des responsabilités ;
- des résultats plus rapides dans les systèmes de santé faibles : les fonds verticaux permettent de générer des résultats plus rapides (car ciblés) que les stratégies plus globales de renforcement des systèmes de santé ;

⁸ Source : La France à l'ONU – Site internet de la Représentation permanente de la France auprès des Nations Unies – Juillet 2013

- une probabilité de réussite accrue dans les Etats en crise ou fragilisés dans lesquels les systèmes de santé sont défaillants ;
- la mise en place des activités à moindre coûts (économies d'échelle) grâce à une concentration des ressources sur une thématique spécifique.

Les inconvénients possibles des Fonds verticaux

- les fonds verticaux induisent des coûts élevés de supervision ;
- ils sont parfois perçus comme des éléments extérieurs aux systèmes de santé dans lesquels ils s'inscrivent, ayant pour conséquence une appropriation et engagement insuffisants au niveau local, la duplication des instances de gestion et de supervision, la création de systèmes parallèles de collecte des données. Ils sont susceptibles de surcharger le personnel des pays bénéficiaires, déjà insuffisant ;
- ils peuvent induire une fragmentation des services et avoir un impact négatif sur les systèmes de santé. Une trop grande concentration des moyens financiers et humains sur certaines pathologies peut se faire au détriment des efforts consentis pour les autres services de santé et populations cibles ;
- la mise en œuvre des fonds verticaux peut conduire à l'instauration de différences de statuts et de salaires des personnels locaux, source de frustration pour les autres personnels impliqués, notamment du secteur public (effets pervers) ;
- les programmes verticaux peuvent entraver le développement d'approches systémiques et globales visant le renforcement des systèmes de santé, la lutte contre les inégalités d'accès aux services et les déterminants de santé au sens large ;
- un risque important existe que les financements internationaux externes remplacent les budgets nationaux. Les fonds verticaux ont vocation à avoir une durée de vie limitée et à cesser d'exister dès lors que la situation sanitaire et épidémiologique mondiale enregistre des tendances inversées et que les épidémies sont enrayerées. La pérennité des financements constitue donc un risque majeur inhérent au retrait des fonds verticaux dans les pays bénéficiaires.

La gouvernance des fonds verticaux

Des contributions élevées aux fonds verticaux supposent de la part des contributeurs, un suivi attentif et une implication forte pour influencer les stratégies et plans d'action définis par ces institutions. Il s'agit de la contrepartie nécessaire pour garantir la cohérence entre les valeurs et priorités des pays donateurs et les actions financées par ces fonds verticaux. Il s'agit également d'une condition pour asseoir la capacité d'influence et la visibilité de ces donateurs dans les pays bénéficiaires.

Cet impératif suppose, de manière beaucoup plus prononcée que pour les programmes des Nations Unies, une implication forte des pays donateurs :

- une présence aux réunions du conseil d'administration (CA) de ces institutions (entre deux et trois conseils d'administration par an pour le Fonds mondial) ;
- la préparation de ces réunions compte tenu des enjeux stratégiques et opérationnels qui en découlent pour les pays prioritaires de l'APD des pays contributeurs ;
- l'animation d'une coordination interministérielle en fonction des thématiques et sujets (par exemple Santé, Direction Générale du Trésor (DG Trésor), Recherche, etc.) ;

- la gestion des aspects de communication (incluant la presse) et de concertation avec les acteurs nationaux : élus politiques, société civile, ONG, industrie, recherche, etc. ;
- la participation aux réunions de préparation des stratégies et plans d'intervention proposés par le fonds verticaux ;
- la participation aux réunions sur la recomposition des fonds (tous les trois ans pour le Fonds mondial) ;
- la préparation des instructions et consignes de travail à faire passer à la délégation représentant le pays donateur au sein de ces fonds verticaux ;
- une analyse attentive des documents et rapports produits par ces institutions,
- l'animation du processus de dialogue avec les représentants de ces fonds verticaux et/ou leurs comités et groupes de travail,
- le cas échéant, le suivi des conditions de versements des tranches des contributions financières,
- la gestion des aspects politiques et des activités de lobbying afin de garantir la présence de ressortissants nationaux à des postes de responsabilité au sein de ces fonds verticaux (par exemple au sein des différents comités permanents du Fonds mondial) ;
- la promotion de l'expertise nationale afin que cette dernière soit représentée au sein des commissions techniques et/ou groupes de travail mis en place par ces institutions ;
- la formulation de recommandations aux postes diplomatiques dans les pays bénéficiaires afin de garantir la représentation idoine des contributeurs dans les instances créées au niveau local (par exemple Instances de coordination nationale (ICN) dans le cas du Fonds mondial), et d'obtenir de ces postes une remontée permanente d'informations ;
- l'accompagnement et l'appui à ces postes diplomatiques (selon les besoins) ;
- la conduite d'activités de benchmarking entre pays donateurs afin de mieux se positionner sur le plan national.

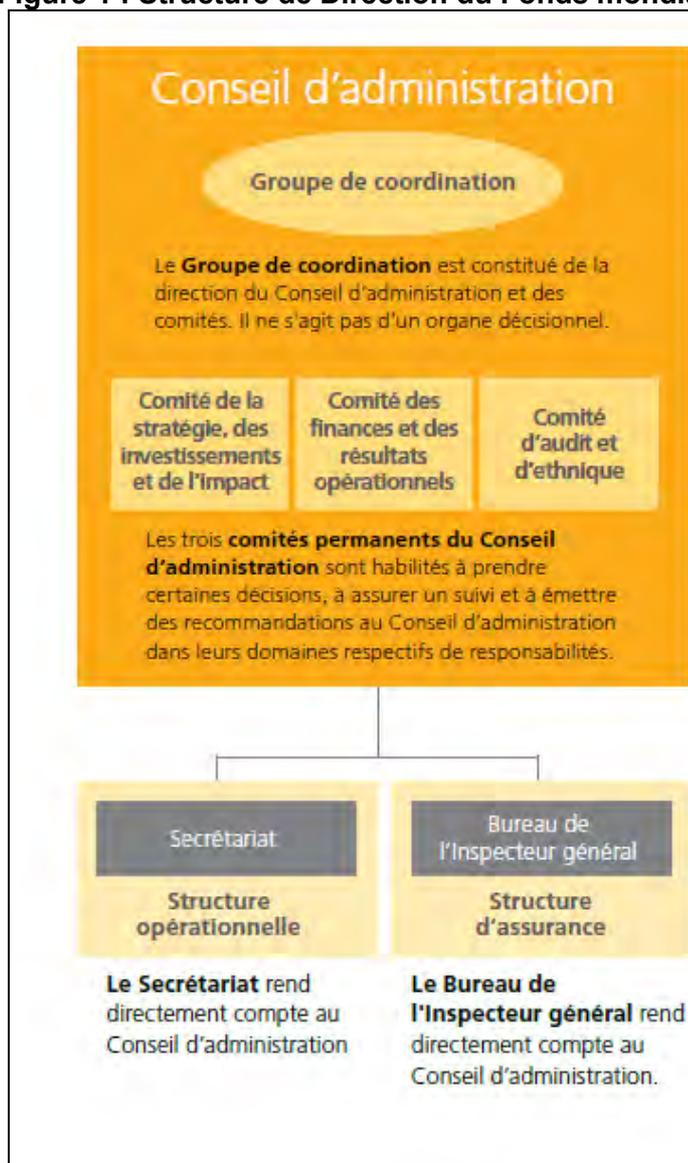
LE FONCTIONNEMENT DU FONDS MONDIAL À GENÈVE

Le Fonds mondial, fondation de droit suisse, fonctionne en tant que partenariat public-privé et s'appuie sur la coopération et l'assistance de nombreuses parties prenantes pour exécuter sa mission. Son organisation générale comporte des structures au siège à Genève, regroupant près de 600 employés et représentant près de 90 nationalités.

Ne disposant pas de personnel en dehors de Genève, le Fonds s'appuie sur différentes structures dans les pays bénéficiaires pour élaborer et mettre en œuvre les programmes qu'il subventionne.

Les structures genevoises du Fonds se répartissent en organes de direction, structures opérationnelle et d'assurance, tels que résumé dans la figure ci-après.

Figure 1 : Structure de Direction du Fonds mondial



Source : Guide de gouvernance – Structures directrices – Section – 2012

➤ ***La structure de direction du Fonds est son conseil d'administration assisté de trois comités permanents***

La spécificité du Fonds mondial se découvre d'emblée dans la composition de son conseil d'administration conçue pour représenter l'ensemble des parties prenantes de l'organisation et lui permettre de définir au mieux son orientation stratégique, d'évaluer son impact et de promouvoir sa mission. Le conseil d'administration est dès lors multipartite, avec une participation forte de la société civile et du secteur privé, chacun des 20 sièges du conseil se rapportant à une circonscription qui elle-même représente un groupement de communautés, de réseaux, de pays ou d'institutions.

Afin de répondre de façon équitable aux besoins des maîtres d'œuvre des subventions d'un côté et des donateurs de l'autre, le CA est constitué de deux blocs reprenant cette distinction ; en cas de vote, une majorité des deux tiers est requise dans chacun des blocs pour l'adoption d'une délibération (dans les faits, il est relativement peu fréquent d'utiliser la procédure de vote, la majorité des délibérations étant adoptée par consensus).

Le bloc des maîtres d'œuvre comprend : 1) l'Europe de l'Est et l'Asie centrale ; 2) la Méditerranée orientale ; 3) l'Afrique orientale et australe ; 4) l'Amérique latine et les Caraïbes ; 5) l'Asie du Sud-Est ; 6) l'Afrique occidentale et centrale ; 7) le Pacifique occidental ; 8) les Communautés (ONG représentant les communautés vivant avec les maladies) ; 9) les ONG des pays développés ; 10) les ONG des pays en développement.

La composition des circonscriptions du bloc des donateurs a été modifiée en septembre 2012 et se présente comme suit : 1) le Canada et la Suisse ; 2) la Commission européenne, la Belgique, la Finlande, l'Italie, l'Espagne et le Portugal ; 3) la France ; 4) l'Allemagne ; 5) le Japon ; 6) la Norvège, le Danemark, l'Irlande, le Luxembourg, les Pays-Bas et la Suède ; 7) le Royaume-Uni et l'Australie ; 8) les Etats-Unis ; 9) les fondations privées ; 10) le secteur privé.

Par ailleurs le conseil compte huit membres ne bénéficiant pas du droit de vote tout en participant à ses délibérations : le président ; le vice-président ; le directeur exécutif ; le pays hôte (la Suisse) ; l'OMS ; l'ONUSIDA ; les trois partenaires : Faire Reculer le Paludisme, Halte à la Tuberculose et UNITAID ; la Banque mondiale.

Cette organisation et le souci de garantir la meilleure participation de toutes les parties prenantes ont conduit à créer des référents de communication ayant pour mission de faciliter la communication de chaque membre du conseil avec les institutions et les pays qu'il représente, ainsi qu'avec le Secrétariat du Fonds et les autres membres du conseil.

Le président et le vice-président du conseil d'administration dirigent ce dernier, en sont les premiers porte-parole et jouent un rôle important de plaidoyer et de collecte de fonds. Conformément aux principes de roulement et d'équilibre, ces deux postes échoient alternativement au bloc des donateurs et à celui des maîtres d'œuvre, étant désignés en même temps par le conseil et siégeant ensuite en tant qu'équipe pour un mandat de deux ans.

Le conseil d'administration délègue une partie de ses fonctions décisionnelles, consultatives et de supervision à trois comités permanents : le comité de la stratégie, des investissements et de l'impact (SIIC), le comité des finances et des résultats opérationnels (FOPC) et le comité d'audit et d'éthique (AEC). Les présidents et vice-présidents de ces trois comités, nommés simultanément pour une durée de deux ans, se réunissent à leurs homologues du conseil pour former un groupe de coordination principalement chargé de l'efficacité de la gouvernance, du suivi stratégique des risques ainsi que de l'évaluation du directeur exécutif et de l'inspecteur général. Ses activités de consultation et de coordination viennent en appui au conseil, lequel est le seul à détenir le pouvoir décisionnel.

Enfin, le comité de la stratégie, des investissements et de l'impact est lui-même épaulé par trois autres comités ou groupes de nature consultative : le comité technique d'examen des propositions en charge de donner un avis sur toutes les demandes de subvention des pays, le groupe technique de référence en évaluation et le groupe consultatif sur les dynamiques de marché.

Cette organisation et ce mode de fonctionnement, uniques pour une institution internationale, rend le fonctionnement du conseil d'administration à la fois complexe et vivant. Autant dire qu'un suivi minutieux et une présence active à son niveau exigent un engagement et une coordination de tous les instants, notamment pour un pays comme la France, deuxième contributeur et l'un des quatre pays à disposer d'un siège à lui tout seul.

➤ ***La structure opérationnelle du Fonds mondial est le Secrétariat dont le directeur exécutif est nommé par le conseil d'administration.***

Le Secrétariat du Fonds mondial se compose de quatre divisions en charge : de la gestion des subventions, des relations extérieures (qui inclut le département de mobilisation des ressources), de l'investissement stratégique et impact (qui élabore et met en œuvre les

stratégies politiques du Fonds), enfin celui des finances (qui comprend la trésorerie, les finances programmatiques, la gestion des approvisionnements et des stocks, la comptabilité, la gestion de l'information et de la performance). A cela s'ajoutent deux départements d'appui (les ressources humaines et la communication) et deux départements de contrôle (gestion des risques et affaires juridiques)

Le Secrétariat intervient dans le processus de négociation et d'approbation des demandes de subventions, mais pas directement. Il prépare en effet ce processus d'examen pour le compte du comité technique d'examen des propositions, qui est un groupe indépendant d'experts internationaux sur les trois maladies, les systèmes de santé et le développement (rattaché, on l'a vu, au comité de la stratégie, des investissements et de l'impact relevant du Conseil d'administration). Ce comité émet ensuite ses recommandations de financement non pas au Secrétariat mais au conseil d'administration. Lorsque le CA a approuvé une subvention, c'est au Secrétariat que revient le soin de la mettre en forme définitive avant approbation juridique. Tel que développé au §4 ci-après, le nouveau modèle de financement transforme profondément les modalités d'approbation des subventions, incluant une intervention directe de l'équipe pays du Secrétariat en amont de la procédure d'approbation par le conseil d'administration.

➤ ***Bureau de l'Inspecteur général***

Le fonds dispose d'une structure dite d'assurance dans le Bureau de l'Inspecteur général créé en 2005. L'Inspecteur est nommé par le conseil d'administration, agit de manière indépendante et lui rend directement compte. L'ensemble des opérations, fonctions et activités du Fonds, comme celles des bénéficiaires de subventions sont soumis à l'examen de l'Inspecteur général qui réalise audits, enquêtes et toute tâche de supervision qu'il juge nécessaire.

En novembre 2012, le Fonds mondial a mis fin aux fonctions de l'inspecteur général alors en poste. Cette décision est intervenue au terme d'un examen approfondi de son travail, dont les résultats ont été jugés insuffisants. Il lui a également été reproché de mener sa propre politique de contrôle (au nom de son indépendance) d'une manière qui aurait gagné à être mieux coordonnée avec le Secrétariat. Un nouvel inspecteur général a été nommé en juin 2013.

Le Groupe indépendant de haut niveau chargé d'examiner les contrôles fiduciaires et les mécanismes de suivi du Fonds mondial a conclu en septembre 2011 à la nécessité de renforcer le partenariat entre le Secrétariat et l'inspecteur général.

➤ ***Dépenses de fonctionnement du Secrétariat du Fonds mondial***

Les dépenses de fonctionnement du Secrétariat et de surveillance dans les pays (services des Agents locaux du Fonds - ALF) ont représenté 305,6 millions d'US dollars en 2012 (versus 304,7 millions d'US dollars en 2011)⁹.

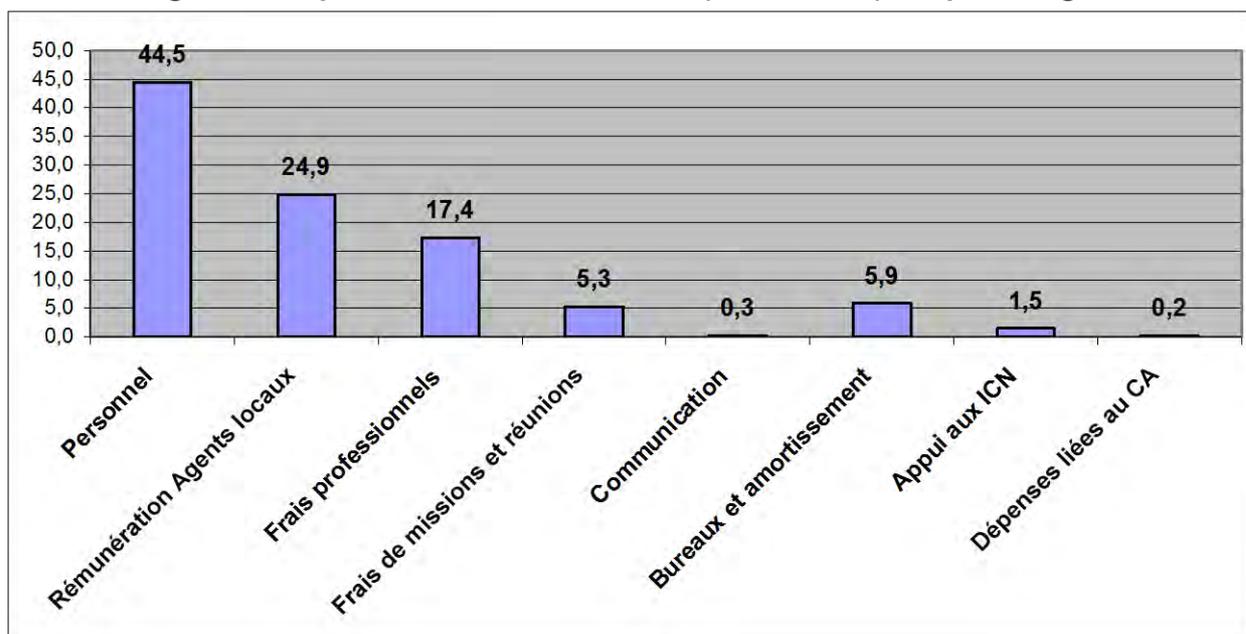
Ces dépenses représentent environ 9% du niveau des décaissements réalisés en 2012 (3,35 milliards d'US dollars) et environ 2,6% du volume financier du portefeuille des subventions actives¹⁰.

44,5% du total des dépenses de fonctionnement concernent le personnel, 24,9% sont consacrés à la rémunération des agents locaux du Fonds, l'appui au fonctionnement des Instances de coordination nationale représente uniquement 1,5% du total.

⁹ Rapport annuel du Fonds mondial - 2012

¹⁰ Source : Division des Finances – Fonds mondial – Août 2013

Figure 2 : Dépenses de fonctionnement (Année 2012) - % par catégorie



Source : Rapport annuel du Fonds mondial - 2012

Les frais de fonctionnement du Secrétariat exécutif ont augmenté de manière significative depuis 2008 (164 millions d'US dollars). Cette situation s'explique par l'augmentation du nombre de postes de direction et la croissance du nombre et du volume des subventions accordées¹¹.

Il convient également de noter que le Fonds mondial intègre dans ses coûts de fonctionnement, la rémunération des ALF et le soutien financier apporté aux ICN représentant un total d'environ 80,6 millions d'US dollars, soit 26% du total des dépenses de fonctionnement.

Cependant, ces dépenses sont au croisement entre « frais de fonctionnement » et « dépenses projets », d'autres organisations les auraient sans doute assimilées à cette deuxième catégorie.

Si l'on soustrait cette somme de 80,6 millions d'US dollars, les dépenses de fonctionnement ne représentent plus qu'un pourcentage de 6,7% des volumes de décaissement pour l'année 2012.

Le nouveau directeur financier, M. Daniel Camus, opère actuellement un « rééquilibrage » afin de réduire les frais de fonctionnement du Fonds mondial, notamment ceux qui concernent les ALF.

¹¹ L'aide publique au développement française : analyse des contributions multilatérales, réflexions et propositions pour une plus grande efficacité – Henriette Martinez, Députée des Hautes-Alpes – juillet 2009

2. ANALYSE DE L'ACTION ET DES RÉSULTATS DE L'INTERVENTION DU FONDS MONDIAL DANS LES PAYS PRIORITAIRES DE L'AIDE FRANÇAISE

2.1. DES PROGRÈS REMARQUABLES ONT ÉTÉ RÉALISÉS EN AFRIQUE SUBSAHARIENNE

Une réduction de la charge de morbidité et de mortalité liée au sida, à la tuberculose et au paludisme est enregistrée dans l'ensemble des pays dans lesquels le Fonds mondial intervient. Cette tendance est également valable pour les seize sept pays prioritaires de l'aide publique au développement française (16 pays CICID) et les pays d'Afrique subsaharienne en général.

Le Fonds mondial a permis d'augmenter rapidement les financements disponibles pour la prise en charge de ces trois maladies dans les vingt et un pays cibles de la présente évaluation et d'étendre la couverture sanitaire et l'accès aux soins et aux médicaments de la population.

Il est cependant important de souligner que ces progrès sont le résultat des efforts conjoints des différents partenaires internationaux bilatéraux et multilatéraux (US President's Emergency Plan for AIDS relief (PEPFAR), Malaria President Initiative, Banque Mondiale, Stop TB, GIP Esther, etc.) et des pays bénéficiaires eux-mêmes. Le Fonds mondial intervient en effet en complémentarité avec les efforts financiers consentis par les autres partenaires.

Aux côtés du Fonds mondial, l'initiative du Gouvernement américain PEPFAR créée en 2003, occupe une place centrale dans la lutte contre le VIH-sida et la tuberculose, avec une contribution financière cumulée de 46 milliards d'US dollars à la fin de l'année 2012, dont 7,399 milliards de contribution au Fonds mondial, 36,887 milliards d'appui à des programmes bilatéraux dans le domaine du sida et 1,445 milliard consacrés à des programmes bilatéraux dans le domaine de la tuberculose¹².

De la même manière, la *President's malaria initiative* américaine a permis de mobiliser 2,4 milliards d'US dollars entre 2005 et 2012 pour la lutte contre le paludisme, dont 70% ciblés sur les populations à haut risque en Afrique subsaharienne¹³.

Impact et résultats par rapport au VIH-sida¹⁴

Selon le rapport publié par l'ONUSIDA en novembre 2012, 34 millions de personnes dans le monde vivent avec le VIH-sida, dont 23,5 millions en Afrique subsaharienne (soit 69% du total).

Le nombre de décès liés au sida en Afrique subsaharienne a diminué de 32% entre 2005 et 2011 (voire de 50% dans certains pays), malgré le fait que la région représentait toujours 70% du nombre total des décès liés au sida en 2011. Le nombre d'années de vie sauvées grâce à la thérapie antirétrovirale en Afrique subsaharienne a quadruplé ces quatre dernières années¹⁵.

Parmi les pays ayant enregistré de fortes baisses en matière d'incidence du VIH, 23 se situent en Afrique subsaharienne où le nombre de personnes infectées en 2011 (1,8 million [1,6 – 2,0 millions]) était de 25% inférieur à celui de 2001 (2,4 millions [2,2 – 2,5 millions]). Malgré ces progrès, l'Afrique subsaharienne représentait 71% des nouvelles infections chez les adultes et les enfants en 2011, soulignant ainsi l'importance de poursuivre et de renforcer les efforts de prévention du VIH dans la région.

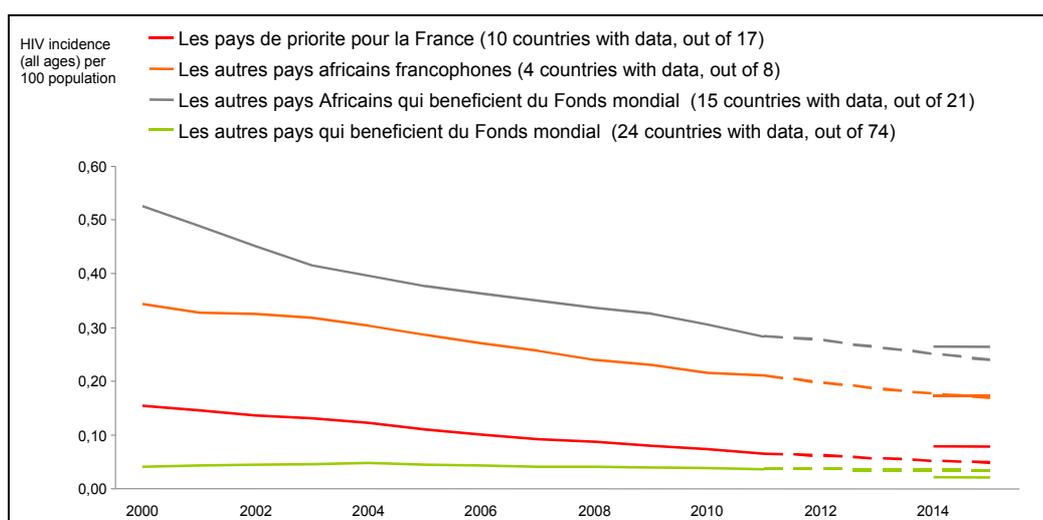
¹² Source : Working toward and AIDS free generation : Latest PEPFAR funding – Avril 2013

¹³ Fast Facts – The President's Malaria Initiative – Avril 2013

¹⁴ Source : ONUSIDA Rapport de la Journée mondiale de lutte contre le sida - 2012 et Rapport ONUSIDA sur l'épidémie mondiale de sida - 2012

¹⁵ Source : Rapport Onusida, Op. Cit.

Figure 3 : Taux d'incidence du VIH pour 100 habitants



Source : Onusida

L'amélioration rapide au cours des dernières années de l'accès aux services de prévention et de traitement pour les femmes enceintes vivant avec le VIH a également permis d'accélérer cette réduction du nombre de nouvelles infections. Ainsi, en Afrique sub-saharienne qui concentre 92% de l'ensemble des femmes enceintes vivant avec le VIH, 59% d'entre elles ont suivi une thérapie ou une prophylaxie antirétrovirale durant leur grossesse et leur accouchement en 2011 (prévention de la transmission mère-enfant – PTME). Le traitement des femmes enceintes séropositives, qui seul permet d'éviter la contamination de l'enfant tout en sauvant la mère, est cependant moins répandu en Afrique francophone (36%) qu'ailleurs sur le continent (62%).¹⁶

En 2009, quelques 370 000 enfants sont nés avec le VIH, la quasi-totalité d'entre eux vivant dans des pays à revenu faible et intermédiaire. Plus de 90% des enfants infectés par le VIH se trouvent en Afrique subsaharienne. Fait encourageant, le nombre d'enfants nouvellement infectés dans la région a toutefois chuté de 24% entre 2009 et 2011. Les pays où l'épidémie s'est généralisée, qui concentrent une écrasante majorité des enfants nouvellement infectés, ont réalisé des progrès majeurs au cours des dix dernières années. Dans six d'entre eux - Burundi, Kenya, Namibie, Afrique du Sud, Togo et Zambie - le nombre d'enfants nouvellement infectés a baissé de 40% à 59% entre 2009 et 2011. Sur la même période, seize autres pays ont également enregistré des baisses allant de 20% à 39%. L'accès aux antirétroviraux des enfants vivant avec le VIH demeure cependant restreint : selon le Plan global pour éliminer les nouvelles infections au VIH chez les enfants à l'horizon 2015, seuls trois enfants sur dix bénéficient de ce type de traitement¹⁷.

Une autre conséquence importante de la pandémie est la multitude d'enfants que la maladie a rendus orphelins. Entre 12 et 13 millions de jeunes ont perdu leur mère ou leurs deux parents, morts du sida. 95% d'entre eux vivent en Afrique. Ainsi du fait de la maladie, toute une génération d'enfants sera constituée d'orphelins, ce qui compromet leur santé, leurs droits, leur bien-être voire leur survie même, sans compter le développement général de leurs pays respectifs¹⁸.

Entre 2001 et 2011, la prévalence du VIH - un indicateur indirect des nouvelles infections - a baissé de près de 27% chez les jeunes âgés de 15 à 24 ans à l'échelle mondiale. Les régions d'Asie du sud et du sud-est ont réalisé la plus belle avancée en réduisant de moitié la prévalence du VIH chez les jeunes, suivies de l'Afrique subsaharienne et des Caraïbes avec une baisse de plus de 35%, et de l'Amérique latine avec près de 20%.

¹⁶ Source : Chiffres publiés conjointement par Onusida et par l'Organisation Internationale de la Francophonie (OIF) – Sommet de la Francophonie – Octobre 2011 – Kinshasa – RDC – Le Monde diplomatique – Juin 2013

¹⁷ Source : Onusida – Op. Cit

¹⁸ Les orphelins du sida en Afrique subsaharienne : une menace pour les générations futures. ONU-PNUD

Malgré une tendance encourageante quant au taux de dépistage croissant des populations, les données disponibles ne permettent pas d'affirmer que les programmes de dépistage du VIH touchent les personnes à plus haut risque (professionnels du sexe, hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes, usagers de drogues injectables, personnes privées de leur liberté). Fin 2011, on estime que seule la moitié des personnes vivant avec le VIH connaissaient leur statut sérologique.

Par ailleurs, le prix des médicaments antirétroviraux a radicalement baissé, passant de 10 000 US dollars par personne dix ans plus tôt à environ 100 US dollars par an en 2011 dans certains pays (coût du traitement de première intention). En Afrique subsaharienne, un nombre record de 2,3 millions de personnes ont été intégrées à des programmes de traitement au cours des deux dernières années (2011 et 2012), soit une augmentation de 59%. Fin 2011, 8 millions de personnes dans le monde bénéficiaient d'une thérapie antirétrovirale, soit vingt fois plus qu'en 2003. Pour la première fois en 2011, plus de 50% des personnes éligibles à la thérapie antirétrovirale dans les pays à revenu faible et intermédiaire ont effectivement suivi un traitement.

En Afrique subsaharienne, 6,2 millions de personnes étaient sous traitement anti-VIH en 2011, alors que le nombre de personnes éligibles était estimé à 11 millions, soit un taux de couverture de 56%. D'après les chiffres publiés conjointement par l'ONUSIDA et l'Organisation Internationale de la francophonie (OIF), des disparités existent dans ces taux de couverture : alors que les traitements antirétroviraux atteignent 59% des personnes contaminées dans les pays subsahariens non francophones, seuls 43% des patients y ont accès dans les pays africains membres de l'OIF.

D'après la note d'orientation publiée par l'ONUSIDA en juin 2012, il conviendrait pour mettre fin au sida, que la riposte à l'épidémie soit entièrement financée, ce qui impliquerait un financement annuel d'environ 24 milliards d'US dollars d'ici à 2015 (contre 16,6 milliards d'US dollars en 2011) dans les seuls pays à revenu faible ou intermédiaire. L'estimation de 24 milliards de dollars correspond au montant nécessaire pour accroître les taux actuels de couverture, dans le but de parvenir à un accès universel, à la prévention, au traitement, aux soins et à l'appui en matière de VIH et de maintenir cette couverture des services par la suite. Le montant global des financements pourra ensuite s'établir à 19,8 milliards en 2020. Des ressources moins importantes seront nécessaires après 2015 car la couverture aura atteint des taux cibles. On enregistrera également des gains d'efficacité, du fait d'économies réalisées sur les produits thérapeutiques et d'un passage à des traitements et à des dépistages à assise communautaire. D'après les estimations, un financement complet de la riposte au sida et des investissements efficaces et efficaces permettront d'éviter que 4,2 millions d'adultes supplémentaires et 680 000 enfants ne contractent le VIH, de même que 1,9 million de décès¹⁹.

Impact et résultats par rapport à la Tuberculose (TB)

En 2011, 8,7 millions de personnes dans le monde ont développé la tuberculose et 1,4 million en sont mortes.

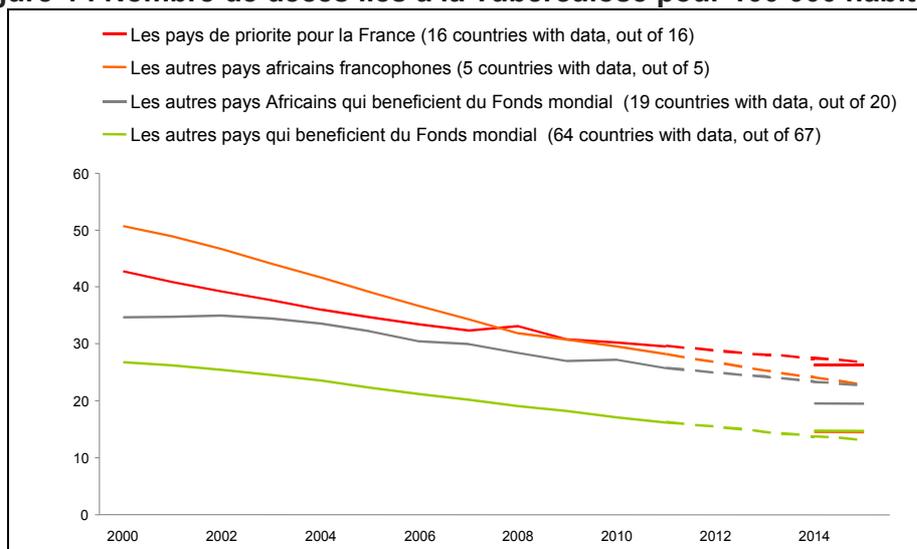
En 2011, environ 80% des nouveaux cas signalés de tuberculose sont survenus dans 22 pays. Le plus grand nombre de nouveaux cas a été enregistré en Asie, qui totalise 60% des nouveaux cas à l'échelle mondiale. Toutefois, l'Afrique subsaharienne compte la plus grande proportion de nouveaux cas par habitant, avec plus de 260 cas pour 100 000 habitants en 2011.

Au moins un tiers des 34 millions de personnes vivant avec le VIH dans le monde sont infectées par le bacille tuberculeux bien qu'elles n'aient pas toutes encore développé une tuberculose évolutive. En 2011, environ 430 000 personnes sont décédées d'une tuberculose associée au VIH. Cette même année, on estimait à 1,1 million le nombre de nouveaux cas de tuberculose chez des personnes VIH positives, 79% d'entre elles vivant en Afrique.

¹⁹ Source : Note d'orientation – ONUSIDA – Juin 2012

Le taux de mortalité par tuberculose a diminué de 41% entre 1990 et 2010, le monde est en voie d'atteindre la cible mondiale consistant à réduire ce taux de 50% d'ici à 2015. Plus de 95% des décès par tuberculose se produisent dans les pays à revenu faible et intermédiaire, et la maladie est l'une des principales causes de décès chez les femmes âgées de 15 à 44 ans²⁰. Les taux de mortalité et d'incidence sont donc en baisse dans l'ensemble des six régions de l'OMS et dans la plupart des 22 pays les plus fortement touchés, qui regroupent plus de 80% des cas de tuberculose dans le monde. Les progrès à l'échelle mondiale masquent cependant des écarts régionaux : les régions Afrique et Europe de l'Est ne sont pas en voie de diviser par deux d'ici à 2015 leurs taux de mortalité de 1990.

Figure 4 : Nombre de décès liés à la Tuberculose pour 100 000 habitants



Source : Rapport OMS 2012 sur la lutte contre la tuberculose dans le monde

L'accès aux soins s'est élargi substantiellement depuis le milieu des années 1990. Entre 1995 et 2011, 51 millions de personnes ont été traitées avec succès contre la tuberculose dans des pays ayant adopté la stratégie OMS, ce qui a permis de sauver 20 millions de vies.

En revanche, les progrès contre la tuberculose multi-résistante (tuberculose MR) restent lents. Si le nombre de cas de tuberculose MR notifiés dans les 27 pays fortement touchés par cette forme de tuberculose est en augmentation et a atteint près de 60 000 dans le monde en 2011, on estime que seul un cas sur cinq (19%) est notifié. Dans les deux pays où l'on relève le plus grands nombres de cas de tuberculose, à savoir l'Inde et la Chine, cette proportion est inférieure à un sur 10 ; on s'attend à ce qu'elle augmente dans ces pays dans les trois années à venir.

Des progrès supplémentaires ont été enregistrés dans la mise en œuvre des activités conjointes VIH-Tuberculose. On estime que ces activités ont permis d'épargner 1,3 million de vies entre 2005 et fin 2011. Dans la région africaine, 69% des malades tuberculeux ont subi un dépistage du VIH en 2011, contre 3% en 2004. À l'échelle mondiale, 48% des personnes tuberculeuses que l'on savait infectées par le VIH en 2011 avaient été placées sous traitement antirétroviral ; il faut donc que le taux de couverture soit multiplié par deux pour respecter la recommandation de l'OMS préconisant la mise en place rapide, chez tous les malades vivant avec ce virus, d'un tel traitement. Ce sont le Kenya et le Rwanda qui s'acquittent le mieux du dépistage du VIH et de la délivrance du traitement ARV.

Des innovations dans le domaine diagnostique sont mises en application. L'introduction du test moléculaire rapide Xpert MTB/RIF, capable de diagnostiquer la tuberculose et la résistance à la rifampicine en l'espace de 100 minutes, s'est effectuée de manière impressionnante. Entre son approbation par l'OMS en décembre 2010 et la fin du mois de juin 2012, 1,1 million de tests ont

²⁰ Source : OMS – Rapport 2012 sur la lutte contre la tuberculose dans le monde

été acquis par 67 pays à revenu faible ou intermédiaire, parmi lesquels l’Afrique du Sud a été le principal acheteur (37% des achats de tests). Une baisse du prix de ce test de 41% (16,86 US dollars à 9,98 US dollars) en août 2012 devrait accélérer son adoption. La mise au point de médicaments et de vaccins nouveaux progresse également. Des antituberculeux nouveaux ou réaffectés et des schémas thérapeutiques innovants destinés à traiter les tuberculoses sensibles ou résistantes subissent actuellement des essais cliniques et autres examens réglementaires. Onze vaccins destinés à prévenir la tuberculose sont en cours de mise au point.

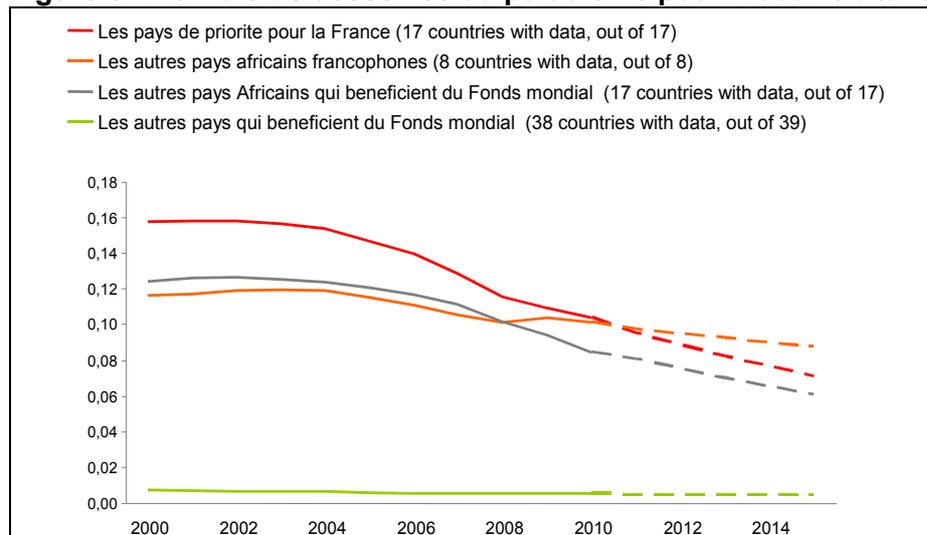
D’après l’OMS, il subsiste cependant un déficit important de financement des activités de soins et de lutte contre la tuberculose. Entre 2013 et 2015, ces activités nécessiteront jusqu’à 8 milliards d’US dollars par an dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, avec un déficit de financement de 3 milliards d’US dollars par an. La participation des donateurs internationaux est particulièrement importante pour maintenir les acquis récents et poursuivre les progrès dans les 35 pays à faible revenu (dont 25 en Afrique), où les donateurs apportent plus de 60% du financement actuel. Les fonds manquent aussi pour la recherche et le développement : 2 milliards d’US dollars par an sont nécessaires ; le déficit de financement était de 1,4 milliard US dollars en 2010.

Impact et résultats par rapport au paludisme²¹

Environ 50% de la population mondiale est exposée au paludisme (soit 3,3 milliards de personnes). Selon les estimations pour 2010, il a été enregistré 219 millions de cas de paludisme (avec une marge d’incertitude comprise entre 154 millions et 289 millions) qui ont causé 660 000 décès (avec une marge d’incertitude comprise entre 490 000 et 836 000), soit une diminution de la mortalité de 25% au niveau mondial par rapport à 2000 et de 33% dans la région africaine de l’OMS.

En 2010, 91% de la mortalité due au paludisme était concentrée en Afrique. La plupart des décès surviennent chez des enfants vivant sur ce continent. D’après les estimations de la charge de la maladie au niveau des pays pour lesquels on dispose des données pour 2010, 80% des cas surviennent dans 17 pays. À eux seuls, le Nigéria et la RDC totalisent plus de 40% du nombre total estimatif de décès par paludisme dans le monde²².

Figure 5 : Nombre de décès liés au paludisme pour 1 000 habitants



Source : Fonds mondial – OMS

Le niveau actuel de couverture peut être résumé comme suit :

²¹ Source : Roll Back Malaria – 2011 et Aide-Mémoire N°94 – Mars 2013 - OMS

²² Source : Paludisme – OMS – Aide-mémoire N°94 – Mars 2013

- en 2011, 278 millions de protocoles de combinaisons thérapeutiques à base d'artémisinine ont été financés par les secteurs public et privé dans les pays endémiques ; ce chiffre était de 182 millions en 2010 et de seulement 11 millions en 2005 ;
- après avoir atteint un pic de 145 millions en 2010, le nombre de moustiquaires était estimé à 66 millions en 2012. Une augmentation considérable est nécessaire en 2013 pour prévenir une baisse de la couverture des moustiquaires et une résurgence de la maladie ;
- en 2011, à l'échelle mondiale, 153 millions de personnes étaient protégées par la pulvérisation intra domiciliaire à effet rémanent, soit 5% de la population mondiale à risque ;
- le nombre de tests de diagnostic rapide fournis dans les pays endémiques a considérablement augmenté pour passer de 88 millions en 2010 à 155 millions en 2011. Parallèlement à cette hausse, la qualité de ces tests s'est significativement améliorée.

Selon les estimations de l'OMS, 274 millions de cas de paludisme ont été évités entre 2001 et 2010. La majorité des cas évités (52%) et des vies sauvées (58%) l'ont été dans les dix pays pour lesquels le fardeau du paludisme était le plus lourd en 2000.

Toujours selon l'OMS, 6,8 milliards de dollars seront nécessaires en Afrique entre 2013 et 2015 pour financer des interventions vitales comme la distribution de moustiquaires, de tests de diagnostic et des traitements. Sur cette somme, 3,2 milliards d'US dollars ont d'ores et déjà été recueillis ou promis par des gouvernements d'Afrique et des partenaires internationaux.

Le coût économique du paludisme en Afrique est estimé à une perte de 1,3% de croissance par an du PIB²³.

Le coût unitaire des interventions est le suivant :

- moustiquaires imprégnées d'insecticide longue durée, d'une efficacité de trois ans : 1,39 dollar par personne et par année de protection ;
- protocole de combinaison thérapeutique à base d'artémisinine pour un adulte : 0,90 à 1,40 dollar ;
- protocole de combinaison thérapeutique à base d'artémisinine pour un jeune enfant : 0,30 à 0,40 dollar ;
- test de diagnostic rapide : 0,50 dollar.

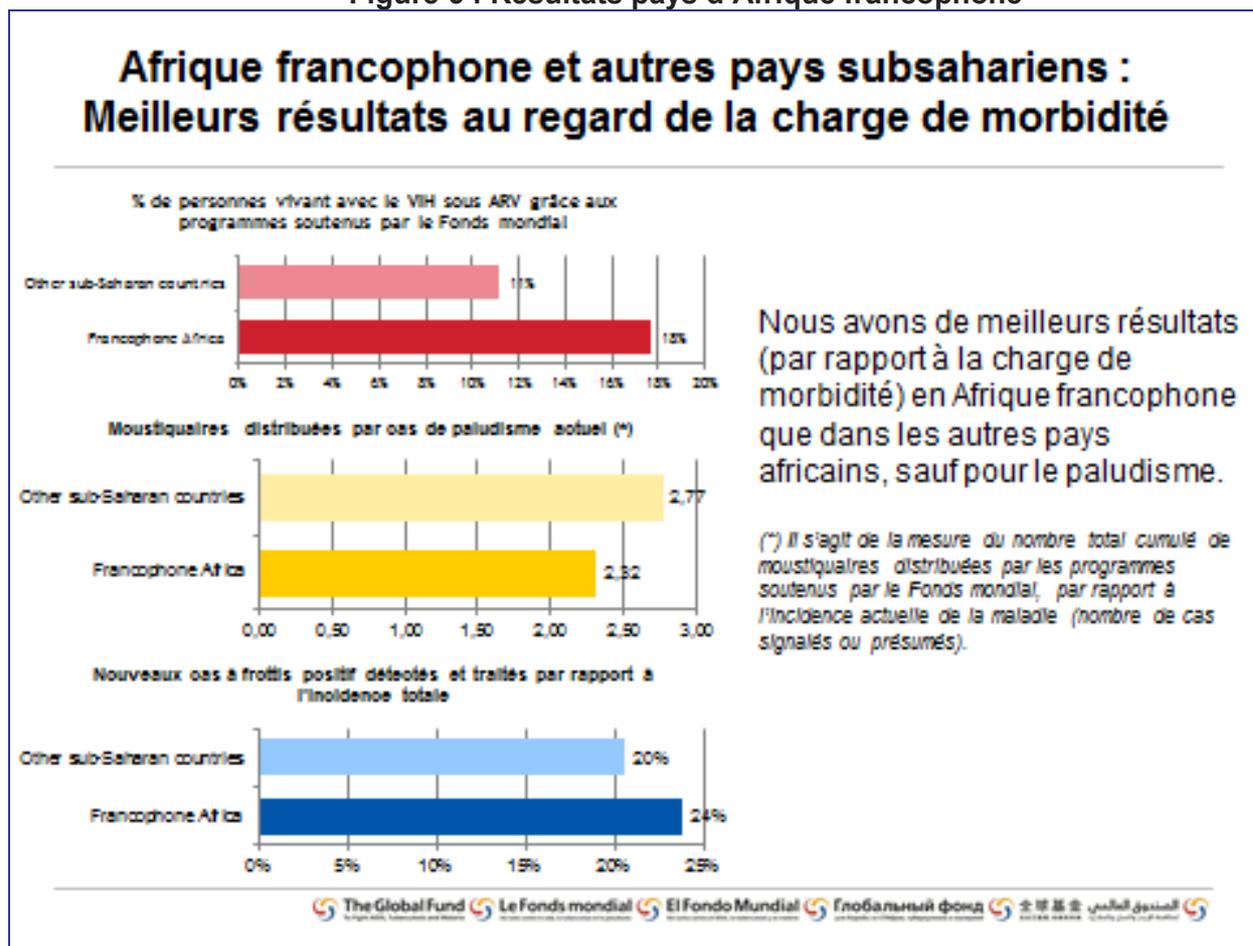
De meilleurs résultats obtenus dans les pays d'Afrique subsaharienne francophone

Selon une étude réalisée par le Fonds mondial, les pays francophones d'Afrique subsaharienne présentent de meilleurs résultats que leurs voisins au regard de la charge de morbidité, sauf pour la paludisme, ainsi qu'illustré dans la figure ci-après.

Ainsi, dans les pays d'Afrique subsaharienne francophone, quasiment 18% des personnes vivant avec le VIH reçoivent des ARV grâce aux programmes soutenus par le Fonds mondial (contre 11% dans les autres pays d'Afrique subsaharienne). Le nombre de nouveaux cas de tuberculose à frottis positifs détectés et traités représente 24% (par rapport à l'incidence totale) dans les pays francophones d'Afrique subsaharienne (versus 20% pour les autres pays de la région).

²³ Source : Paludisme – OMS – Aide-mémoire N°94 – Mars 2013

Figure 6 : Résultats pays d'Afrique francophone



En conclusion, en dépit de ces progrès incontestables, les résultats enregistrés, en particulier en Afrique subsaharienne, n'atteignent pas les objectifs du millénaire pour le développement (OMD) prévoyant une réduction de 50% des décès liés au sida et de l'incidence de cette maladie, une baisse de 75% des taux d'incidence du paludisme et de la tuberculose, et un objectif de zéro décès lié au paludisme à l'horizon 2015.

Au dire des tous les observateurs, acteurs de terrain ou représentants des pouvoirs publics, le retrait du Fonds mondial des pays d'Afrique subsaharienne constituerait une « catastrophe sanitaire ».

L'appui de la France au Fonds mondial est donc pertinent par rapport au fardeau que continuent de représenter les trois maladies dans les pays d'Afrique subsaharienne. Le Fonds mondial est un relais efficace pour le financement de la lutte contre ces trois maladies.

2.2. DES VOLUMES FINANCIERS IMPORTANTS INVESTIS DANS LES PAYS PRIORITAIRES DE L'AIDE FRANÇAISE

Le Fonds mondial est devenu le principal organisme multilatéral de collecte de fonds pour la santé dans le monde. Il fournit 82% du financement international pour la lutte contre la tuberculose, 50% de celui consacré à la lutte contre le paludisme et 21% de celui consacré à la lutte contre le sida. Il soutient aussi le renforcement des systèmes de santé, dans la mesure où leurs insuffisances constituent l'un des principaux obstacles à l'intensification des interventions destinées à améliorer la situation sanitaire des populations touchées par le VIH, la tuberculose et le paludisme²⁴.

²⁴ Source : Fonds mondial – Juin 2013

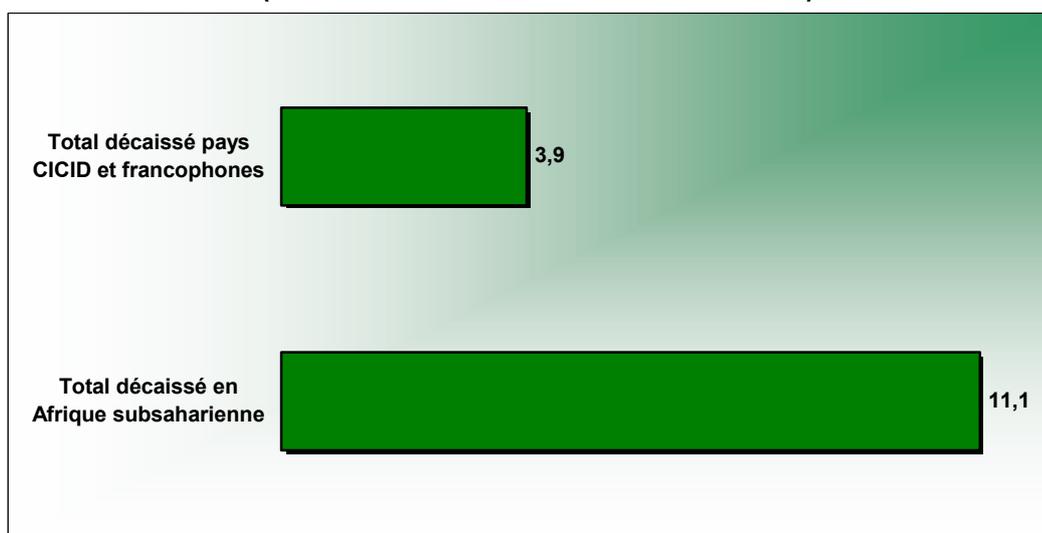
En Afrique Subsaharienne en général et dans les 16 pays CICID, les plans et activités de lutte contre les trois maladies (prévention et traitement) sont fortement dépendants des financements internationaux et tout particulièrement du Fonds mondial. 70% du budget du Programme national de lutte contre la tuberculose (PNLT) au Bénin est financé par le Fonds mondial. Dans le même pays, les programmes de lutte contre le sida financés par les autres partenaires techniques et financiers (PTF) se sont achevés fin 2012. Le Fonds mondial est donc actuellement le seul partenaire impliqué, ces financements représentant autour de 80% des montants totaux alloués à cette maladie. En RDC, le Fonds mondial finance 95% des traitements antirétroviraux, 85% des médicaments de première ligne contre la tuberculose et distribue des moustiquaires dans cinq provinces. Au Burkina-Faso, le Fonds mondial est unanimement perçu comme un outil de financement majeur et primordial dans la lutte contre les trois maladies.

2.2.1. Les volumes financiers approuvés par le conseil d'administration du Fonds mondial

Fin juillet 2013, le Fonds mondial avait approuvé un financement à hauteur de 25,6 milliards d'US dollars pour plus de 1 000 programmes dans 150 pays (775 subventions actives en juillet 2013). A cette même date, le Fonds avait décaissé 20,2 milliards d'US dollars selon la répartition suivante entre les régions (décaissements) : 55% en Afrique subsaharienne, 23% en Asie, 6% en Europe de l'Est et Asie centrale, 8% en Amérique Latine et Caraïbes, 6% au Moyen-Orient. Sur les 25,6 milliards d'US dollars approuvés, 54% ont concerné le VIH-sida, 16% la tuberculose, 28% le paludisme, 1% les programmes conjoints VIH-sida²⁵, 1% le renforcement des systèmes de santé²⁶.

Fin juillet 2013, les financements approuvés pour les 21 pays cibles de la présente évaluation, ainsi que pour le programme régional représentaient un total de 5,2 milliards d'US dollars et 225 subventions dont 177 actives, soit 20,3% du total des montants financiers approuvés et 22,8% du total des subventions actives. Ces 21 pays cibles représentent par ailleurs 35% du total des décaissements réalisés en Afrique subsaharienne (3,9 milliards d'US dollars) et 36,9% des montants approuvés pour cette région.

Figure 7 : Les montants décaissés en Afrique subsaharienne (en milliards d'US dollars – Juillet 2013)



Source : Fonds mondial – Juillet 2013

Dans ces 21 pays, près de 48% du total des volumes financiers ont concerné le VIH-sida (2,5 milliards d'US dollars), 41,4% les programmes paludisme, l'appui aux programmes tuberculose

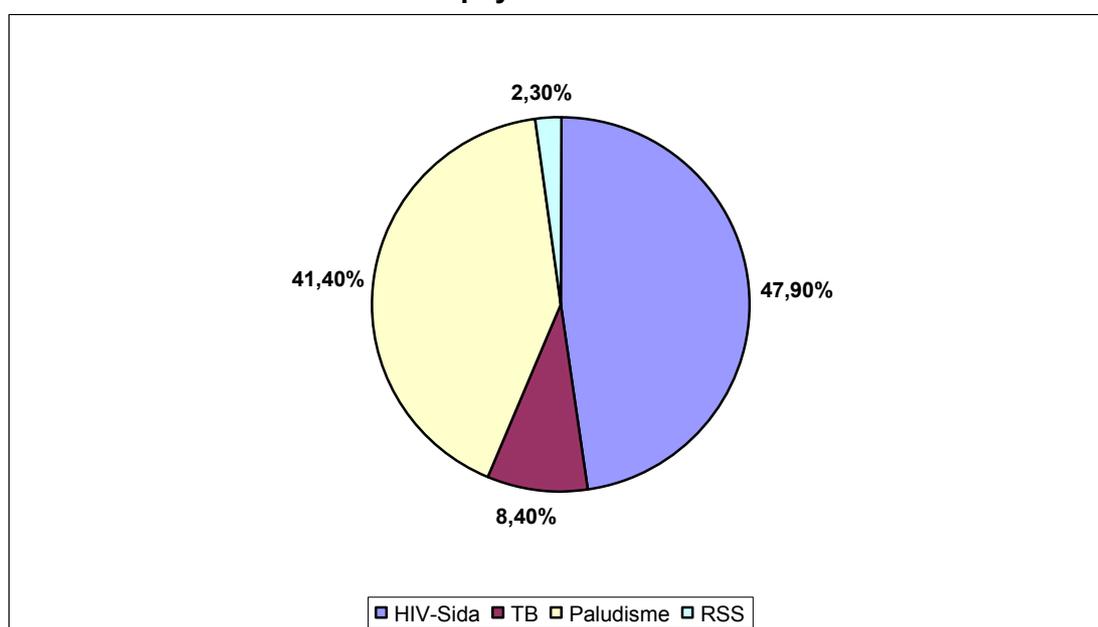
²⁵ Ce pourcentage concerne uniquement les subventions spécifiques dédiées aux programmes conjoints VIH-TB, mais n'intègre pas les efforts financiers engagés sur cette même problématique financés dans le cadre des subventions accordées pour l'une ou l'autre de ces maladies.

²⁶ Même observation que pour la composante VIH-TB

ne représentant que 8,4% du total. Enfin, 2,3% des montants approuvés ont concerné des subventions spécifiquement dédiées au renforcement des systèmes de santé. Ce pourcentage n'est cependant pas représentatif des efforts financiers en faveur de cette composante, dont la très grande majorité a été intégrée à des subventions relatives à l'une ou l'autre des trois maladies. Pour beaucoup, les composantes relatives au renforcement des systèmes de santé ont été rattachées aux subventions VIH-sida, ce qui veut également dire que le montant de 2,5 milliards d'US dollars n'est pas intégralement consacré à cette maladie.

En l'état actuel des données disponibles et déjà consolidées, il n'est pas possible au consultant de présenter une estimation plus précise des montants réellement investis sur cette composante. Cette absence de « traçabilité » est en contradiction avec la volonté affichée du Fonds mondial de soutenir et promouvoir le renforcement des systèmes de santé, comme une condition majeure pour garantir la performance des actions qu'il finance.

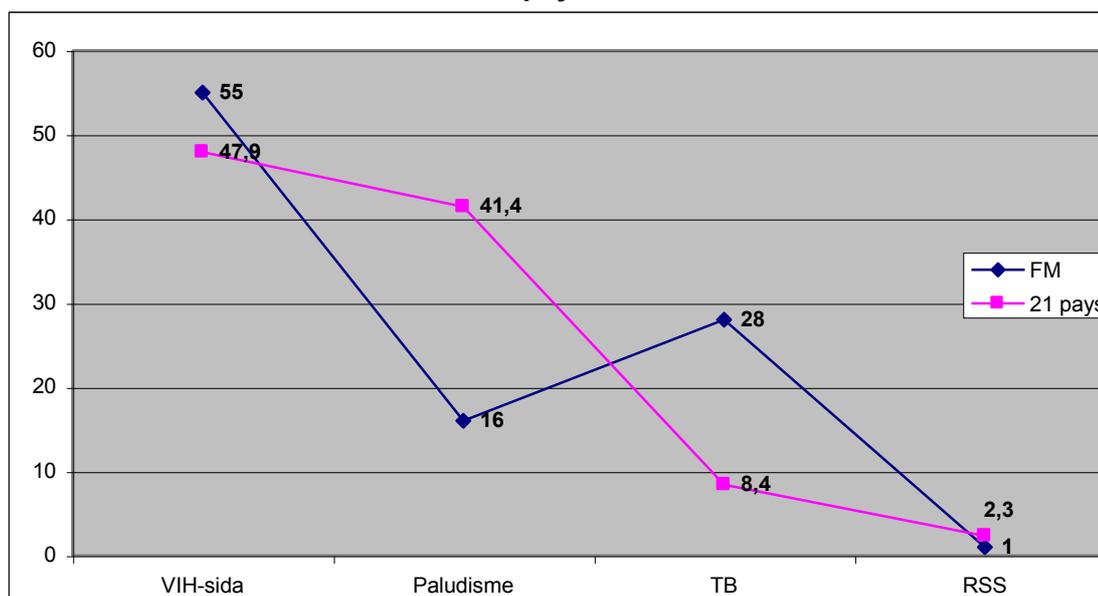
Figure 8 : Répartition des volumes financiers par thématique (%) dans les 21 pays cibles de l'évaluation



Source : Fonds mondial – Juillet 2013

Dans les 21 pays étudiés, la part consacrée au VIH-sida est relativement moins importante que la tendance générale constatée pour l'ensemble du portefeuille du Fonds mondial, celle consacrée au paludisme est nettement plus élevée (ce qui s'explique par la charge de morbidité dans les pays étudiés). La proportion consacrée à la tuberculose est en revanche très nettement inférieure (bien que variable selon les pays).

**Figure 9 : Comparaison de la part des subventions consacrée à chaque maladie :
Tendance générale au niveau du Fonds mondial
et situation dans les pays cibles de l'évaluation**



Source : Consolidation réalisée par le consultant à partir des données du Fonds mondial – Juillet 2013

Le Fonds mondial octroie ses financements en fonction des tableaux épidémiologiques de chaque pays et sur la base d'un principe de complémentarité avec les efforts financiers consentis par les autorités nationales et les autres partenaires financiers. Sans disposer de l'ensemble de ces informations, il serait hasardeux de tirer des conclusions trop hâtives des chiffres présentés ci-dessus, qui correspondent à des moyennes pour les 21 pays considérés et ne traduisent donc pas les spécificités de chacun.

En dépit de ces limites, dans les 21 pays cibles étudiés, la lutte contre la tuberculose reçoit nettement moins d'appuis financiers que celles visant les deux autres maladies. Dans cinq pays seulement, le volume financier accordé à la tuberculose dépasse 10% du total. Un seul pays, la Mauritanie, consacre plus de 30% du volume de ses subventions à cette maladie (versus 38,3% pour le VIH). Les volumes financiers consacrés à la lutte contre la tuberculose dans les 21 étudiés représentent moins de 500 millions d'US dollars de l'origine à nos jours.

Dans onze pays, la part des subventions consacrée au VIH-sida dépasse 50%.

Enfin, six pays (dont Madagascar et les Comores où les taux de prévalence du VIH-sida demeurent faibles) consacrent plus de 50% de ce volume total au paludisme.

Ce contexte se traduit également dans le nombre de subventions accordées pour chaque maladie. Sur les 177 subventions actives, 73 (soit 41% du total) sont consacrées au VIH-sida, 61 (soit 34%) au paludisme, 40 (soit 23%) à la tuberculose et 3 (soit 2%) au renforcement des systèmes de santé.

2.2.2. Les volumes financiers effectivement engagés et décaissés

Il convient de faire la distinction entre les volumes financiers approuvés par le conseil d'administration du Fonds mondial et les volumes financiers effectivement engagés et décaissés, à l'issue de l'étape de négociation conduite par l'équipe pays (gestionnaires des portefeuilles, experts techniques, juridiques et financiers)²⁷. Il est également important de rappeler que dans le cadre du modèle de financement actuellement en vigueur, l'approbation des volumes financiers

²⁷ L'équipe pays est composée du gestionnaire de portefeuille, des experts juridiques, financiers, gestion des approvisionnements et des stocks, suivi et évaluation

se fait en amont de l'intervention de l'équipe projet. Le nouveau modèle de financement prévoit un changement dans le séquençage de ces interventions (Cf. § 4)

Les volumes financiers effectivement engagés sont donc ceux pour lesquels les gestionnaires de portefeuille ont approuvé la mise en œuvre, même si cette dernière est parfois assujettie à des conditionnalités d'ordre structurel²⁸ auxquelles les bénéficiaires principaux doivent répondre pour obtenir leurs autorisations de décaissement (Cf. § 4.3.1.).

Le tableau ci-après présente le récapitulatif pour les 21 pays cibles de l'étude (+ le programme régional) des volumes financiers approuvés et engagés, ainsi que les niveaux de décaissement enregistrés en juillet 2013.

Tableau 1 : Total des subventions signées et engagées dans les 21 pays cibles de l'étude (en millions d'US Dollars)

Pays/catégorie	Population	Prévalence VIH chez l'adulte % 2011 ²⁹	Total signé	Montants Engagés (approuvés)	% Signé / engagé	Total décaissé	% décaissé / montant signé	% décaissé / engagé
Bénin PFR	8 850 000	1,2	221,87	170,68	76,9%	138,69	62,5%	81,2%
Burkina-Faso PFR	16 469 000	1,1	311,24	292,19	93,9%	252,18	81%	86,3%
Burundi PFR	8 383 000	1,3	260,85	191,47	73,4%	171,64	65,8%	89,6%
Comores PFR	735 000	0,1	17,72	14,881	84 %	13,64	77 %	91,7%
Djibouti RII bas	889 000	1,4	28 ,85	24,35	84,4%	23,80	82,5 %	97,7%
Ghana RII bas	24 392 000	1 ,5	481,12	418,65	87%	390,56	81,2 %	93,3%
Guinée PFR	9 982 000	1,4	116,04	106,04	91,4 %	71	61,2 %	67 %
Madagascar PFR	20 714 000	0 ,3	294 ,16	277,82	94,4%	243,18	82,7 %	87,5%
Mali PRF	15 370 000	1,1	255,32	160,58	62,9%	116,14	45,5 %	72,3%
Mauritanie PFR	3 460 000	1,1	16,79	16,79	100%	15,33	91,3 %	91,3%
Niger PFR	15 512 000	0,8	123, 70	112,12	90,6	104,85	84,8%	93,5%
RDC PFR	65 966 000	ND	881,29	769,39	87,3%	630,70	71,6%	82 %
RCA PFR	4 401 000	4,6	96,35	96,35	100	76,22	79,1 %	79,1%
Sénégal RII bas	12 434 000	0,7	223,61	197,90	88,5%	161	72%	81,3 %
Tchad PFR	11 227 000	3,1	126,07	87,16	69,1%	84,61	67,1%	97 %
Togo PFR	6 028 000	3,4	189,029	167, 11	88,4%	144,66	76,5%	86,6 %
Sous-total CICID	224 812 000	-	3 644,08	3 103,6	85,2%	2 638,3	72,4%	85%
Cameroun RII bas	19 599 000	4,6	290,13	267,62	92,2%	226,99	78,2%	84,8%
Côte d'Ivoire RII bas	19 738 000	3	285,13	231,63	81,2%	192,36	67,5%	83 %
Congo RII bas	4 043 000	3,3	86,55	85,30	98,6 %	50,75	58,6%	59,5%

²⁸ Le consultant définit les conditionnalités d'ordre structurel comme celles qui ne sont pas directement liées aux activités de routine des projets (définition du plan GAS, définition détaillée des plans de formation, etc.), mais qui concernent plutôt la structure de gouvernance et de pilotage des subventions au niveau des pays bénéficiaires

Gabon RIS	1 505 000	5	31,35	29,60	105,9%	29,27	93,4%	98,9 %
Rwanda PFR	10 624 000	2,9	846,19	832,66	98,4%	758,89	89,7%	91,1%
Sous-total autres Pays francophones	55 509 000	-	1 539,4	1 446,8	94%	1 258,3	81,7%	87%
Corridor Abidjan-Lagos	-		35,41	26, 14	73,7%	26,14	73,7%	100%
TOTAL	280 321 000	-	5 218,89	4 576, 54	87,7%	3 922,74	75,2%	85,7%

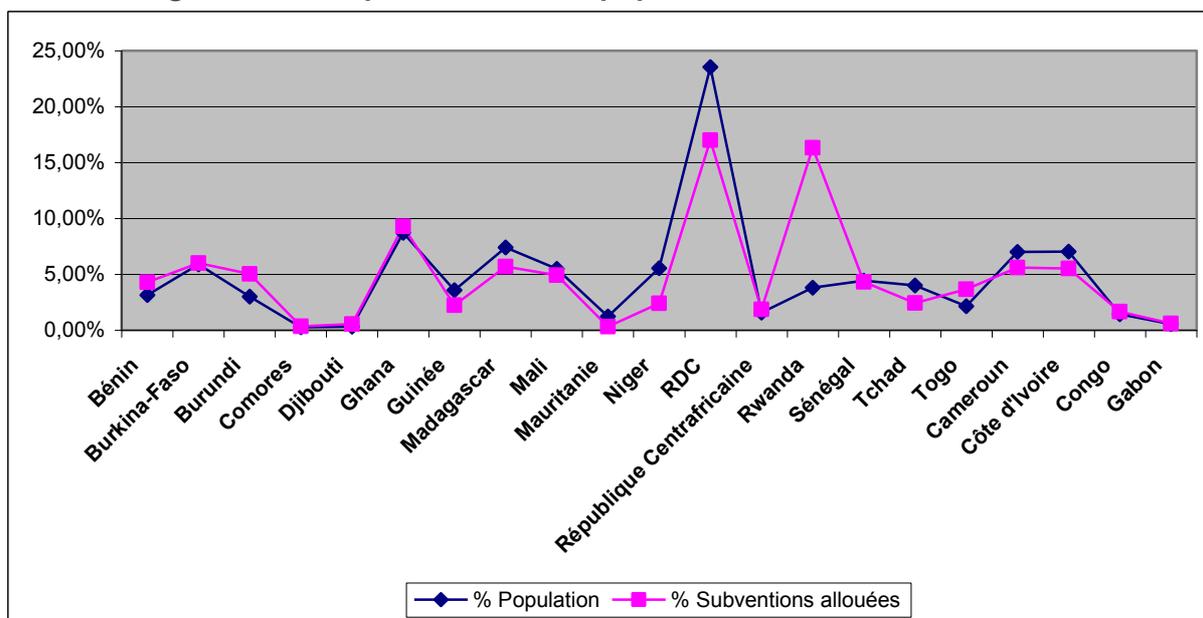
Source : Fonds mondial – Juillet 2013

En juillet 2013, près de 88% des volumes financiers signés avaient été engagés, représentant un total de 4,5 milliards d'US dollars (versus 5,2 milliards d'US dollars signés). Un total de 3,9 milliards de dollars avait été décaissé, représentant 85,7% du total des montants engagés et 75,2% des montants signés. Dans la plupart des pays, les subventions courent jusqu'à 2014, ce qui explique cet écart.

Les niveaux de décaissement (par rapport aux montants approuvés par le conseil d'administration) se situent entre 73,9% et 76,6% pour les trois maladies, alors qu'ils s'élèvent uniquement à 49,4% pour les composantes relatives au renforcement des systèmes de santé, ce qui s'explique pour partie par les difficultés rencontrées par les opérateurs à mettre en place ces activités.

A des fins de comparaison (toute proportion gardée), le consultant a cherché à mettre en parallèle la part des subventions accordées à chaque pays par rapport au pourcentage que représente sa population dans le champ géographique étudié (c'est à dire environ 280,3 millions de personnes).

Figure 10 : Comparaison % total population et % total des subventions



Source : Consolidation réalisée par le consultant à partir des données du Fonds mondial – Juillet 2013

Une relative concordance existe pour quasiment tous les pays à l'exception du Rwanda (qui reçoit beaucoup plus d'appui financier que les autres pays, alors que son taux de prévalence du VIH-sida est certes supérieur à la majorité des pays CICID, mais inférieur à celui des autres pays

francophones d'Afrique subsaharienne) et de la RDC qui représente plus de 25% de la population mais seulement 17% du total des subventions.

2.2.3. Eléments de comparaison entre pays francophones et anglophones d'Afrique subsaharienne

La population totale des 16 pays d'Afrique subsaharienne anglophone est 1,7 fois plus élevée que celle des 21 pays francophones. Cinq de ces pays ont moins de 3 millions d'habitants, ce qui a un impact sur l'équation entre les seuils de financement minimum pour un pays et la taille de sa population. A l'autre extrême, le Nigeria à lui seul, représente près de 58% du total de la population des pays francophones.

Dans huit de ces pays, le taux de prévalence du VIH dépasse 10% ; dans trois autres (Lesotho, Swaziland et Botswana), cette prévalence dépasse les 23% (soit près d'un quart de la population).

Plus de 65% des financements accordés à ces pays par le Fonds mondial sont consacrés au VIH-sida (versus 47,9% pour les pays francophones).

D'une manière générale, les moyennes de financement par habitant sont identiques dans les pays francophones (18,5 US dollars par habitant) et les pays anglophones (18,6 US dollars par habitant).

Cette moyenne lisse cependant les différences de niveaux de financement par pays, qui peuvent exister de manière identique dans les deux groupes francophone et anglophone (par exemple Rwanda pour les pays francophones). En outre, cet indicateur ne tient pas compte de la charge de morbidité. Par exemple, la Namibie, le Swaziland et le Lesotho ont tous trois un ratio dépassant 88 USD/capita (seul le Rwanda en Afrique francophone a un ratio comparable avec près de 80 USD/capita). Lorsqu'on fait le rapprochement entre les niveaux de financements accordés pour la composante VIH-sida dans ces trois pays et, le nombre de personnes infectées, les niveaux d'investissements sont finalement comparables, voire supérieurs pour les pays d'Afrique subsaharienne francophone.

Selon le consultant, les différences se situent davantage entre catégories de pays faisant partie d'une « fourchette haute » de financement et ceux appartenant à une « fourchette basse » (indépendamment du clivage francophone et anglophone).

Une réflexion est en cours à ce sujet au Fonds mondial dans le contexte de la stratégie 2012-2016 visant les investissements ayant le plus grand impact et de la mise en place du nouveau modèle de financement.

3. DES PROCEDURES DE GESTION DES SUBVENTIONS COMPLIQUEES ET TROP SOUVENT MODIFIEES

L'un des principes de fonctionnement du Fonds mondial est l'appropriation par les pays. Si le Fonds mondial ne dispose pas de bureaux dans les pays récipiendaires, il existe en revanche dans chacun d'entre eux une « architecture Fonds mondial » incluant les Instances de coordination nationale, les récipiendaires principaux et les sous-récipiendaires (SR), ainsi que l'agent local du Fonds.

A partir d'une synthèse des conclusions des missions de terrain dans les quatre pays et des entretiens conduits par ailleurs, le Consultant dresse ci-après une analyse du dispositif mis en œuvre par le Fonds mondial pour le suivi de ses subventions, des principales difficultés rencontrées par les opérateurs, des tendances et évolutions constatées et/ou envisagées. Des recommandations sont également présentées afin d'améliorer le contexte actuel (en fin de chapitre).

Au préalable, il est important de rappeler quelques éléments du contexte ayant un impact sur le dispositif actuellement mis en place.

Au début de l'année 2011, à l'issue de la publication dans la presse de plusieurs articles faisant état d'une mauvaise utilisation des subventions et de cas de corruption avérés, le Fonds mondial a pris un certain nombre de mesures pour améliorer la prévention, la détection et la gestion des risques financiers. Il s'agissait d'un impératif pour restaurer la confiance de ses contributeurs. Les vérifications habituellement effectuées dans les pays à travers les ALF ont été renforcées, en particulier dans les pays considérés à plus haut risque. Un poste de directeur de la gestion des risques a été créé en avril 2012. Depuis deux ans, particulièrement dans les pays où ont eu lieu des malversations, le Fonds mondial met en place des agents fiduciaires (ou agents de gestion fiduciaire), recrutés pour une durée de douze mois éventuellement renouvelable. Ces agents ont pour mission d'assurer la gestion administrative, comptable et financière du programme (dont la passation des marchés d'approvisionnement) et d'assurer le renforcement des capacités de gestion administrative, comptable et financière du bénéficiaire principal et de ses sous-bénéficiaires. Implanté au cœur du dispositif de gestion (notamment tout paiement doit recevoir son visa préalable), l'agent fiduciaire apparaît comme la dernière réponse du Fonds mondial pour parer les malversations, améliorer la gestion des subventions et renforcer la capacité des bénéficiaires principaux et secondaires dans une démarche d'appropriation.

Par ailleurs, afin de limiter les risques financiers liés aux transferts de fonds des récipiendaires principaux vers les sous-récipiendaires, ainsi que les frais de gestion des subventions, une tendance à la diminution du nombre de sous-récipiendaires est globalement enregistrée. Dans certains pays, le nombre de sous-récipiendaires et de sous récipiendaires (SSR) pouvaient atteindre 30 à 40 organisations. Le nombre trop important de RP, SR et SSR, pose de réels problèmes car cela :

- réduit les montants effectivement alloués aux activités programmatiques et aux bénéficiaires finaux, chaque organisation prélevant des frais de fonctionnement ;
- accroît les risques de mauvaise gestion car les fonds sont dispersés dans trop d'organisations qui ne peuvent pas toutes être suivies et contrôlées de façon adéquate ;
- complique considérablement le suivi-évaluation puisqu'il est nécessaire de compiler des multitudes de rapports d'organisations diverses.

Selon les témoignages recueillis à l'occasion des missions de terrain, les procédures de gestion des subventions du Fonds mondial sont généralement perçues par les opérateurs comme compliquées, demandant beaucoup de temps et dans certain cas pas toujours adaptées au contexte.

Par ailleurs, au cours des deux ou trois dernières années, dans les pays à risque élevé, ces procédures ont connu des changements et ajustements fréquents, rendant plus difficile encore l'appropriation des mécanismes, procédures et délais par les RP et SR et demandant de leur part une adaptation permanente face aux nouvelles règles et exigences du Fonds mondial.

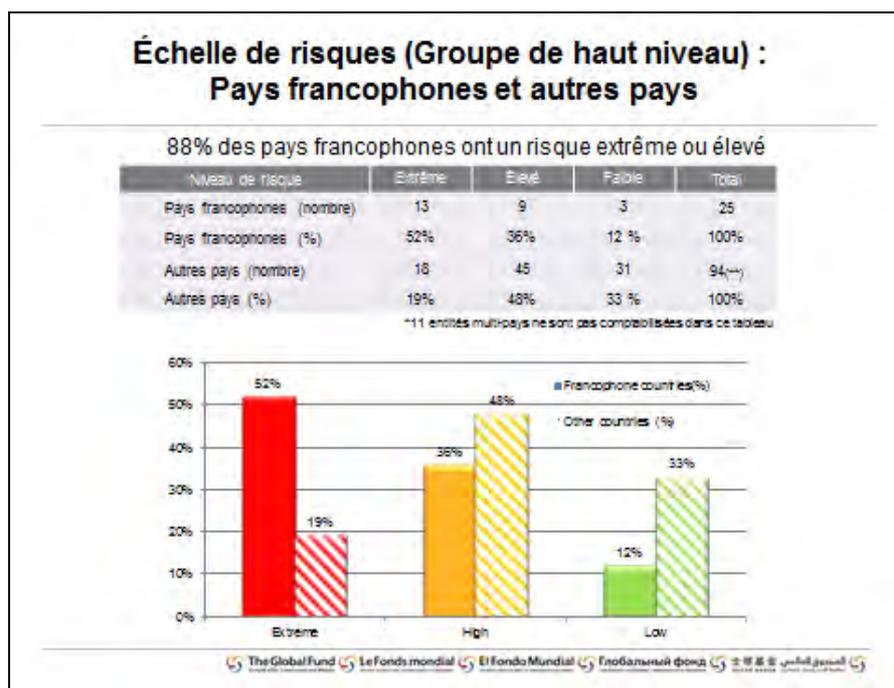
Enfin, l'ensemble des documents contractuels sont rédigés en anglais (bien que les négociations, les documents intermédiaires et les lettres de gestion soient rédigés en français) ce qui apparaît en contradiction avec les actions conduites par la France en faveur de l'utilisation de la langue française et les objectifs poursuivis par l'OIF au sein de laquelle siègent la majorité des pays africains francophones. Cette situation peut également entraîner des difficultés de compréhension par les bénéficiaires de certaines nuances prévues dans les contrats. Un certain nombre de notes d'information et rapports ne sont d'ailleurs pas traduits en français, ce qui pose problème aux pays d'Afrique francophone. L'importance de la contribution de la France au Fonds mondial, mais également la place qu'occupent les pays francophones d'Afrique subsaharienne dans son portefeuille de financement, militent pour une plus grande utilisation de la langue française dans les relations entre le Fonds mondial et ces pays (documents contractuels, documents techniques et de cadrage stratégique).

3.1. DES PROCÉDURES DIFFÉRENCIÉES PAR GROUPES DE PAYS ET TROP AXÉES SUR LES RISQUES FINANCIERS

Le Fonds mondial est passé d'une démarche de financement uniforme à une approche différenciée par groupes de pays, fondée sur une typologie des risques et un principe de tolérance zéro vis à vis des risques de malversations et de fraudes.

Les pays récipiendaires ont été catégorisés en fonction de leurs niveaux de risque, leurs charges de morbidité et leurs capacités financières. En application de ce cadre de gestion des risques, les procédures de gestion et de contrôle des subventions par le Fonds mondial sont à leur tour « graduées » en fonction des pays et des bénéficiaires. D'après la classification mise en place, 88% des pays d'Afrique francophones ont un risque extrême ou élevé et sont donc soumis à des niveaux de contrôle et d'encadrement plus stricts que d'autres pays.

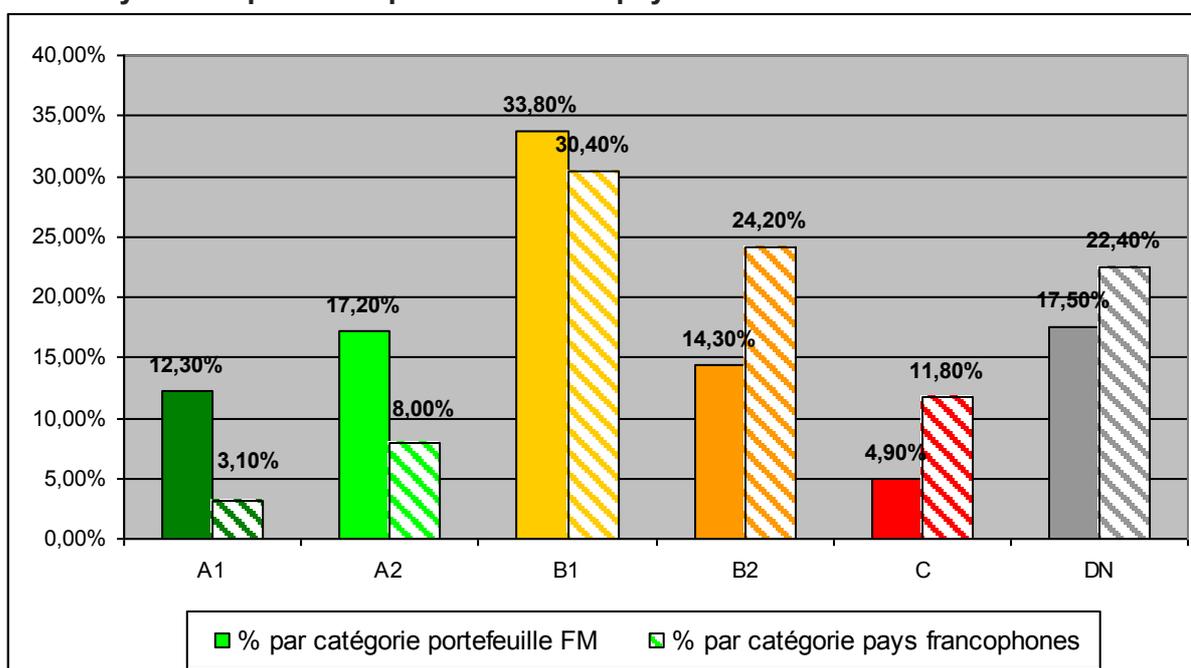
Figure 11 : Echelle de risques pays francophones



Les dernières études du Fonds mondial tendent également à montrer que les pays francophones d'Afrique subsaharienne obtiennent de moins bons résultats que les autres pays bénéficiaires. Ainsi, seules 3,1% des subventions allouées dans les pays d'Afrique subsaharienne francophone ont un score de notation A1 (versus 12,3% pour le total du portefeuille Fonds mondial). En revanche, 36% du total de leurs subventions actives présentent un score B2 ou C (versus 19,2% pour les autres pays). Enfin, 11,8% de ces subventions enregistrent un score C (versus 4,9% pour le portefeuille Fonds mondial). Ce dernier pourcentage représente 19 subventions, soit plus de 51% du nombre total de subventions enregistrant un tel score.

Une étude comparative entre les niveaux de performance des pays d'Afrique subsaharienne francophone et les pays anglophones et lusophones est également présentée au § 4.3.2. ci-après.

**Figure 12 : Dernière notation des subventions
Pays d'Afrique francophone et autres pays bénéficiaires du Fonds Mondial**



Niveaux de décaissement autorisés	
A1	> à 100%
A2	Entre 90% et 100%
B1	Entre 60% et 89%
B2	Entre 30% et 59%
C	Inférieur à 30%

Source : Données compilées par le consultant à partir du site web du Fonds mondial – Juillet 2013

Le niveau de performance a un impact direct sur les possibilités de décaissement : un score B2 ne permet un décaissement que de 30% à 59% de la tranche suivante, un score C conduit à un décaissement inférieur à 30%. Même s'il est vrai que les niveaux de décaissement peuvent faire l'objet de négociations entre les RP et le Secrétariat du Fonds mondial, de telles dérogations doivent faire l'objet d'une justification et d'une argumentation solides, et ne sont donc pas la règle.

Cette situation est la conséquence directe du système de paiement basé sur la performance, ayant pour objectif de s'assurer que les décisions de financement reposent sur une évaluation transparente des résultats par rapport aux objectifs quantifiés assortis de délais. Ce modèle doit encourager la responsabilisation et inciter les bénéficiaires à utiliser les fonds de manière efficace afin d'obtenir des résultats. Si ce modèle présente indéniablement des avantages, il peut également présenter des risques quand le cadre de résultats défini ne tient pas compte des

spécificités et capacités des pays. Ainsi, les pays francophones d'Afrique subsaharienne, souvent caractérisés par la fragilité de leurs capacités institutionnelles peuvent être pénalisés, alors même qu'ils constituent une cible prioritaire pour le Fonds mondial en leur qualité de pays à fort impact. Les pays en crise peuvent être également sanctionnés.

Pour remédier à cette situation, le Fonds mondial a mis en place quatre séries de mesures :

- le recours à un agent fiduciaire pour les programmes rencontrant des difficultés et présentant des risques élevés,
- la restructuration des portefeuilles,
- la révision des conditions préalables et des conditions spéciales,
- la réalisation d'un état des lieux des financements versés par les donateurs au niveau des pays.

Dans les quatre pays visités (tous classés parmi les pays à hauts risques), l'aspect prévention des risques financiers et des malversations occupe une place centrale dans les procédures de suivi des subventions mises en place par le Fonds mondial. Les autres risques, notamment ceux liés aux capacités de gestion des bénéficiaires, font l'objet d'une attention moins soutenue.

A titre d'exemple, la subvention accordée au Programme national de lutte contre le sida (PNLS) au Bénin a connu pendant sa phase 1 des difficultés et retards de mise en œuvre importants (incluant la gestion de situations d'urgence pour éviter des ruptures de stock en antirétroviraux). Elle a cependant été reconduite en 2012, sans qu'un accompagnement spécifique de ce RP soit prévu. Les composantes de cette subvention afférentes au renforcement du système de santé, définies en 2009, n'avaient, en juillet 2013, pas encore été mises en œuvre. Conscient de ces difficultés, le Fonds mondial travaille actuellement avec ce pays afin de reprogrammer une partie de la subvention sur un autre RP. Cependant, cet ajustement intervient quatre ans après la signature de la subvention.

Cet accent mis sur la prévention des risques financiers peut s'expliquer comme une réponse à la crise de confiance potentielle déclenchée à la fin de l'année 2010 par les articles repris par la presse concernant la mauvaise utilisation des subventions du Fonds mondial. Cependant, le principe de tolérance zéro à l'égard des risques financiers ne doit pas occulter les autres risques opérationnels (gouvernance, personnel disponible, capacités de supervision, etc.) tout aussi importants pour l'efficacité, l'efficience et l'effectivité des subventions accordées. Une procédure de suivi trop axée sur la gestion des risques (surtout financiers) nuit à l'opérationnalité des projets et à la fluidité des activités. Il convient de veiller à ce que l'aspect « gestion des risques financiers » ne prenne pas le pas sur l'essence même du Fonds mondial qui est de financer la lutte contre les trois maladies en se fondant sur les stratégies nationales des pays. Il est vrai qu'il s'agit d'un équilibre délicat à trouver entre, d'une part, l'obligation de reddition de comptes du Fonds mondial à l'égard de ses contributeurs et, d'autre part, la flexibilité requise dans des environnements insuffisamment structurés et préparés pour répondre à l'ensemble des exigences.

Cependant, le contexte de crise est maintenant apaisé, une profonde réforme du système de gouvernance du Fonds mondial a été réalisée, et il convient désormais de revenir à une réflexion plus globale sur le poids respectif des différentes catégories de risques (financiers, opérationnels, capacités d'absorption, etc.). Depuis quelques mois, les gestionnaires de portefeuille sont beaucoup plus présents sur le terrain et s'impliquent davantage aux côtés des RP dans l'identification des solutions possibles pour lever les obstacles rencontrés et pouvoir ainsi reprendre les programmes suspendus. Cette nouvelle orientation marque la volonté du Fonds mondial d'être plus réactif face aux difficultés opérationnelles rencontrées par les RP.

3.2. SI LA RÉPARTITION ENTRE RÉCIPIENDAIRES PUBLICS ET PRIVÉS EST ÉQUITABLE DANS L'ÉCHANTILLON DE PAYS VISITÉS, UNE PLACE LIMITÉE EST ACCORDÉE AUX ONG LOCALES

Les récipiendaires principaux sont les entités juridiquement responsables à l'égard du Fonds mondial en vertu d'un accord de subvention pour la mise en œuvre d'une proposition soumise par un pays et approuvée par le conseil d'administration du Fonds. Le récipiendaire principal est responsable des résultats de ses sous-réceptaires et est chargé d'évaluer la capacité de ces derniers à réaliser les programmes ainsi que les tâches connexes de suivi, d'évaluation et de communication de l'information.

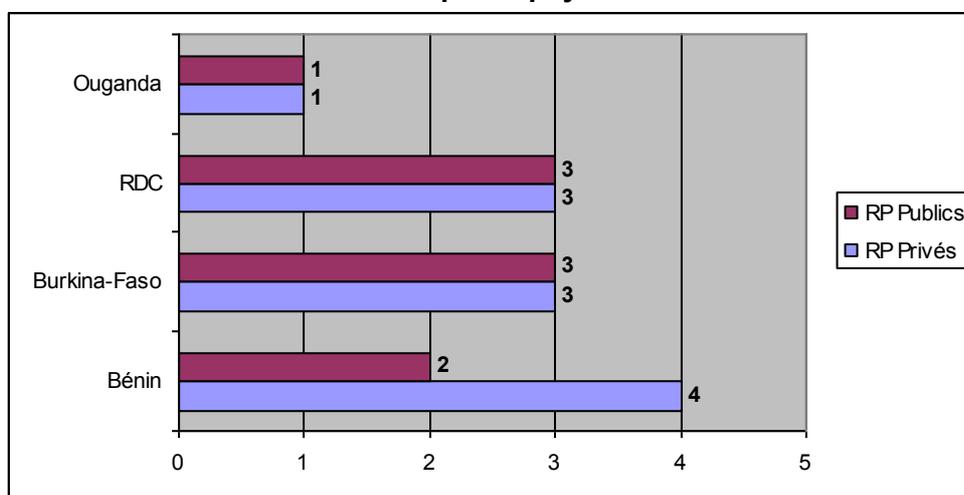
Dans les quatre pays d'Afrique subsaharienne visités, une répartition équitable existe entre réceptaires publics et privés. A l'exception de l'Ouganda, les réceptaires privés sont la plupart du temps des ONG internationales (souvent américaines). Dans ces pays, les ONG locales n'occupent qu'une place très limitée dans les programmes financés par le Fonds mondial. Ces ONG reconnaissent qu'elles ne présentent pas a priori les mêmes « garanties » qu'une ONG internationale sur le plan de leurs capacités institutionnelles et de gestion. Toutefois, elles déplorent le fait qu'il leur sera difficile de renforcer leurs compétences si elles continuent à être exclues de la liste des opérateurs.

Ces revendications interviennent dans le contexte de la réduction du nombre de sous-réceptaires, la place accordée aux ONG locales pouvant donc se réduire encore davantage, or cette implication participe de l'appropriation pays, du transfert de compétences et de la promotion de la société civile locale. La possibilité de promouvoir des partenariats (consortium) entre les ONG internationales et les ONG locales doit donc être étudiée et promue par les instances de coordination nationale.

Les ONG françaises doivent continuer à jouer un rôle important de plaidoyer en faveur de leurs homologues du sud. Dans le même temps, moins de 13% des demandes reçues dans le cadre du Canal 1 (expertise court terme) de l'Initiative 5% émanent de la société civile des pays du Sud³⁰. L'initiative 5% est encore mal connue de ces organisations, ce qui appelle à développer et intensifier les outils et relais de communication et d'information.

Dans les quatre pays visités, les réceptaires principaux publics sont principalement les programmes de lutte contre les trois maladies et/ou les directions des ministères de la Santé concernées par les activités prévues (à l'exception de l'Ouganda où le RP public est le ministère des Finances).

Figure 13 : Répartition entre Réceptaires principaux publics et privés dans les quatre pays visités



Source : Rapports de mission pays – Juin 2013

³⁰ Source : L'initiative 5% sida, paludisme et tuberculose : Bilans et perspectives. Avril 2013

3.3. LE NÉCESSAIRE RENFORCEMENT DES CAPACITES DE GESTION ET DE SUPERVISION DES INSTANCES DE COORDINATION NATIONALE POUR LES RENDRE PLUS OPÉRATIONNELLES ET REACTIVES

L'Instance de coordination nationale constitue la pièce centrale de l'engagement du Fonds mondial en faveur de l'appropriation à l'échelle locale et de la prise de décision participative. Cette instance partenariale composée de multiples parties prenantes élabore et soumet les propositions de subventions au Fonds mondial en se fondant sur les besoins prioritaires au niveau national. Une fois la subvention approuvée, l'ICN supervise et évalue la bonne marche des programmes subventionnés. Le modèle est considéré comme l'une des contributions positives majeures du Fonds mondial permettant de favoriser un nombre important de partenariats avec les gouvernements, les ONG, les organisations confessionnelles, le secteur privé, les associations de patients.

Cependant, dans un grand nombre de pays, il a parfois été accordé davantage d'attention à la création de « l'entité ICN » (selon les règles définies pour sa composition et la représentativité des parties prenantes) qu'à un réel accompagnement de « la fonction ICN » en termes de responsabilités, préparation, soumission, et supervision des programmes au niveau national³¹.

Cette situation est également vérifiée dans trois des quatre pays visités où le fonctionnement des Instances de coordination nationale pose des problèmes.

En RDC, le contrôle des pandémies fait face à des contraintes sévères. Il se heurte à une insuffisance de la demande : les populations ne fréquentent que de manière marginale ou discontinu les services de santé. Ceci est en particulier vrai pour les populations à risque et les groupes vulnérables souvent moteurs des épidémies. On constate une insuffisance de l'offre liée au déficit structurel du système et à l'absence de moyens pérennes face à des maladies exigeant une réponse de longue haleine. Les prises en charge se heurtent, par exemple, aux discontinuités des financements ou aux ruptures de stock de médicaments et de moyens de diagnostic. De plus, le Fonds mondial ne couvre qu'environ 50% du pays, et même certaines structures de santé, théoriquement couvertes, ne sont pas appuyées. On déplore aussi une insuffisance du suivi liée aux problèmes de recueil et d'exploitation des données, tant programmatiques que financières. Un travail d'amélioration du système national d'information sanitaire avec un focus provincial est mis en place, mais les données quand elles existent, sont souvent issues de sources peu concordantes. Ce contexte illustre les limites des approches verticales des problèmes de santé

L'ICN est présidée par le ministre de la Santé publique, qui délègue régulièrement ses fonctions au secrétaire exécutif. Cette présidence ne manque pas de poser des problèmes politiques, de fonctionnement et de duplication. Forte d'environ 50 membres, l'ICN tient davantage du forum de discussion que du conseil d'administration. Elle est dotée de capacités de gestion limitées. En témoignent des difficultés de planification récurrentes ; difficultés que les évaluateurs ont pu directement appréhender. L'absence de représentation de l'ICN aux niveaux provinciaux constitue un autre handicap significatif dans un pays aussi étendu et décentralisé alors même que des comités de pilotage provincial de santé fonctionnent. Les opérateurs issus des structures étatsuniennes y sont dominants, les acteurs francophones rares.

Source : Rapport de mission pays – Mai 2013

³¹ Source : The Five-Year Evaluation of the Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria. Synthesis of Study Areas, 2 and 3 – March 2009

En Ouganda, jusqu'à très récemment, les réunions de l'ICN, intégrée dans une structure gouvernementale, étaient dominées par les autorités publiques. Le président, en même temps secrétaire général du ministère de la Santé, était exposé à des risques de conflits d'intérêt. L'ICN comprenait entre 40 et 80 membres, la participation et la contribution de la société civile étaient peu audibles. Une réflexion entamée en 2010 a débouché sur sa restructuration et la création d'un secrétariat indépendant de 4 personnes, hébergé au sein de la commission Sida. L'ICN compte aujourd'hui 17 membres et 17 suppléants ; 8 viennent de la société civile, 6 du gouvernement, 2 représentent les donateurs et un représente l'aide multilatérale, ce qui résulte en des capacités d'influence accrues des acteurs non-gouvernementaux. Pour la première fois, les représentants de la société civile ont été sélectionnés par le biais d'élections.

Ainsi l'ICN est désormais séparée des structures de planification du ministère et elle n'est plus dans une position de quasi-tutelle par rapport au ministère de la Santé. En outre, le fait que son président soit également président de la commission nationale Sida, diminue le risque de conflits d'intérêt avec le ministère de la santé. La réduction de la taille de l'ICN a contribué à augmenter son efficacité et à assurer une participation plus active de ses membres. La création d'un secrétariat compétent et indépendant du ministère constitue une étape très positive et perçue comme telle.

Depuis 2003, la société PricewaterhouseCoopers (PwC) joue le rôle de ALF. Elle veille à la bonne utilisation des moyens, informe les équipes du Fonds mondial, contrôle les capacités des bénéficiaires, les stratégies mises en œuvre, aide à la gestion quotidienne et vérifie les procédures. Le ALF est en communication régulière avec les différents bénéficiaires, le ministère de la Santé et surtout le bureau du « point focal de coordination ». Aujourd'hui le système de gestion du risque et les procédures liées aux risques pays ont été formalisés. En conséquence, le rôle de la société PWC a évolué. Si le personnel reste très conscient de son lien et de ses responsabilités par rapport au siège, il dispose d'une plus grande latitude.

Source : Rapport de mission pays – Mai 2013

Au Bénin, l'ICN compte 48 membres et est présidée par la ministre de la Santé. Deux programmes du ministère de la Santé sont bénéficiaires principaux (PNLS et PNLT). Cette situation crée des difficultés de fonctionnement et un risque potentiel de conflits d'intérêt. Les capacités de gestion et de supervision de l'ICN sont limitées, ses modalités de fonctionnement interne insuffisamment précises, les attributions des membres de son bureau exécutif peu claires. La recherche de davantage de transparence à travers des réunions mieux préparées et anticipées constitue un autre enjeu important pour améliorer le fonctionnement actuel de cette instance.

Afin de la rendre plus opérationnelle, il est envisagé de réduire le nombre de membres de l'ICN à une vingtaine dans le futur.

La Société civile est représentée, mais son intervention n'est pas suffisamment coordonnée et construite (elle ne prend pas toute la place qu'elle pourrait occuper). Cette situation peut en partie s'expliquer par une insuffisante maîtrise des processus et modalités de fonctionnement et de gestion des subventions, mais également par une absence de coordination entre les représentants de la société civile leur permettant d'avoir un « poids » plus marqué dans les décisions prises au sein de ce comité.

Face aux difficultés rencontrées, une mission du Grant Management Support (GMS) a été initiée au printemps 2013 afin d'établir un diagnostic du fonctionnement de l'ICN (incluant les risques potentiels de conflits d'intérêt). Les conclusions de cette mission sont attendues pour la fin de l'année et incluront des recommandations concernant les statuts de l'ICN, son règlement intérieur et un manuel de procédures.

Selon le Consultant, il est important de partager les outils développés dans le cadre de cette mission et les recommandations formulées, avec les ICN des autres pays d'Afrique subsaharienne rencontrant des difficultés similaires.

Dans l'attente des résultats de cette étude, l'ICN a récemment mis en place :

- un comité de suivi stratégique composé de 15 membres. L'USAID est le seul partenaire bilatéral à être membre de ce comité, alors qu'il s'agit d'une position stratégique pour avoir accès aux informations détaillées sur le pilotage des subventions et des activités (i), pour influencer sur le développement des outils et mécanismes permettant d'améliorer les dysfonctionnements constatés (ii), pour contribuer à l'identification des besoins en formation des membres de l'ICN et promouvoir l'expertise bilatérale susceptible d'apporter les appuis nécessaires (iii),

- une commission de gestion des risques de conflits d'intérêt.

Source : Rapport de mission pays – Juin 2013

Au Burkina Faso, plus de dix ans après sa création, l'ICN ne fonctionne pas de manière structurée, et ne dispose pas d'un secrétariat véritablement opérationnel ; ses méthodes de travail ne permettent pas un suivi efficace. Son comité de suivi stratégique installé il y a un an avec trois sous-comités est encore dans les limbes. Et ce, en dépit d'une profonde restructuration entreprise il y a deux ans. De fait, le Burkina Faso est privé d'un réel outil de pilotage et d'appui technique.

Source : Rapport de mission pays – Mai 2013

Une autre tendance globalement constatée dans les pays CICID et d'Afrique subsaharienne francophone concerne l'absence de représentation des médecins et personnels soignants au sein de ces instances. L'expertise de ces praticiens, mais également leurs connaissances du terrain, des besoins et comportements de la population n'est donc pas prise en compte dans les choix et arbitrages opérés. Selon le consultant, cette situation est regrettable. Cette absence prive les ICN d'un éclairage primordial pour le choix des activités les plus appropriées et la détermination des approches à privilégier pour toucher les populations cibles. Un plaidoyer doit être conduit pour une plus grande représentation des personnels soignants au sein des ICN. Les représentants français au sein de ces instances doivent être les porte-parole de ce message.

La consolidation des ICN et l'adoption de règles claires et transparentes de fonctionnement constituent un pré-requis à la mise en place (dans de bonnes conditions de concertation) du nouveau modèle de financement, de même que le renforcement de leurs capacités de gestion (en particulier de leurs secrétariats permanents).

Ces instances conserveront en effet la responsabilité première en ce qui concerne la présentation des nouvelles demandes de financement et la supervision des subventions. Elles devront aligner le calendrier de leurs demandes de financement sur les cycles nationaux. Elles seront également chargées de veiller à la répartition équitable des crédits entre les programmes de lutte contre les trois maladies et les investissements afférents au renforcement des systèmes de santé et communautaires. Le rôle de l'ICN sera également amené à évoluer dans le contexte du dialogue itératif établi entre le Secrétariat du Fonds mondial et les pays, avec des attributions plus importantes dans la coordination des débats et des procédures avec les principales parties prenantes.

Dans le même temps, le soutien au fonctionnement des ICN n'a représenté, en 2012, que 1,5% des dépenses de fonctionnement du Fonds mondial, soit un total de 4,480 millions d'US dollars (dont environ 1,2 millions d'US dollars dans les pays CICID et d'Afrique subsaharienne francophone)³². Ce soutien financier doit être augmenté pour permettre aux ICN de fonctionner dans de meilleures conditions.

³² Source : Rapport annuel du Fonds mondial – 2012 et CCM-2012 Funding Disbursements – Fonds mondial

Les ICN doivent être organisées comme de véritables conseils d'administration, alors que dans leurs configurations actuelles, elles fonctionnent davantage comme des assemblées générales. Une réduction du nombre de membres siégeant dans ces instances est envisagée, afin de leur permettre d'être plus opérationnelles et réactives. Cette tendance est déjà constatée dans plusieurs pays CICID et d'Afrique subsaharienne francophone.

La France est aujourd'hui présente dans les ICN de 13 pays CICID sur 16 : Bénin, Burundi, Comores, Djibouti, Gabon, Madagascar, Mali, Mauritanie, Niger, République Centrafricaine, RDC, Sénégal et Togo. Elle est également présente dans 10 autres pays africains : Cameroun, Cap Vert, Côte d'Ivoire, Guinée-Bissau, Kenya, Congo, Sao Tomé e Príncipe, Sierra Leone, Soudan, Zimbabwe.

La diminution de la taille des ICN obligera à revoir à la baisse le nombre de membres représentant chaque groupe constitutif, y compris les représentants des partenaires techniques et financiers. La désignation de ces représentants est le résultat d'un processus de vote et suppose la définition de modalités et d'un cadre de concertation entre les parties prenantes d'un même groupe constitutif.

Il est important pour la France, d'anticiper ces modifications et de formuler des recommandations à ses postes diplomatiques afin de mettre en œuvre la stratégie requise pour être présente au sein des ICN des pays CICID et d'Afrique subsaharienne francophone (siège obtenu à l'issue d'une procédure de vote). Le positionnement de la France doit être différencié en fonction des pays et de ses zones d'influence.

3.4. LES DÉLAIS DE DÉCAISSEMENT ET D'OBTENTION DES AVIS DE NON OBJECTION RESTENT TROP LONGS DANS LA PLUPART DES PAYS PRIORITAIRES DE L'AIDE FRANÇAISE

Dans les quatre pays visités, les RP rapportent des délais de quatre à six mois pour le décaissement de leurs subventions (voire davantage en cas de difficultés).

Ces délais s'expliquent par la succession des étapes et intervenants dans le processus de validation du rapport d'activité pour les six mois antérieurs, les délais requis pour procéder aux vérifications financières et techniques et enfin, les temps nécessaires pour approuver les cadres d'action pour les six mois suivants. Pour partie, ce contexte s'explique également par les difficultés rencontrées par certains RP à remplir les conditionnalités notamment d'ordre structurel requises pour le décaissement des différentes tranches de subvention³³. Le nouveau modèle de financement devrait permettre d'éviter au maximum le nombre de subventions assujetties à ce type de conditionnalités (Cf. § 4 ci-après).

Dans le même temps, le Fonds mondial n'accepte pas que les opérateurs préfinancent des activités (sauf cas exceptionnels dans les moments de reprogrammation des subventions), alors que les avances tampons de trésorerie versées aux opérateurs ne dépassent pas trois mois (pour les échéances de décaissement semestriels).

Ce contexte engendre des difficultés et met les opérateurs devant des contradictions :

- le système de notation utilisé par le Fonds mondial est basé sur un cadre de performance programmatique et financière. Il est cependant difficile pour les opérateurs d'atteindre les niveaux d'objectifs fixés alors que les financements ne sont pas disponibles ;

³³ Le consultant définit les conditionnalités d'ordre structurel comme celles qui ne sont pas directement liées aux activités de routine des projets (définition du plan GAS, définition détaillée des plans de formation, etc.), mais qui concernent plutôt la structure de gouvernance et de pilotage des subventions au niveau des pays bénéficiaires.

- ces délais de décaissement conduisent parfois les opérateurs à maintenir uniquement leurs frais de structure (loyers et dépenses récurrentes des bureaux et du personnel) alors que l'essentiel des activités est suspendu, ce qui apparaît comme une contradiction par rapport à l'objectif recherché de coût-bénéfice, l'objectif du Fonds mondial étant d'abord de financer des activités sur le terrain ;
- cette situation a une conséquence sur le déploiement des activités et un impact sur la cohérence et la continuité des actions financées : pour rattraper les retards enregistrés, une fois les décaissements accordés, certains opérateurs déploient leurs activités sur des périodes de temps par trop restreintes (notamment formations, interventions dans la communauté) portant atteinte à la qualité des prestations réalisées et à la « réceptivité » par les bénéficiaires.

Un risque existe que, face à des conditionnalités que les RP n'arrivent pas à remplir, des composantes stratégiques des subventions soient suspendues, portant atteinte à la cohérence du projet tel qu'il avait été conçu.

Conscient de ces difficultés, le Fonds mondial a basculé, depuis le début de l'année 2013, une majorité de ses subventions sur un cycle de décaissement annuel. Le Fonds est également prêt à autoriser des avances tampons de six mois à la demande des RP. A titre d'exemple, au Bénin, le PNLT présente de bons résultats et constitue un modèle pour la région. Il a obtenu des échéances de décaissement annuelles, ce qui lui apporte une plus grande flexibilité dans ses modalités de fonctionnement et une plus grande sérénité dans la gestion de sa subvention et les relations avec le Fonds mondial.

Les seules subventions qui restent sur un cycle semi-annuel sont celles pour lesquelles des risques importants ont été identifiés. Beaucoup de ces subventions concernent les pays CICODE et d'Afrique subsaharienne francophone. Ce constat appelle un appui aux RP concernés pour leur permettre de bénéficier à leur tour des avantages que présente un cycle de décaissement annuel.

Les délais d'obtention des avis de non objection sont également ressortis des discussions comme un autre aspect difficile à gérer par les RP et SR. Le Fonds mondial applique ces procédures à titre exceptionnel et pour répondre à un risque identifié. Un nombre important de pays CICODE et d'Afrique subsaharienne francophone sont cependant concernés par de telles mesures (pays à risques élevés).

Cet aspect revêt une acuité particulière quand il s'agit des dossiers d'appels d'offres pour l'achat de médicaments et d'autres produits de santé. Les délais pour l'obtention des avis de non objection peuvent s'étaler sur une période de six mois, retardant de ce fait l'opérationnalité des projets. Ce contexte s'explique par une conjonction de facteurs et un dialogue parfois long et délicat avec les bénéficiaires : le Fonds mondial cherchant à s'assurer que les appels d'offres seront organisés selon les règles de concurrence et transparence requises, les bénéficiaires rencontrant parfois des difficultés à intégrer les demandes du Fonds dans leurs cahiers des charges alors que leurs spécifications techniques sont basées sur les choix et protocoles de traitement nationaux. Le dialogue est parfois suspendu pendant plusieurs semaines. Le raccourcissement de ces délais doit constituer une priorité.

3.5. LA GESTION DES APPROVISIONNEMENTS ET DES STOCKS : UN GOULOT D'ETRANGLEMENT IMPORTANT DANS LA MISE EN OEUVRE DES PROJETS

L'achat des produits de santé représente 39% de l'ensemble des financements du Fonds mondial. Le Secrétariat a mis en place un système de reportage et d'analyse de la qualité des interventions et des produits depuis 2010, avec comme objectif d'examiner de manière plus rigoureuse les prévisions tout au long de la vie du projet.

Pour beaucoup de RP, l'élaboration du Plan de gestion et d'approvisionnement en médicaments et autres produits de santé (Plan GAS), incluant une prévision des consommations à deux ou trois ans, a constitué ou continue de représenter une difficulté majeure. C'est particulièrement le cas pour les composantes VIH-sida des subventions.

Il convient également de noter que 20% des missions d'expertise mobilisées sur le canal 1 (missions d'expertise court terme) de l'Initiative 5% ont porté sur ce thème. Elles ont permis de renforcer les différentes étapes du « cycle GAS » des projets, de la quantification des besoins en produits de santé, jusqu'à la mise en place de dispositifs d'assurance qualité³⁴.

L'exemple des principales difficultés rencontrées par le PNLS au Bénin permet d'illustrer ce propos et peut, selon le consultant, être élargi à des programmes similaires dans d'autres pays de la région :

- insuffisante maîtrise de la file active réelle ;
- difficile planification/quantification des besoins par rapport aux lignes thérapeutiques utilisées et aux besoins des patients (première intention, deuxième intention), la même remarque s'applique à la quantification des besoins pour les ARV pédiatriques ;
- les procédures d'achat, gestion des stocks et distribution des médicaments et réactifs posent des problèmes, de même que les aspects de gestion financière ;
- la qualité des données disponibles sur les plans quantitatif et qualitatif servant de base à l'évaluation des besoins et des résultats, est insuffisante ;
- la coordination entre les tâches relevant du PNLS et celles relevant de la centrale d'achat des médicaments essentiels n'est pas toujours bien assurée.

Un autre dysfonctionnement constaté au Bénin concerne les ruptures de stocks en ARV et réactifs pour le dépistage, bien qu'il soit difficile de mesurer de manière précise l'ampleur de ces ruptures (témoignages contradictoires). Cette situation crée des problèmes d'observance au traitement, de possibles résistances à la ligne thérapeutique adoptée et d'éthique vis-à-vis des personnes vivant avec le VIH-sida. Il est en effet difficile de justifier que les financements soient disponibles mais que les commandes et distribution de médicaments ne suivent pas. Il ressort également des discussions avec les différents interlocuteurs rencontrés au Bénin que les traitements sont régulièrement ajustés par rapport aux molécules disponibles conduisant :

- à adapter les ARV adultes à des posologies pédiatriques ;
- à modifier les lignes thérapeutiques de traitement des patients en fonction des molécules disponibles dans les centres et non pour cause d'échec au traitement. Ces adaptations peuvent créer des résistances, amoindrir les options et alternatives de traitement en cas d'échec et posent la question de la soutenabilité financière future des traitements (le coût des traitements de 3^{ème} intention demeure très élevé) ;
- à restreindre les services aux patients dans les centres de distribution avant même que les ruptures de stocks ne soient rapportées³⁵.

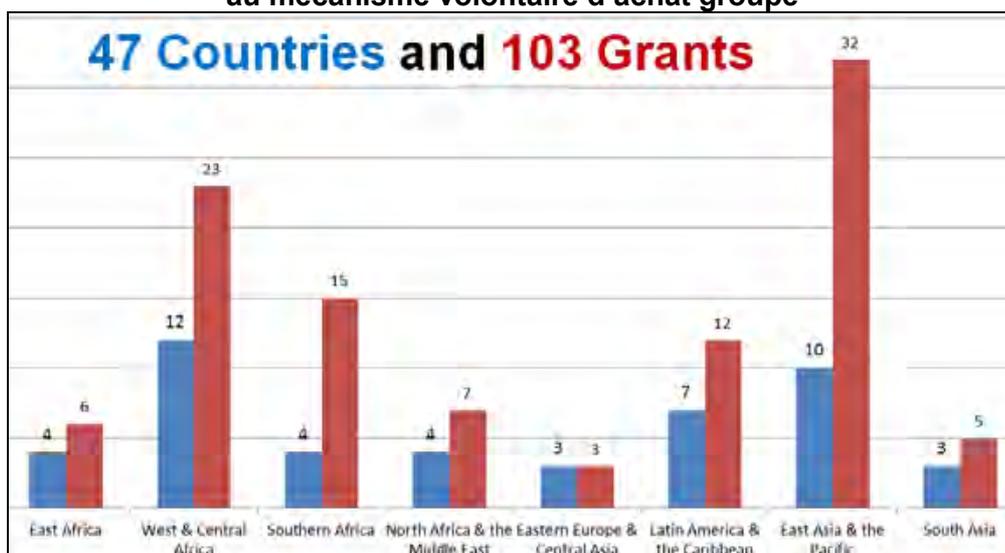
Un mécanisme volontaire d'achat groupé (MVAG) a été mis en place, pour une période transitoire, dans 12 pays d'Afrique de l'Ouest et Centrale (couvrant 23 subventions) parmi lesquels figurent : le Cameroun, le Cap Vert, le Congo, la Côte d'Ivoire, la Gambie, la Guinée Bissau, le Libéria, le Nigéria, le Togo, le Niger et le Burkina-Faso³⁶. En Afrique de l'Est, l'Ouganda, le Burundi et les Comores sont également concernés. Des discussions quant à une possible application de ce modèle sont également en cours dans d'autres pays (au Bénin notamment). Il convient en outre de préciser que contrairement à l'appellation donnée à ce dispositif, l'adhésion au MVAG a été davantage imposée aux pays concernés, qu'effectuée sur une base du volontariat.

³⁴ Source : L'initiative 5% sida, paludisme et tuberculose : Bilans et perspectives. Avril 2013

³⁵ Source : Etude diagnostique des subventions du Fonds mondial accordées à la République du Bénin – Bureau de l'Inspecteur Général – Fonds mondial – Octobre 2012

³⁶ Source : Procurement support services - Progress Report : Juin 2009 – décembre 2010 – Supporting grant implementation & influencing market dynamics for HIV/AIDS and malaria products

Figure 14 : Nombre de pays et subventions participant au mécanisme volontaire d'achat groupé



Source : Fonds mondial – VPP Key Results (2009-2011) – Mars 2012

Fin 2011, 47 pays et 103 subventions étaient impliqués dans ce dispositif pour un volume de commande de 700 millions d'US dollars, représentant 9% du total des volumes financiers décaissés par le Fonds mondial et 23% du total des achats de produits de santé enregistrés au cours de la période 2009-2011.

D'après le rapport d'évaluation réalisé par le Fonds mondial, en mars 2012, le MVAG a eu un impact sur la dynamique de marché avec des prix d'achat des ARV aussi compétitifs (voire inférieurs), à ceux reportés par Médecins Sans Frontières et la Clinton Health Access Initiative. Selon cette évaluation, le MVAG a permis en 2010 et 2011, une économie cumulée de 57,7 millions d'US dollars, représentant 16% du total des volumes financiers initialement prévus dans les plans GAS.

Le mécanisme volontaire d'achat groupé représente une option intéressante pour les petits pays dont les volumes de commandes ne leur permettent pas d'obtenir des tarifs compétitifs. Ce mécanisme permet également d'apporter une réponse aux situations de crise. En Ouganda, les procédures et délais d'achat et d'approvisionnement en médicaments et autres produits de santé ont connu des améliorations considérables depuis la mise en place du MVAG.

En revanche, ce dispositif ne permet de résoudre qu'une partie des difficultés rencontrées (la procédure de passation des marchés et le paiement direct des fournisseurs par le Fonds mondial). Il n'apporte pas de solution aux problèmes liés à la quantification des besoins par rapport à une file active correctement maîtrisée, à la réduction des délais d'approvisionnement (près de 9 mois entre la commande et la livraison en Afrique subsaharienne), à la gestion des stocks. Or ces aspects sont au cœur des principales difficultés rencontrées par les RP.

L'utilisation de ce mécanisme apparaît également en contradiction avec l'objectif d'appropriation par les pays et de renforcement des systèmes de santé et des capacités institutionnelles (puisque ces derniers ne maîtrisent plus leurs processus d'achat et de passation des marchés).

Ce dispositif offre en revanche une plus grande sécurité au Fonds mondial concernant les risques financiers. Il permet également de mettre fin à la lourdeur et à la lenteur des procédures de non objection telles que décrites ci-dessus.

En conclusion, il n'est pas possible d'avoir un positionnement unique et tranché concernant ce mécanisme d'achat groupé. Son bien-fondé est très variable en fonction de la situation des pays.

3.7. DES DIFFICULTES EXISTENT DANS LA MISE EN OEUVRE DES COMPOSANTES LIEES AU RENFORCEMENT DES SYSTEMES DE SANTE

Les enseignements tirés des précédentes séries de subventions montrent que bien souvent cette composante des subventions a rencontré des difficultés de mise en œuvre telles que³⁷ :

- un écueil, tant au niveau du Secrétariat du Fonds mondial, qu'à celui des pays bénéficiaires eux-mêmes, pour réellement appréhender, quantifier (y compris sur le plan financier) et mesurer les résultats des activités réalisées (insuffisante traçabilité financière et opérationnelle) ;
- il a été confié à des RP (par exemple des ONG) des responsabilités ayant trait au renforcement des systèmes de santé pour lesquelles, d'une part, ils n'étaient pas préparés, et d'autre part, ils ne disposaient pas du soutien politique nécessaire et de la légitimité technique requise. Cette situation a parfois créé des tensions et conflits entre les acteurs publics normalement en charge de ces aspects et l'opérateur désigné par l'ICN ;
- la définition des périmètres et de la portée de ces interventions a souvent manqué d'une réflexion globale et systémique visant une plus grande cohérence et intégration dans les systèmes de santé des pays que l'on cherche à renforcer ;
- enfin, la plupart des actions financées sur cette thématique dans les pays CICID et d'Afrique subsaharienne francophone, ont obtenu des scores de notation faibles (B2 ou C) ce qui a un impact direct sur les autorisations de décaissement des programmes considérés. Ces activités enregistrent ainsi des taux de décaissement relativement faibles (49,4%) ;

Le renforcement des systèmes de santé constitue une condition fondamentale pour garantir la performance des actions financées par le Fonds mondial dans les pays bénéficiaires à faibles revenus ou à revenus intermédiaires bas.

Le nouveau modèle de financement insiste davantage que par le passé sur cette composante, et autorise les pays à soumettre des propositions globales de renforcement des systèmes de santé, dès lors que ces actions servent également les programmes de lutte contre les trois maladies. Un champ nouveau, plus large qu'auparavant, est donc ouvert aux pays bénéficiaires dans ce domaine. Il s'agit donc d'un élément clef à améliorer dans la préparation et le déroulement des futures subventions.

3.8. LE SYSTEME DE SUIVI ET D'ÉVALUATION DOIT VISER UNE PLUS GRANDE QUALITÉ DES DONNÉES COLLECTÉES ET ANALYSÉES

Trois niveaux de suivi et d'évaluation sont mis en place par le Fonds mondial.

➤ *Audits et contrôles du déroulement des subventions*

Les Agents locaux du Fonds ont pour rôle d'évaluer la capacité des bénéficiaires principaux, de suivre les résultats et la gestion des risques, enfin de valider à intervalles réguliers des indicateurs, des objectifs et des rapports sur l'état d'avancement des programmes. Plus particulièrement, ils doivent vérifier les flux financiers et les résultats des programmes communiqués par les bénéficiaires principaux, puis formuler des recommandations sur les décaissements périodiques des subventions. Ils doivent aussi examiner les résultats globaux des subventions avant leur reconduction et fournir continuellement au Secrétariat des informations sur les risques susceptibles d'affecter leur efficacité. Leur rôle apparaît dès lors essentiel dans la lutte contre les malversations.

³⁷ Source : Il y a peu de données chiffrées déjà consolidées permettant au consultant de présenter des données précises. La présente analyse est basée sur l'expérience du Consultant dans les quatre pays visités, ainsi que sur les discussions conduites avec les représentants du Secrétariat du Fonds mondial à Genève.

Depuis 2008, les Agents locaux du Fonds ont un rôle plus étendu, qui inclut la supervision et l'évaluation des activités programmatiques mais également les approvisionnements, ce qui a nécessité le recrutement d'équipes multidisciplinaires. Dans les pays où ils remplissent pleinement ces fonctions les ALF ont développé une grande d'expérience locale ce qui constitue une source d'information très utile pour le Fonds.

La Commission de Haut Niveau, réunie en 2011, a souligné que les termes de référence des ALF sont très prescriptifs, très orientés vers des tâches spécifiques, et trop rigides pour leur donner la possibilité d'adopter une approche rigoureuse et systématique destinée à identifier et à empêcher la fraude.

Ces agents ne sont pas habilités à prendre des décisions. Organes indépendants, ils doivent s'abstenir de fournir une assistance technique aux récipiendaires de subventions ou d'assurer un renforcement de leurs capacités, même s'ils informent ces derniers de leurs principales conclusions préalablement à l'envoi de leurs rapports au Secrétariat.

La rémunération des agents locaux du Fonds a représenté un montant de 76,15 millions d'US dollars en 2012 (versus 72,5 en 2011) soit 24,9% du total des dépenses de fonctionnement du Fonds mondial. Neuf sociétés se partagent la totalité des 138 pays dans lesquels intervient le Fonds mondial : Cardno EM, Crown Agents, Deloitte, Finconsult, Grant Thornton, KMPG, PwC, Swiss TPH, UNOPS. Ces sociétés interviennent en faisant appel à des experts locaux dans les pays. Aucune société du sud n'est impliquée dans cette fonction.

Ces différents aspects font que les ALF font actuellement l'objet d'une réflexion au sein du Fonds mondial pour préciser leur rôle, notamment par rapport aux agents fiduciaires apparus ces dernières années.

➤ *Evaluation des résultats*

Des efforts considérables ont été déployés par le Fonds mondial pour introduire davantage d'indicateurs qualitatifs dans le suivi de ses subventions. Cependant, ces indicateurs demeurent insuffisants pour percevoir complètement les résultats et l'impact des activités réalisées. L'un des principaux problèmes demeure la fiabilité des données et la mesure d'impact réel des activités financées.

A titre d'exemple, un certain nombre de RP sont confrontés à des difficultés pour atteindre les objectifs quantitatifs fixés dans leur cadre de performance car les seuils de base ne correspondent pas à la réalité de terrain³⁸. Cette situation peut conduire à ce qu'un RP, dont les seuils de base ont été sous-estimés, obtienne une meilleure notation qu'un RP pour lequel les niveaux de référence ont été surestimés (bien que le Fonds mondial ait introduit des mécanismes pour corriger ces éventuels écarts).

Il convient cependant de souligner que la qualité et la fiabilité des données n'est pas le problème du Fonds mondial seul, implique l'ensemble des partenaires techniques et financiers (PTF).

➤ *Evaluation d'impact*

Jusqu'à une période récente aucune étude n'avait été réellement conduite pour mesurer les résultats et impacts positifs, ou au contraire mitigés, incluant par exemple les niveaux d'efficacité d'une approche, les analyses coût-bénéfice, les effets pervers induits, les résistances éventuellement créées, etc.

³⁸ Les seuils de base sont définis par les pays bénéficiaires sur la base des informations sanitaires disponibles

Conscient de cette faiblesse, le Fonds mondial a décidé de mettre l'accent sur la qualité des données et de se concentrer sur l'amélioration du suivi-évaluation de routine, en particulier dans les pays dits « à fort impact »³⁹ et recevant des investissements élevés.

Certains observateurs, notamment Aidspan, soulignent qu'il serait également important de mettre en place des évaluations qualitatives des allocations budgétaires, des processus de détermination des priorités et de la capacité de gestion dans le domaine de la santé. De trop rares études ont été lancées à ce sujet jusqu'à présent. Cependant, le nouveau directeur exécutif du Fonds mondial semble vouloir remédier rapidement à cette lacune, dans le cadre notamment de la mise en place du nouveau modèle de financement.

De la qualité des données recueillies et analysées dépendent en effet la crédibilité et l'efficacité du modèle de financement du Fonds. A cette fin, le Fonds mondial collabore avec les partenaires techniques (UNITAID, ONUSIDA, Partenariat « Faire reculer le paludisme », partenariat « Halte à la tuberculose », Banque mondiale, etc.) pour identifier les éléments globaux et spécifiques à chaque maladie devant être évalués, afin de favoriser les investissements les plus stratégiques.

En application de la stratégie du Fonds mondial pour la période 2012-2016, le Groupe de référence d'évaluation technique a défini un plan d'évaluation pour la période 2013-2014 ayant pour objectif :

- un examen de 26 à 28 programmes financés par le Fonds mondial dans des pays à fort potentiel permettant d'évaluer (parmi d'autres aspects) l'impact des actions du Fonds mondial ;
- des évaluations et audits de la qualité des données pour respectivement 15 et 8 programmes ;
- des évaluations thématiques afin d'appuyer la réflexion stratégique du Fonds mondial sur les axes de travail à privilégier. La résistance à l'artémisinine fait partie des thématiques transversales d'évaluation.

Vingt cinq pays participeront à cette évaluation, quatorze en Afrique subsaharienne, dont trois seulement en Afrique francophone : le Rwanda, la RDC et la Côte d'Ivoire.

3.9. PEU D'ACTIVITÉS DE RECHERCHE OPÉRATIONNELLE FINANCEES PAR LE FONDS MONDIAL

Selon un rapport de l'OMS, une résistance à l'artémisinine a été signalée, ces dernières années, dans quatre pays de la sous-région du Grand Mékong : le Cambodge, le Myanmar, la Thaïlande et le Vietnam. Si de nombreux facteurs contribuent vraisemblablement à l'apparition et à la propagation d'une résistance, le recours à l'artémisinine utilisée seule par voie orale apparaît comme une cause importante⁴⁰.

L'Afrique subsaharienne et l'Inde – caractérisées par de hauts niveaux de transmission et de nombreuses informations faisant état d'une résistance aux insecticides – suscitent de grandes préoccupations à cet égard. La mise au point d'insecticides nouveaux et différents est devenue prioritaire et plusieurs composés prometteurs sont actuellement testés. La détection d'une résistance aux insecticides devrait donc être une composante essentielle de tous les efforts nationaux de lutte antipaludique, afin de garantir la mise en œuvre des méthodes de lutte anti-vectorielle les plus efficaces. Le choix d'un insecticide pour les pulvérisations à l'intérieur des habitations devrait toujours être une décision prise sur la base des données locales récentes concernant la sensibilité des vecteurs cibles.

Afin de garantir une riposte mondiale rapide et coordonnée face à la menace de résistance aux insecticides, l'OMS a collaboré avec un large éventail de partenaires et élaboré un plan mondial

³⁹ Pays dans lesquels un investissement supplémentaire représente de forts gains pour le recul des pandémies.

⁴⁰ Source : Paludisme – OMS – Aide-mémoire N°94 – Mars 2013

de gestion de la résistance des vecteurs du paludisme aux insecticides (GPIRM), publié en mai 2012. Ce plan définit une stratégie en cinq volets appelant la communauté internationale à :

- planifier et mettre en œuvre des stratégies de gestion de la résistance aux insecticides dans les pays d'endémie palustre ;
- assurer un suivi de la résistance et une surveillance entomologique appropriés et rapides ainsi qu'une gestion efficace des données ;
- mettre au point des outils de lutte anti-vectorielle nouveaux et novateurs ;
- combler les lacunes des connaissances concernant les mécanismes de la résistance aux insecticides et l'impact des méthodes de gestion actuelles ;
- vérifier que des mécanismes efficaces (sensibilisation et ressources financières) soient mis en place.

Les résistances à la tuberculose représentent un autre vrai défi de santé publique. Les traitements font face à des germes de plus en plus résistants qui imposent d'alourdir et de prolonger les traitements (médicaments plus toxiques et plus coûteux). L'OMS estime qu'environ 3,7% des nouveaux cas de tuberculose dans le monde sont dus à des souches multi-résistantes. Les personnes vivant avec le VIH ont 37 fois plus de risques de développer une tuberculose que les populations non infectées.

Le programme Halte à la Tuberculose résume la situation de la manière suivante « *de vieilles armes contre un adversaire toujours vigoureux* ».

Les traitements et moyens de diagnostic n'ont en effet pas évolué depuis des décennies. Des formes de tuberculoses multi-résistantes, voire ultra-résistantes dans certaines zones, apparaissent quand les médicaments ne sont pas utilisés convenablement. Cette forme de tuberculose peut se propager de personne à personne.

L'OMS recommande de mener des recherches opérationnelles centrées sur les programmes, ainsi que le développement de nouvelles technologies de diagnostic, de nouveaux médicaments et vaccins.

Les RP ont la possibilité d'inclure de la recherche opérationnelle et programmatique dans les subventions du Fonds mondial à hauteur de 5% du budget total. Cette possibilité n'est toutefois pas utilisée à son potentiel par les pays.

Seules les approches validées par l'OMS peuvent faire l'objet d'un financement par le Fonds mondial, le contenu et le périmètre des programmes de recherche proposés doivent donc tenir compte de cet impératif.

Par ailleurs, l'expertise médicale n'est pas suffisamment présente dans le processus de gestion des subventions au Secrétariat du Fonds mondial à Genève, afin d'orienter, conseiller et guider les conditions de mise en œuvre et de suivi de certaines activités, de contribuer à éviter certains risques et effets pervers induits par les projets et enfin à améliorer le processus d'évaluation des résultats et impact.

3.10. RECOMMANDATIONS

RECOMMANDATION N°1 PONDÉRATION ÉQUITABLE ENTRE LES DIFFÉRENTES CATEGORIES DE RISQUES

Message porté par le France au sein des instances du Fonds mondial :

Une pondération équitable entre les différentes catégories de risques (financiers, opérationnels et techniques, capacités d'absorption et de décaissement) doit être recherchée dans les procédures de gestion et de suivi des subventions.

RECOMMANDATION N°2 RENFORCEMENT DES REGLES DE FONCTIONNEMENT ET DES CAPACITES DE GESTION DES INSTANCES DE COORDINATION NATIONALE

La France mettra en œuvre sa capacité d'influence, aussi bien auprès des instances du Fonds mondial, qu'au niveau des pays eux-mêmes (à travers notamment sa représentation au sein des ICN) pour inciter et conduire ces instances à se renforcer et à se restructurer, en amont du processus de mise en œuvre du nouveau modèle de financement. Les principes de cette restructuration sont les suivants :

- resserrement du nombre de leurs membres afin que ces instances fonctionnent comme de véritables conseils d'administration ;
- recherche d'une plus grande représentativité des personnels soignants ;
- renforcement des capacités de gestion et de supervision, et en particulier de leurs secrétariats permanents.

Afin de permettre à ces ICN de fonctionner dans des conditions optimales, une augmentation des budgets alloués par le Fonds mondial au fonctionnement des ICN doit être promue par la France.

RECOMMANDATION N°3 LA FRANCE DANS LES INSTANCES DE COORDINATION NATIONALE DES PAYS PRIORITAIRES DE SON AIDE PUBLIQUE AU DEVELOPPEMENT

La France doit tout mettre en œuvre pour siéger au sein des instances de coordination nationale des pays prioritaires de son aide publique au développement. Dans le contexte probable de la réduction de la taille de ces ICN, il est important pour la France d'anticiper ces modifications et de formuler des recommandations à ses postes diplomatiques afin de mettre en œuvre la stratégie requise pour qu'un représentant français siège au sein de ces instances, et soit donc élu. Il est également fortement recommandé que ces représentants français soient membres des comités de suivi stratégique mis en place par ces instances.

RECOMMANDATION N°4 THEMATIQUES D'APPUI A PRIVILEGIER PAR LES OPERATEURS BILATERAUX FRANÇAIS DANS LES PAYS PRIORITAIRES DE L'AIDE FRANCAISE

Les opérateurs français, qui disposent d'une compétence reconnue dans le domaine de la santé doivent prioritairement apporter un appui aux pays prioritaires de l'aide française sur les thématiques suivantes :

- gouvernance et besoins en appui technique des ICN ;
- gestion des approvisionnements et des stocks ;
- préparation, pilotage et suivi-évaluation des subventions (visant notamment à permettre à un maximum de RP de basculer sur des échéances de décaissement annuels) ;

- appui aux ONG locales et à la société civile pour leur permettre d'être davantage présentes dans les activités financées par le Fonds mondial ;
- appui au développement des composantes des subventions portant sur les populations à risques, marginalisées et stigmatisées, vulnérables.
- renforcement des systèmes de santé (à travers notamment l'AFD et ESTHER qui interviennent déjà dans ce type d'action) : accompagnement des pays dans la préparation de cette composante des subventions et dans sa mise en œuvre.

**RECOMMANDATION N°5
DEVELOPPEMENT DE LA RECHERCHE OPERATIONNELLE ET PROGRAMMATIQUE**

Message porté par le France au sein des instances du Fonds mondial :

Inciter les pays bénéficiaires à utiliser davantage l'enveloppe disponible pour les activités de recherche : par exemple en inscrivant une section spécifique « recherche opérationnelle et programmatique » dans le modèle de note conceptuelle qui sera utilisé pour le nouveau modèle de financement.

La France doit encourager ses institutions de recherche à :

- appuyer les pays prioritaires de l'aide française et les RP à introduire davantage de recherche opérationnelle et programmatique dans le portefeuille des subventions financées par le Fonds mondial ;
- développer le dialogue et la concertation avec l'OMS, GAVI et UNITAID concernant les aspects liés à l'approbation des nouveaux protocoles de traitement.

4. ANALYSE DES OPPORTUNITÉS ET RISQUES LIÉS À LA MISE EN ŒUVRE DU NOUVEAU MODÈLE DE FINANCEMENT DANS LES PAYS PRIORITAIRES DE L'AIDE FRANÇAISE

Le nouveau modèle de financement, approuvé par le conseil d'administration du Fonds mondial à la fin de l'année 2011, entraîne une modification majeure dans la manière dont les maîtres d'œuvre auront accès aux financements, transformant une demande de financement en une subvention prête à être mise en œuvre.

Il convient de rappeler que ce nouveau modèle de financement se trouve encore dans une phase d'expérimentation, l'année 2012 et les premiers mois de 2013 ayant été consacrés au développement du modèle. Des ajustements, dès lors, pourront être apportés au mode opératoire de ce dispositif tel qu'il est décrit ci-après.

Six pays et trois programmes régionaux ont été invités à participer à l'intégralité du processus en tant que candidats de la première phase : le Zimbabwe, El Salvador, le Myanmar, la RDC, le Kazakhstan et les Philippines. Les accords de subvention avec ces pays devraient être signés à l'automne 2013. La mise en œuvre intégrale du nouveau modèle de financement débutera fin 2013, dès lors que le montant du financement disponible pour la période 2014-2016 sera connu.

4.1. UNE PROCÉDURE SIMPLIFIÉE ; UN CALENDRIER PLUS SOUPLE ; DEUX CANAUX POSSIBLES DE FINANCEMENT

Le nouveau modèle prévoit que les pays aient accès à deux sources de financement. La première, la plus importante et prévisible, est le financement indicatif par pays, fondé sur la charge de morbidité et les capacités des pays bénéficiaires à assurer le « financement de contrepartie » dorénavant exigé par le Fonds mondial pour renforcer la viabilité des programmes à long terme⁴¹. Chaque pays sera informé de la fourchette indicative de financement à laquelle il appartient, ce qui lui permettra de démarrer le processus de consultation des partenaires et de préparation de sa demande.

La deuxième source, axée sur la concurrence, est un financement d'encouragement qui vise à récompenser les projets à fort impact qui ont de bons résultats. Cette enveloppe incitative est définie globalement pour un groupe de pays appartenant à une même région géographique.

La priorité sera donnée aux pays dont la charge de morbidité est la plus élevée et disposant de ressources financières limitées, tout en conservant la diversité internationale du portefeuille.

A travers ces deux canaux de financement, le nouveau modèle a pour objectif de permettre une plus grande souplesse dans la présentation des demandes de financement et une plus grande visibilité des fonds disponibles pour chaque pays.

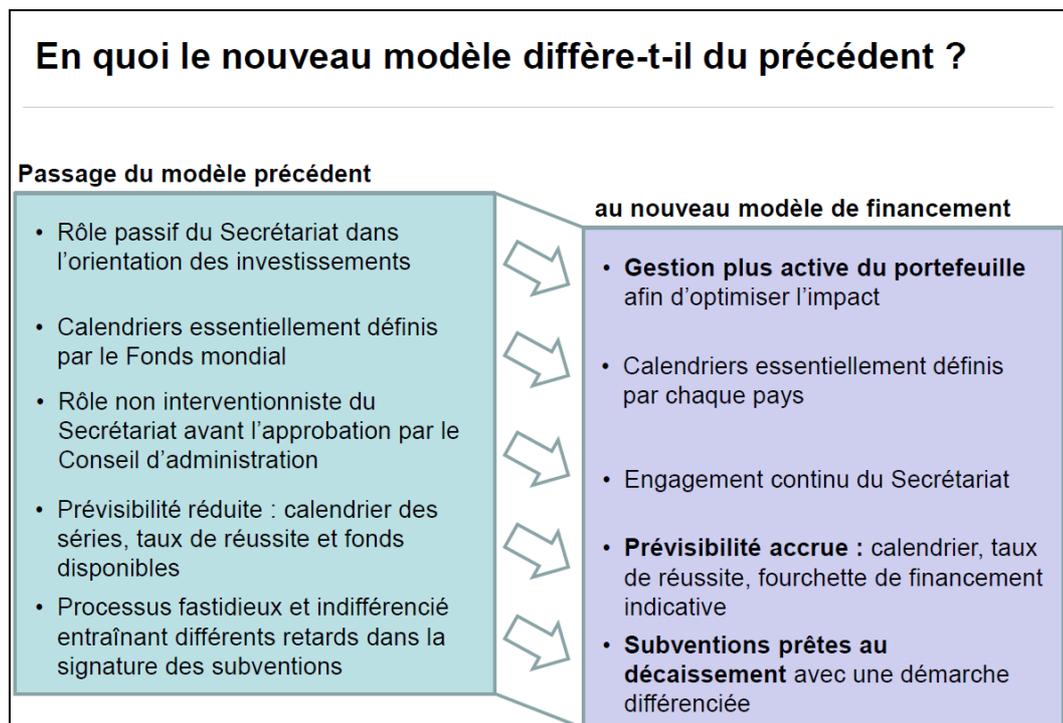
Il transforme également profondément la manière dont le Fonds mondial s'engage auprès des partenaires et des maîtres d'œuvre. Le dialogue avec les pays est renforcé (dialogue itératif). Contrairement au système précédent, il prévoit des retours d'information et des orientations réalisées au plus tôt de manière à définir les principaux vecteurs de l'épidémie et les interventions adaptées.

La figure ci-après présente les principaux points de distinction entre le modèle actuel et le nouveau modèle de financement :

⁴¹ Les seuils minimaux de financement de contrepartie dépendent de la catégorie de revenu du pays :

- Pays à faible revenu : 5 pour cent
- Pays à revenu intermédiaire de la tranche inférieure - bas de la tranche : 20 pour cent
- Pays à revenu intermédiaire de la tranche inférieure - haut de la tranche : 40 pour cent
- Pays à revenu intermédiaire de la tranche supérieure : 60 pour cent
-

Figure 15 : Eléments de comparaison entre l'actuel et le futur modèle de financement



Source : Fonds mondial – Février 2013

Ce nouveau modèle de financement se caractérise par :

- **un calendrier plus souple** : un pays admissible peut présenter une demande à tout moment au cours des trois ans de la période d'allocation. Cette possibilité lui permettra d'aligner les fonds alloués sur son cycle budgétaire national et ses besoins ;
- **une procédure de candidature simplifiée** : Les pays admissibles sont encouragés à fonder leurs demandes sur leurs stratégies nationales. La présentation de la demande au Fonds mondial se fait grâce à une note conceptuelle simplifiée, élaborée suite à la consultation des divers partenaires impliqués ;

Lorsqu'un pays ne dispose pas de plan stratégique national, que celui-ci n'est pas à jour ou qu'il n'est pas suffisamment robuste ou entièrement chiffré, il est demandé aux candidats d'élaborer une demande qui exprime pleinement leurs besoins en matière d'interventions stratégiques, en les classant par ordre de priorité. Cette demande doit être conçue pour compléter les procédures nationales existantes.

- **Une meilleure prévisibilité des financements pour les pays bénéficiaires et le Fonds mondial** : Au lieu d'un système de séries impliquant une concurrence entre les pays pour l'obtention des financements, ce modèle permet aux candidats de connaître le montant du financement indicatif dont ils pourront bénéficier et de n'entrer en concurrence que pour les mesures d'incitation ;
- **un engagement renforcé** : Le Secrétariat du Fonds mondial s'engage de manière plus proactive dans un dialogue continu avec le pays.

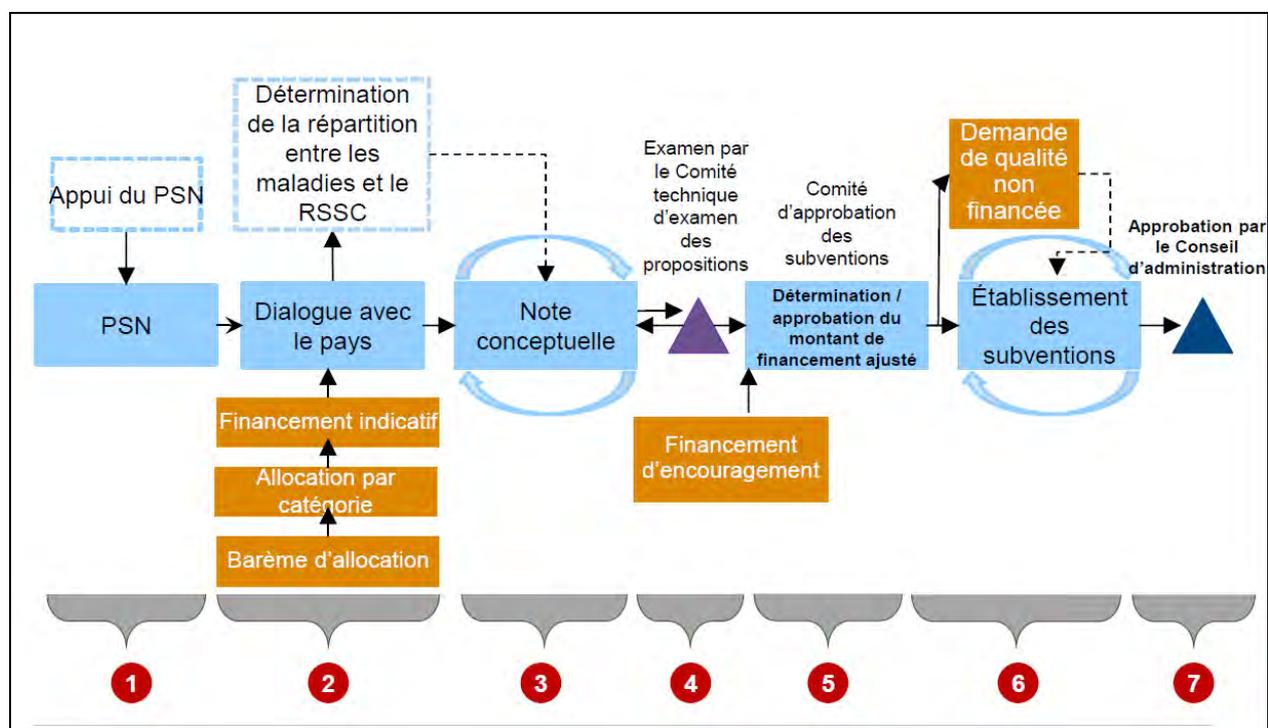
4.2. UN ALIGNEMENT ACCRU SUR LES STRATEGIES NATIONALES ; UN MODELE DE NOTE CONCEPTUELLE QUI INFLUERA SUR LE CONTENU DES DEMANDES DE SUBVENTION

Le nouveau modèle de financement prévoit sept étapes majeures dans le processus incluant un appui au niveau des programmes sanitaires nationaux, l'élaboration d'une note conceptuelle, la négociation de la subvention et son approbation par le conseil d'administration.

Le dialogue entre le Secrétariat du Fonds mondial et les pays est initié très tôt dans le processus. Ce dialogue englobe les ICN, mais également les autres intervenants majeurs tels que les gouvernements, la société civile, les partenaires techniques et financiers.

La note conceptuelle, basée sur les stratégies nationales, constitue le « support » à travers lequel les pays soumettront leurs demandes de financement au Fonds mondial pour chacune des trois maladies et/ou pour des programmes transversaux d'appui au renforcement des systèmes communautaires et/ou de santé.

Figure 16 : Les sept étapes du processus de candidature



Source : Fonds mondial – Février 2013

Un modèle de présentation de note conceptuelle à l'usage des candidats de la première phase a été préparé par le Fonds mondial afin de permettre à ces pays d'exprimer pleinement et par ordre de priorités les besoins à couvrir pour obtenir l'impact maximal contre les trois maladies⁴².

La note conceptuelle est organisée autour de cinq grandes sections que le consultant a analysé afin de mieux percevoir les conséquences et répercussions possibles de l'application de ce modèle sur les demandes qui seront présentées par les pays CICID et d'Afrique subsaharienne francophone.

Cette note doit décrire le processus d'élaboration des candidatures par rapport aux critères d'admissibilité des ICN. Deux critères principaux sont utilisés pour évaluer cette admissibilité :

⁴² Le Fonds mondial précise qu'il ne s'agit pas du document-type qui sera utilisé pour le déploiement complet du nouveau modèle de financement. Le modèle sera en effet revu de manière à tenir compte des commentaires reçus pendant la phase de transition.

- le processus d'élaboration des candidatures incluant une description de la procédure documentée et transparente entreprise par l'ICN pour faire participer un large éventail de parties prenantes, ainsi que les efforts déployés pour associer à ce processus les groupes de populations clefs, y compris les populations les plus exposées au risque ;
- la procédure de désignation et de sélection des récipiendaires principaux incluant la description des critères utilisés et les modalités de gestion d'éventuels conflits d'intérêt. Le cas échéant, les raisons pour lesquelles un financement à deux voies⁴³ c'est à dire faisant appel à des récipiendaires principaux des secteurs public et privé, n'est pas proposé (ce qui indirectement incite les instances nationales à privilégier ce type de partenariat).

La note conceptuelle doit également décrire la situation épidémiologique du pays et son environnement juridique et politique. Elle doit présenter la manière dont les plans stratégiques nationaux répondent à ces contextes et enjeux. Il est également demandé aux candidats de décrire les facteurs pouvant engendrer des inégalités d'accès aux services de traitement et de prévention, tels que les normes liées au genre, les obstacles juridiques et politiques, la stigmatisation et la discrimination, la pauvreté, l'accessibilité géographique, les conflits et catastrophes naturelles.

En inscrivant cette « question » dans la note conceptuelle, le Fonds mondial adopte une attitude plus volontariste que par le passé pour amener les pays à proposer dans leurs demandes des activités liées à la lutte contre les discriminations et inégalités d'accès aux services de soins pour les populations marginalisées. Cette démarche s'inscrit en conformité avec les valeurs et priorités défendues par la France. Les obstacles systémiques à la réduction de la charge de morbidité aux niveaux national, infranational et communautaire doivent également être décrits, ce qui devrait permettre une meilleure corrélation entre les activités liées au renforcement des systèmes de santé et celles relatives à la lutte contre les trois maladies.

Il est en effet évident que le modèle de note conceptuelle orientera les demandes des pays bénéficiaires et influera sur certaines de leurs priorités.

4.3. UNE MISE EN OEUVRE NON ENCORE ANTICIPEE DANS LES PAYS PRIORITAIRES DE L'AIDE FRANÇAISE

De manière générale et mise à part la RDC qui fait partie des pays pilotes, les autres pays CICID ont tous été informés qu'un nouveau modèle de financement sera prochainement mis en place et tous connaissent (avec des degrés d'interprétation divers), les objectifs généraux poursuivis. A partir des conclusions des missions de terrain réalisées par le Consultant, peu en revanche ont une idée précise sur les étapes du processus de candidature, le contenu attendu de la note conceptuelle, les méthodologies et consultations requises pour élaborer les propositions, les conséquences en termes d'arbitrages financiers entre les trois maladies. La mise en place de ce nouveau modèle n'est pas encore anticipée dans les trois autres pays visités (Bénin, Burkina-Faso et Ouganda). Ce contexte peut d'ailleurs être généralisé à l'ensemble des pays qui bénéficient des subventions du Fonds mondial.

Un atelier d'information et de préparation préliminaire sera organisé par le Fonds mondial à l'automne 2013 pour les pays d'Afrique francophone. Différentes sessions d'information et communication commencent également à être organisées à l'attention des partenaires techniques impliqués aux côtés des bénéficiaires.

La France, à travers l'initiative 5%, doit apporter un appui technique aux pays CICID et d'Afrique subsaharienne francophone pour les aider à préparer le renouvellement de leurs subventions dans le contexte du nouveau modèle de financement, incluant quand cela est nécessaire un appui à l'élaboration ou une actualisation des stratégies nationales.

⁴³ Terminologie utilisée par le Fonds mondial dans ses documents de cadrage

4.3.1. Anticipation des conséquences positives de ce nouveau modèle dans les pays prioritaires de l'aide française

Les principales conséquences positives anticipées sont présentées ci-après.

➤ **Limitation des subventions qui seront assorties de conditionnalités d'ordre structurel à des cas exceptionnels⁴⁴**

Dans le modèle de financement actuellement en vigueur, le conseil d'administration du Fonds mondial approuve la nature et les montants des subventions avant l'intervention de l'équipe pays (gestionnaire du portefeuille, experts financiers et juridiques, autres experts techniques tels que spécialistes du plan GAS et suivi-évaluation). Cette situation conduit à des écarts, parfois importants, entre les montants approuvés et ceux effectivement engagés à l'issue de l'étape de négociation et de cadrage. Plusieurs mois peuvent s'écouler entre la signature de l'accord de subvention et le premier décaissement. Des conditionnalités d'ordre structurel (parfois difficilement surmontables par les bénéficiaires) sont associées au versement de certaines subventions afin d'atténuer des risques qui n'ont pas pu être réglés pendant l'étape de négociation. L'impossibilité pour certains RP de remplir pleinement ces conditionnalités a conduit à la suspension de certaines activités pendant de longues périodes, voire à leur totale annulation, portant atteinte à la cohérence d'ensemble des projets tels qu'ils avaient été conçus. Cette situation crée également beaucoup de pression et de frustration chez les bénéficiaires et fausse, inévitablement, les données chiffrées quant à l'engagement financier réel pour les pays considérés.

Une modification fondamentale introduite par le nouveau modèle concerne le fait que, contrairement au modèle précédent, l'équipe pays du Secrétariat du Fonds intervient en amont de l'approbation de la subvention par le conseil d'administration (et donne un avis préalable). Les principaux aspects liés à la gestion des risques opérationnels et financiers sont préalablement aplanis. Les activités peuvent donc démarrer dès l'approbation par le conseil d'administration. Cette nouvelle approche a donc pour objectif de limiter à des cas exceptionnels voire de faire totalement disparaître les conditionnalités d'ordre structurel. Une telle démarche permet en outre de prendre davantage en compte les capacités de gestion et d'absorption des pays bénéficiaires et de mieux analyser en amont les conditions de faisabilité des activités proposées (principe de réalisme).

Une implication plus forte des Agents locaux du Fonds (ALF) dans le processus de préparation des subventions « nouvelle génération » doit être encouragée afin de capitaliser leur grande expérience des contextes locaux et leur connaissance des capacités de gestion et d'absorption des RP susceptibles d'être impliqués.

Il convient cependant de veiller à ce que le modèle soit effectivement mis en place dans le respect de la philosophie et des principes qu'il promeut. Eviter au maximum les conditionnalités d'ordre structurel doit constituer :

- une priorité pour les gestionnaires de portefeuilles et les équipes pays du Fonds mondial ;
- un sujet central de la réflexion et des arbitrages qui seront conduits par les ICN ;
- un point de vigilance pour les représentants de la France au Fonds mondial et ceux siégeant au sein des ICN ;
- un axe d'intervention à privilégier par les opérateurs français en santé.

⁴⁴ Le consultant définit les conditionnalités d'ordre structurel comme celles qui ne sont pas directement liées aux activités de routine des projets (définition du plan GAS, définition détaillée des plans de formation, etc.), mais qui concernent plutôt la structure de gouvernance et de pilotage des subventions au niveau des pays bénéficiaires.

➤ ***Accroissement de l'efficacité de l'aide grâce à un alignement accru des subventions sur les stratégies nationales***

Cette orientation du Fonds mondial s'inscrit en cohérence avec les engagements pris dans la Déclaration de Paris de 2005 visant une plus grande maîtrise par les pays partenaires de leurs politiques et stratégies de développement, incluant la coordination de l'aide à tous les niveaux .

➤ ***Davantage de flexibilité dans la préparation des demandes de subvention***

Dans le contexte actuel, les pays disposent d'une période de temps relativement restreinte entre les appels à candidatures lancés par le Fonds mondial et les dates limites de soumission des propositions qui sont fixées à l'avance.

Cette situation oblige les différentes parties prenantes (ICN et gestionnaires des portefeuilles) à travailler dans une certaine urgence afin de respecter les dates butoirs (voire une certaine précipitation pour les ICN moins bien organisées).

L'alignement des demandes de subvention sur ses cycles budgétaires nationaux et ses exigences propres permettra à chaque pays de disposer du temps qui lui sera nécessaire pour préparer sa requête et conduire le processus de consultation nationale. Il convient cependant que des garde-fous soient en place en cas de difficultés dans les concertations et arbitrages, conduisant à des situations d'impasse retardant de manière trop importante la soumission des demandes de subvention. La date de clôture des subventions actuellement en vigueur, de même que la présence accrue sur le terrain des gestionnaires de portefeuille, constituent les premiers garde-fous.

➤ ***Participation renforcée du Secrétariat du Fonds***

Le nouveau modèle de financement prévoit que le Secrétariat du Fonds participe de façon plus volontariste au dialogue permanent à l'échelle des pays. Il est également prévu que les gestionnaires de portefeuille passent plus de temps sur le terrain.

Cette participation renforcée (qui est en fait déjà initiée) peut véritablement contribuer à apporter davantage de fluidité dans les relations entre les RP et les représentants du Fonds mondial, conduire à une meilleure compréhension des contraintes et impératifs de chacun, favoriser une plus grande coopération pour la recherche de solutions en cas de difficultés (dans le respect des règles de non-ingérence définies par le Fonds mondial).

Le nouveau modèle de financement permettra de répondre favorablement à certaines difficultés rencontrées par les pays bénéficiaires et les RP ; Il peut également présenter certains risques.

4.3.2. Anticipation des risques pouvant être associés à ce nouveau modèle

Les risques et points de vigilance associés au nouveau modèle de financement peuvent être résumés comme suit :

➤ ***Veiller à un équilibre équitable des financements alloués aux trois maladies (en fonction de la charge de morbidité de chaque pays)***

Le nouveau modèle de financement transforme un « système de concurrence » entre pays pour l'obtention des financements du Fonds mondial en une compétition interne nationale entre les trois maladies. Or, la lutte contre ces trois maladies n'est pas défendue de la même manière au sein de la société civile en général, et des ICN en particulier.

De part leur histoire et leur rôle important de plaidoyer, les organisations représentant les personnes vivant avec le VIH-sida sont beaucoup plus structurées et actives que leurs homologues (quand elles existent) pour les deux autres maladies.

Dans le même temps, des besoins financiers importants subsistent en Afrique subsaharienne pour lutter contre le VIH-sida, le coût des traitements demeure élevé (notamment pour les traitements de 2^{ème} et surtout 3^{ème} intention), les objectifs du millénaire à l'horizon 2015 ne pourront pas être atteints.

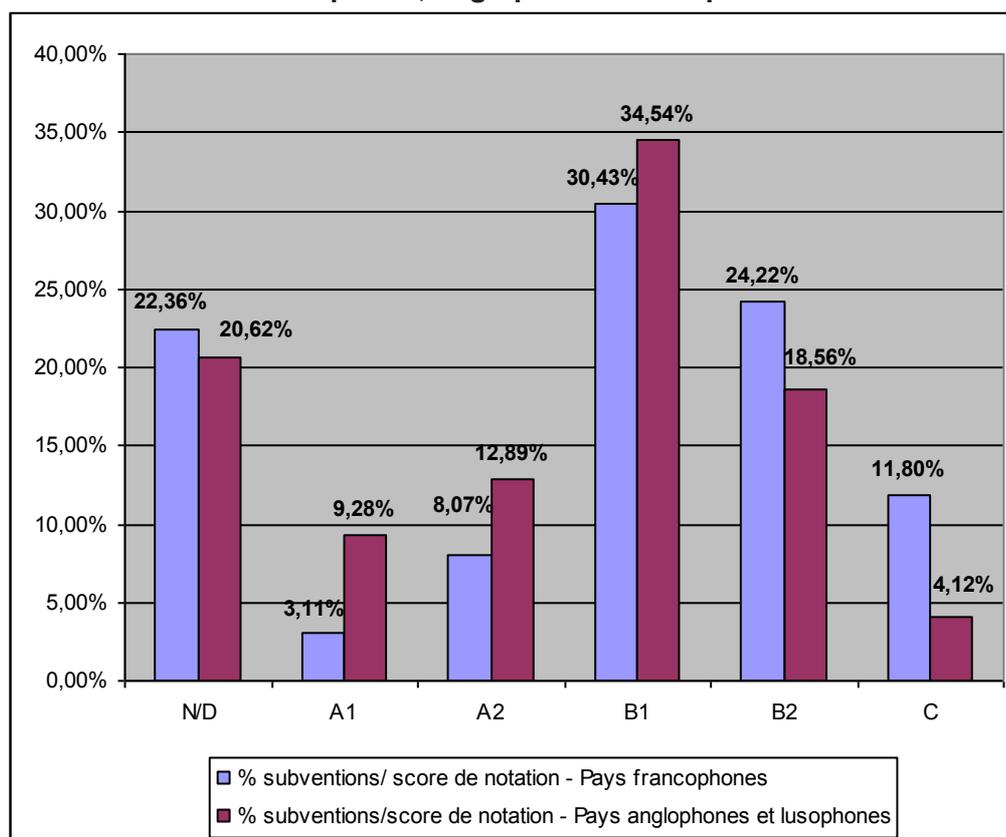
Un risque existe qu'une proportion démesurée de l'enveloppe indicative pays soit consacrée au VIH-sida, au détriment des deux autres maladies. Eviter ce risque, suppose une réflexion stratégique nationale permettant de déterminer les grands équilibres à respecter dans la place respective accordée aux plans nationaux de lutte contre les trois maladies par rapport à la charge de morbidité.

Il s'agit d'un point de vigilance important devant faire l'objet d'une attention particulière, à la fois des autorités nationales, des instances de coordination nationale, des gestionnaires de portefeuille du Fonds mondial, des représentants de la société civile et des partenaires techniques et financiers. Sans pour autant être trop normatif (l'attribution des enveloppes par maladie dépend d'une multitude de facteurs tels que la charge de morbidité, les appuis financiers apportés par d'autres partenaires ou les pays eux-mêmes à ces pandémies) il est important que des garde-fous soient mis en place pour éviter ce risque potentiel de dérive.

➤ ***Les conséquences anticipées de la répartition des enveloppes indicatives et incitatives pour les pays prioritaires de l'aide française***

Le choix du pourcentage d'allocation des ressources pour les canaux de financement « enveloppes indicatives pays » et « financement axé sur la concurrence » aura une conséquence non négligeable pour les pays CICID et d'Afrique subsaharienne francophone. Ces pays figurent tous parmi les pays à faible revenu ou à revenu intermédiaire bas, caractérisés par une insuffisante capacité institutionnelle. Pour beaucoup, ils rencontrent des difficultés à exécuter dans les délais requis les subventions qui leur ont été allouées par le Fonds mondial. Leurs niveaux de performance programmatique et financière ne figurent pas parmi les meilleurs. Pour illustrer ces propos, le consultant a établi une comparaison entre les scores enregistrés dans les pays francophones d'Afrique subsaharienne et ceux obtenus par les pays anglophones et lusophones.

Figure 17 : Répartition des subventions selon leur niveau de notation entre pays d'Afrique francophone, anglophone et lusophone



Source : Données compilées par le consultant à partir du site web du Fonds mondial – Juillet 2013

Le nombre de subventions obtenant un score A1 est beaucoup plus élevé dans les pays anglophones et lusophones (9,28%) que dans les pays francophones (3,11%). Cet écart est également valable, bien que moins marqué, pour les subventions enregistrant un score A2 (8,07% versus 12,9%), B1 (30,4% versus 34,5%) et B2 (24,2% versus 18,6%). Enfin, seules 4,12% des subventions en Afrique anglophone et lusophone obtiennent un score C, alors que cette catégorie représente 11,8% du total des subventions dans les pays francophones.

Certains pays d'Afrique subsaharienne francophone risquent donc d'être moins compétitifs que leurs voisins dans cette « mise en concurrence », voire, si l'enveloppe incitative représente une proportion trop élevée, d'enregistrer une diminution des volumes financiers globaux qui leur seront accordés.

De plus, une trop grande proportion accordée à l'enveloppe incitative (au détriment de l'enveloppe indicative pays) obligerait ces pays à essayer de présenter systématiquement des demandes de financement pour les deux canaux de financement (afin d'obtenir des niveaux de financements comparables à ce qu'ils sont aujourd'hui). Cette situation entraînerait une charge de travail supplémentaire pour les parties prenantes locales et compliquerait le modèle de financement (deux canaux, deux procédures) au lieu de le simplifier et de l'assouplir. En outre, dans un tel contexte, l'enveloppe incitative destinée à récompenser des projets à fort impact, deviendrait de fait une enveloppe de « remplacement ».

Selon le consultant, l'enveloppe incitative devrait représenter un pourcentage limité, ne dépassant pas 10% du total. Ce pourcentage pourrait évoluer à l'horizon 2020 (par exemple) sur la base d'une évaluation permettant de mieux appréhender la façon dont les pays francophones se positionnent dans ce dispositif incitatif. Cette évaluation tiendrait également compte des procédures de sélection et de gestion de ce dispositif par le Fonds mondial (et le cas échéant permettrait de formuler des recommandations et ajustements permettant de répondre aux enjeux pour les pays francophones).

➤ **Mieux connaître les critères de sélection qui seront appliqués par le Fonds mondial, afin de mieux accompagner les pays prioritaires de l'aide française**

Les documents de présentation et de cadrage publiés par le Fonds mondial insistent sur la priorité qui sera donnée aux investissements à fort impact. Un certain nombre de notes stratégiques d'information, visant à guider les pays bénéficiaires dans l'élaboration de leurs propositions, sont d'ores et déjà disponibles. Ces notes présentent les recommandations et méthodologies à suivre pour s'assurer que les investissements seront dirigés là où ils peuvent avoir un impact maximal, dans le respect des principes d'équité et des droits de l'homme. L'appropriation de ces notes stratégiques d'information par les parties prenantes nationales va sans doute exiger un soutien et appui des partenaires techniques, qu'il convient là encore d'anticiper.

Au delà de ces notes d'information, il est également important que le Fonds mondial explicite de manière plus précise les critères qu'il va lui-même utiliser pour déterminer quels seront les investissements à fort impact et la sélection des demandes de subvention présentées.

➤ ***En conclusion***

Le nouveau modèle de financement s'inscrit en conformité avec les engagements de la Déclaration de Paris (2005) et le Plan d'action d'Accra (2008) visant une plus grande efficacité de l'aide au développement autour des cinq principes d'appropriation par les pays bénéficiaires, d'alignement de l'aide sur les objectifs et stratégies de ces pays, d'harmonisation des bailleurs de fonds, de gestion axée sur les résultats et de responsabilité mutuelle.

Il offre aux maîtres d'œuvre un calendrier plus souple et un meilleur alignement sur les stratégies nationales et rend le niveau de financement disponible plus prévisible. La participation du Fonds auprès des maîtres d'œuvre et des partenaires se verra renforcée tout au long de la demande et de la mise en œuvre des subventions, afin d'obtenir le meilleur impact possible à l'échelle mondiale.

Au-delà du modèle conceptuel développé, les enjeux et défis concerneront la manière dont il sera effectivement mis en place, notamment dans les pays CICID et d'Afrique subsaharienne francophone.

Un certain nombre de pré-requis doivent être réunis, parmi lesquels le renforcement des règles de fonctionnement et des capacités de gestion des ICN et de leurs secrétariats permanents (Cf. Recommandation N°2).

Enfin, tout nouveau système apporte de nouveaux défis et des besoins d'adaptation liés à sa mise en œuvre. Il est important que les pays bénéficiaires et leurs partenaires techniques et financiers disposent des indications et outils conceptuels leur permettant de préparer et d'anticiper au mieux cette nouvelle étape des relations avec le Fonds mondial.

La France et son dispositif (à travers notamment l'AFD, ESTHER et l'initiative 5%) peuvent contribuer de manière importante à appuyer les pays CICID et d'Afrique subsaharienne francophone dans l'élaboration de leurs propositions et les accompagnements éventuellement nécessaires aux différentes étapes de mise en œuvre.

4.4. RECOMMANDATIONS

RECOMMANDATION N°6 ANTICIPER LA MISE EN ŒUVRE DU NOUVEAU MODELE DE FINANCEMENT

La France et ses opérateurs santé doivent apporter un appui technique aux pays prioritaires de l'aide française pour les aider à anticiper les conséquences et besoins induits par l'application du nouveau modèle de financement.

Cet appui doit concerner les phases amont des demandes de financement incluant :

- l'élaboration ou l'actualisation des stratégies nationales pour chacune des trois maladies ;
- la conduite d'une réflexion macro sur le fardeau que représente chacune de ces maladies et les besoins respectifs en termes de financement (à partir des données épidémiologiques et d'une cartographie de l'implication des PTF) ;
- l'appui à la rédaction de la note conceptuelle et à la définition des cibles programmatiques,
- le renforcement des systèmes d'information : qualité et fiabilité des données épidémiologiques ;
- la préparation des futures composantes relatives au renforcement des systèmes de santé ;
- un soutien pour permettre à ces pays d'accéder plus aisément au canal de financement incitatif.

RECOMMANDATION N°7 UN POURCENTAGE LIMITE POUR L'ENVELOPPE INCITATIVE

Message porté par le France au sein des instances du Fonds mondial :

L'enveloppe incitative doit représenter un pourcentage limité pouvant se situer autour de 10%.

5. CONCOURS DE LA FRANCE AUX ORIENTATIONS DU FONDS MONDIAL ET EFFICACITE DE SON DISPOSITIF DE SUIVI

5.1. LE PILOTAGE DE LA POLITIQUE FRANÇAISE D'AIDE AU DÉVELOPPEMENT : UN PARTAGE DES RÔLES INACHEVÉ, UNE INSUFFISANTE HIÉRARCHISATION DES PRIORITÉS

Le dispositif actuel de pilotage de l'APD s'organise autour d'une responsabilité partagée entre le ministère des Affaires étrangères et le ministère de l'Economie et des Finances. Le ministère des Affaires étrangères assure le pilotage stratégique de l'APD (chef de file). D'autres ministères interviennent également dans ce dispositif et en particulier le ministère de l'Enseignement supérieur et de la Recherche et le ministère des Affaires sociales et de la Santé. Au plan opérationnel, la mise en œuvre de l'APD relève en grande partie de l'AFD, en tant qu'opérateur/financeur pivot du dispositif français d'aide publique au développement.

Cette organisation est le résultat de la dissociation progressive de la fonction stratégique de conception de l'aide et de la fonction opérationnelle de mise en œuvre. Le périmètre d'action de l'AFD a été progressivement élargi en 2004 et 2006 avec un transfert à l'Agence de la gestion des projets touchant au développement économique et social (agriculture et développement rural, santé, éducation de base, formation professionnelle, environnement, infrastructures et développement urbain), le MAE conservant la mise en œuvre sur le terrain de la coopération en matière de gouvernance, de justice, de police, de sécurité, des affaires culturelles, de la recherche et de l'enseignement supérieur.

La politique française d'aide au développement reste confrontée à un partage des rôles inachevé entre les différents acteurs. Il implique parfois un effort de coordination accru entre les acteurs, susceptible de présenter des risques d'incohérence et d'inefficacité dans l'action, en particulier pour certains secteurs spécifiques partagés entre le MAE et l'AFD (santé, éducation, gouvernance).⁴⁵

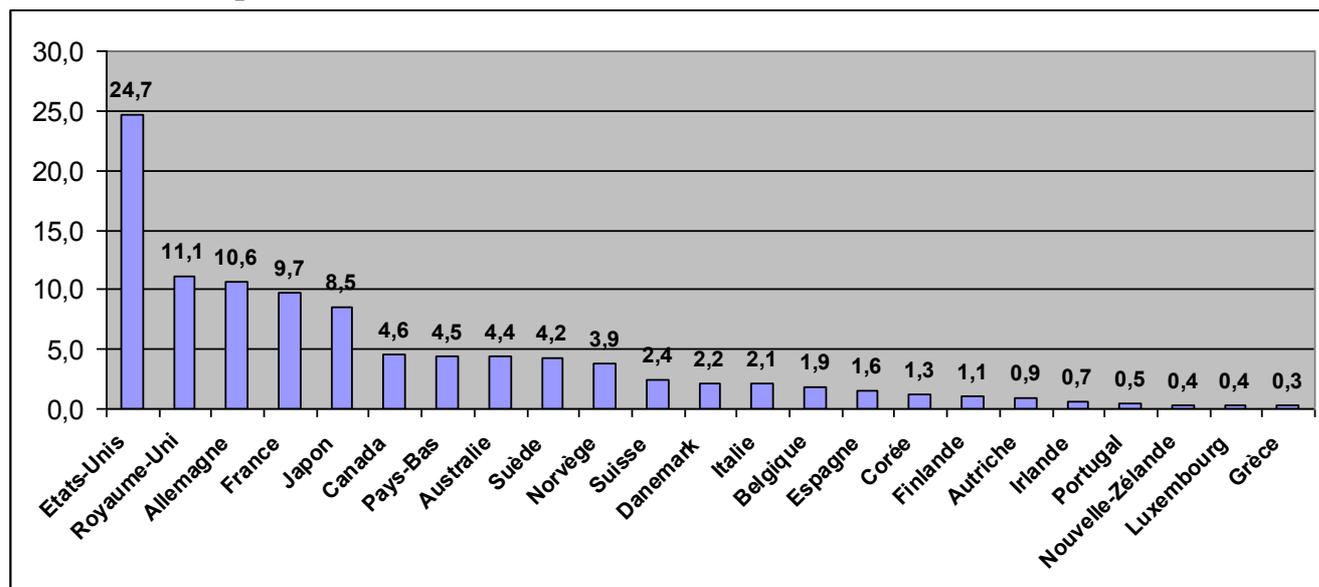
De fait, l'ensemble des observateurs s'accorde pour reconnaître la complexité du dispositif et la faible hiérarchisation de l'APD française que traduisent par exemple les rapports récents qu'ils soient parlementaires (du Sénat, de la députée H. Martinez) de la Cour des Comptes et de l'OCDE.

5.2. LA FRANCE EST PLACÉE AU 4ÈME RANG MONDIAL DES DONATEURS

L'APD nette de la France représente 10% de l'aide publique mondiale et 0,45% du revenu national brut (RNB). La France est placée au 4^{ème} rang mondial des donateurs et au 10^{ème} rang en valeur relative (APD/ RNB). Parmi les principaux contributeurs, en volume, les Etats-Unis conservent leur premier rang, avec un apport net d'APD s'élevant à 30,5 milliards de dollars courants en 2012. Avec une APD de près de 12 milliards de dollars, la France demeure à la quatrième place, dépassée par l'Allemagne et le Royaume-Uni depuis 2010, mais devant le Japon.

⁴⁵ Source : Bilan évaluatif de la politique française de coopération au développement entre 1998 et 2010. Série – Ministère des Affaires Etrangères - 2013

Figure 18 : APD Nette en 2012 – Montants –Milliards d’euros



Source : Direction de la coopération pour le développement de l'OCDE – Chiffres mis à jour 2013

En 2012, l'APD nette de la France a représenté 9,7 milliards d'Euros (chiffres préliminaires).

Tableau 2 : Répartition de l'APD par principaux instruments

En millions €		2007	2008	2009	2010	2011	2012
TOTAL APD		7 220	7 562	9 048	9 751	9 384	9 705
Aide multilatérale nette totale		2 648	3 083	4 008	3 872	3 254	3 029
Part APD multilatérale dans l'APD totale		37%	41%	44%	40%	35%	31%
Dons	Aide communautaire	1 575	1 753	2 083	2 009	1 742	1 554
	Autres multi (aide hors UE)	1 116	1 307	1 339	1 413	1 512	1 475
Prêts (FMI & BM)	Prêts nets	-43	23	586	450	-5	196
	Prêts bruts (<i>pour info</i>)	88	159	666	519	183	237
Aide bilatérale nette totale		4 572	4 480	5 041	5 879	6 130	6 676
Part APD bilatérale dans l'APD totale		63%	59%	56%	60%	65%	69%
Dons (hors annulation de dette)	Total	3 657	3 382	3 528	3 760	3 319	3 664
	Dont subventions	596	645	605	633	530	577
Prêts	Prêts nets (hors rééchelonnement de dette)	- 179	422	504	1 004	1 994	1 818
	Prêts bruts (<i>pour info</i>)	695	1 246	1 276	1 862	2 675	2 643
Annulation de dette et rééchelonnements nets		1 094	675	1 009	1 115	817	1 194

Source : Document de politique transversale – Projet de loi de Finances pour 2013 – Politique française en faveur du développement

➤ **APD Bilatérale de la France**

Comme en témoigne le tableau 2, la part de l'APD bilatérale dans l'APD totale a représenté 69% en 2012 (contre 59% en 2008). Si le volume financier et le pourcentage que représente l'APD nette bilatérale de la France semblent élevés, il convient cependant de tenir compte du fait qu'ils intègrent les engagements antérieurs et/ou récurrents de la France (prêts, annulations de dette) et ne traduisent pas la réalité des financements disponibles pour financer des programmes d'appui et d'assistance technique dans les pays prioritaires de l'aide française.

Tableau 3 : Répartition de versements bruts par secteurs d'intervention au titre de l'APD bilatérale

Dons, en versements bruts (en millions €)	2007	2008	2009	2010	2011
1. Education	1 386	1 176	1 261	2 018	1097
<i>Dont éducation primaire et secondaire</i>	394	426	484	346	393
<i>Dont écolage</i>	879	637	666	698	704
2. Santé	69	240	241	75	152
3. Agriculture et sécurité alimentaire	445	348	249	240	318
4. Développement durable	91	106	134	130	1 053
5. Soutien à la croissance	56	62	52	101	811
6. Gouvernance	75	109	112	124	170
7. Autres	2 758	2 237	2 243	2 291	3154
<i>Dont actions se rapportant à la dette</i>	1 382	763	773	1 267	984

Source : Document de politique transversale – Projet de loi de Finances pour 2013 – Politique française en faveur du développement

La politique de développement de la France s'inscrit dans un nouveau cadre, qui associe lutte contre la pauvreté et développement durable dans ses trois composantes : économique, sociale et environnementale. Cette politique vise à participer à l'effort international de lutte contre la pauvreté extrême et à réduire les inégalités, en favorisant un développement économique équitable et riche en emplois, en préservant les biens publics mondiaux, en luttant contre le changement climatique et en promouvant la paix, la stabilité et les droits de l'homme. Elle promeut l'égalité entre les femmes et les hommes. Elle concourt au rayonnement culturel, diplomatique et économique de la France et accorde une attention particulière à la francophonie⁴⁶.

La France a redéfini les priorités géographiques de sa politique de développement. Héritée du passé et modifiée ou contournée, la Zone de Solidarité Prioritaire (ZSP) a perdu sa cohérence et sa pertinence, il a donc été décidé de la supprimer et de fonder l'attribution des aides sur des partenariats différenciés, reposant en particulier sur le niveau de revenu et la proximité géographique, culturelle et linguistique avec la France selon les critères suivants⁴⁷ :

- la France concentrera ses subventions sur un nombre limité de pays pauvres prioritaires⁴⁸. Le Gouvernement décide d'y concentrer au moins la moitié des subventions de l'Etat et les deux tiers de celles mises en œuvre par l'AFD ;
- Priorité à l'Afrique et à la Méditerranée : Le Gouvernement décide de consacrer au moins 85% de l'effort financier de l'Etat en faveur du développement en Afrique subsaharienne et dans les pays voisins du Sud et de l'Est de la Méditerranée ;
- Les pays d'Afrique subsaharienne demeurent la priorité de la France. La France interviendra dans tous les secteurs opportuns et mobilisera toute la gamme des instruments dont elle dispose - dons, aides budgétaires, prêts bonifiés ou non, souverains et non souverains, prises de participations, garanties et autres financements innovants - pour répondre de manière adaptée aux besoins de ces pays ;
- Les pays du Sud et de l'Est de la Méditerranée, dont certains sont engagés dans des processus de transition, doivent bénéficier de la solidarité de la France. Les interventions s'inscriront dans une logique euro-méditerranéenne d'intégration régionale. La France poursuivra son action au sein du Partenariat de Deauville pour soutenir les pays arabes en transition. Les concours financiers de l'Etat seront prioritairement des prêts, complétés par

⁴⁶ Source : Comité interministériel de la coopération internationale et du développement du 31 juillet 2013 - Relevé de décisions

⁴⁷ Source : Comité interministériel de la coopération internationale et du développement du 31 juillet 2013 - Relevé de décisions

⁴⁸ 16 pays pauvres prioritaires de l'APD française : Bénin, Burkina Faso, Burundi, Comores, Djibouti, Ghana, Guinée Conakry, Madagascar, Mali, Mauritanie, Niger, République Démocratique du Congo, République Centrafricaine, Sénégal, Tchad, Togo et cinq autres pays d'Afrique subsaharienne : Cameroun, Côte d'Ivoire, Congo, Gabon et Rwanda. Comité interministériel de la coopération internationale et du développement du 31 juillet 2013

des actions dans les domaines culturel, scientifique et technique, et de la formation. La politique de développement ciblera principalement la mise à niveau des tissus productifs, la création d'emplois et l'aménagement du territoire, dans une perspective de durabilité, de développement mutuellement bénéfique et de colocalisation ;

- Les pays en crise et en sortie de crise ou en situation de fragilité, qui ne font pas partie des pays pauvres prioritaires, bénéficieront d'une attention particulière, notamment Haïti : les interventions de la France dans ces pays répondront prioritairement à leurs besoins en matière de développement humain, économique, et d'approfondissement de l'Etat de droit. Des instruments souples, principalement des subventions, seront utilisés ;
- dans le reste du monde, notamment les pays d'Asie, d'Amérique latine et des Caraïbes, majoritairement des pays à revenus intermédiaires à croissance rapide ou émergents, la France a pour objectif de rechercher des solutions partagées à des défis communs et d'associer ces pays à la coopération internationale en appui aux pays les plus pauvres. La France y interviendra pour promouvoir une « croissance verte et solidaire », en y favorisant notamment des partenariats économiques. La coopération avec les « très grands émergents » mobilisera les acteurs français sans coût financier pour l'Etat (hors expertise technique).

➤ **APD multilatérale de la France**

Les principales contributions nettes de la France aux organisations multilatérales sont présentées dans le tableau ci-après :

Tableau '4 : Principales contributions nettes de la France aux organisations multilatérales, comptabilisées en APD (en millions d'euros)

		2010	2011	2012 (LFI)	2013 (PLF)
Union européenne	FED	909	686	576	694
	Budget communautaire	1 100	1 056	978	968
	<i>Total</i>	<i>2 009</i>	<i>1 742</i>	<i>1 554</i>	<i>1 662</i>
Banque mondiale		658	493	462	468
Banque africaine de développement		132	141	141	141
Banque asiatique de développement		24	36	24	23
Banque interaméricaine de développement		0	8	7	7
Fonds monétaire international		247	-5	196	198
Organisation des Nations unies		192	153	163	169
Fonds mondial pour la lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme		300	360	360	360
Facilité internationale pour le financement de la vaccination		45	48	51	54
Fonds pour l'environnement mondial		34	64	64	34
TOTAL		3 641	3 040	3 022	3 116

Source : DPT « Politique française en faveur du développement » annexé au PLF 2013

Plus du cinquième de l'APD totale nette de la France transite par le canal européen (23% en 2011 contre 21% en 2010). Avec une clé de contribution de 19,55%, la France est le deuxième contributeur du 10^{ème} Fonds européen de développement (FED). Elle contribue par ailleurs à hauteur de 16,4% au budget de l'Union (pour 2011), qui finance les autres programmes d'aide géographiques et thématiques de l'Union.

La santé représente environ 10% de l'APD totale de la France, elle est principalement financée par les canaux multilatéraux. La France a en effet fait le choix de privilégier le canal multilatéral et en particulier les fonds verticaux. Ainsi, la stratégie de la France pour la coopération internationale dans le domaine de la santé prévoit de poursuivre l'effort financier pour la santé à hauteur de 1 milliard d'euros par an et de mieux articuler l'aide bilatérale et l'aide multilatérale.

Comme déjà présenté en préambule au présent rapport, la France est le deuxième contributeur au Fonds mondial, avec 2,5 milliards d'Euros de contributions depuis la création de l'organisation. La France est également le premier contributeur à l'initiative UNITAID et se place au 5^{ème} rang pour GAVI.

5.3. DES VALEURS, PRINCIPES ET PRIORITÉS PARTAGÉES ENTRE LA FRANCE ET LE FONDS MONDIAL

En sa qualité de membre fondateur du Fonds mondial, la France y a inscrit ses valeurs, principes et priorités, tant thématiques que géographiques.

Depuis sa création en 2002, les financements du Fonds mondial soutiennent plusieurs priorités de la France, tel que présenté dans le tableau ci-après.

Tableau n°5 : Analyse comparative des niveaux de convergence entre la stratégie française d'aide au développement en santé et la stratégie du Fonds Mondial 2012-2016

Priorités et vision de la France	Niveau de convergence	Orientations prévues dans la stratégie Fonds mondial 2012-2016
PRIORITES		
Réalisation des objectifs du millénaire pour le développement en particulier : objectifs relatifs à la santé maternelle et infantile (OMD 4 et 5),	<p>Convergence au niveau des stratégies : Elevée</p> <p>Concordance au niveau des actions mises en œuvre et des résultats : Activités en progression</p> <p>Evolution prévue : un niveau de concordance plus élevé sur le terrain dans le cadre de l'application des orientations/dispositions annoncées dans la stratégie 2012-2016 du Fonds mondial.</p>	<p>En dépit des progrès constatés, les résultats liés à la réalisation des OMD 4 et 5 en Afrique Subsaharienne ne semblent pas avoir atteint les niveaux escomptés.</p> <p>Le Fonds Mondial souhaite mettre davantage l'accent sur les OMD 4 et 5 et encourage les maîtres d'ouvrage de projets à renforcer dans leurs propositions, la composante portant sur la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant (dans le cadre d'approches intégrées).</p>
La lutte contre le VIH/sida, le paludisme et la tuberculose (OMD 6)	Convergence Elevée	Objet même du Fonds Mondial
Promotion des actions à la croisée des OMD 4,5 et 6 telles que la prévention de la transmission mère-enfant du VIH au sein de structures de soins intégrées et le développement de nouvelles techniques de prévention des infections sexuellement transmissibles.	<p>Convergence au niveau des stratégies : Elevée</p> <p>Concordance au niveau des actions mises en œuvre et des résultats : Activités en progression</p>	<p>Orientations prévues dans la stratégie du Fonds mondial :</p> <p>Promouvoir les co-investissements (avec d'autres donateurs) pour une approche intégrée portant sur l'amélioration de la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant.</p>
Renforcement de la lutte contre les maladies infectieuses émergentes et ré-émergentes (grippes pandémiques, zoonoses, infections multi résistantes, etc.).	Sans objet	N'entre pas dans la mission du Fonds mondial
Renforcement des systèmes de santé les plus fragiles ('extrême pauvreté, situations de crise), notamment en Afrique Francophone, via l'appui au financement durable et solidaire de la santé, la formation des ressources humaines compétentes et motivées, et le développement de systèmes d'information sanitaire fiables	<p>Convergence au niveau des stratégies : Elevée</p> <p>Concordance au niveau des actions mises en œuvre et des résultats : Les composantes des subventions relatives au renforcement des systèmes de santé ont rencontrés des difficultés de mise en œuvre (moins de 50% de taux de décaissement). Il s'agit d'un aspect important à améliorer dans le cadre du nouveau modèle de financement.</p>	<p>L'appui au renforcement des systèmes de santé constitue une priorité affichée dans la stratégie du Fonds mondial (en lien avec les autres partenaires et donateurs).</p> <p>Les dispositions prévues dans la stratégie du Fonds mondial (en lien notamment avec le nouveau modèle de financement) doivent permettre un alignement des financements du Fonds mondial sur les stratégies et systèmes de santé nationaux comme un principe clef participant de l'efficacité de l'aide et pour garantir : la souveraineté nationale, une réduction des coûts de transaction, une plus grande transparence financière, une mobilisation accrue et coordonnée des différents partenaires (incluant la société civile) et la « soutenabilité ».</p>

Priorités et vision de la France	Niveau de convergence	Orientations prévues dans la stratégie Fonds mondial 2012-2016
		-
Le renforcement des systèmes d'information sanitaire (outil majeur de surveillance des maladies infectieuses et émergentes et de l'aide à la décision politique).	Convergence au niveau des stratégies : Elevée Concordance au niveau des actions mises en œuvre et des résultats : A renforcer	Le besoin de renforcement des systèmes d'information sanitaire nationaux est souligné à plusieurs reprises dans les différentes publications du Fonds mondial.
Améliorer l'accès aux médicaments	Convergence Elevée	Fait partie intégrante des activités du Fonds mondial
Le financement de la santé	Convergence Elevée	Le Fonds mondial s'inscrit dans cette priorité dans une double dimension : - son propre modèle de financement (contributions publiques, privées, taxes, etc.) ; - les financements qu'il accorde aux pays bénéficiaires.
Le renforcement des ressources humaines en santé	Convergence Elevée	Le Fonds mondial a financé de nombreuses actions de formation des ressources humaines. Ses financements ont également permis des recrutements de personnels supplémentaires (y compris au niveau des plans nationaux de lutte contre le VIH-sbida, la tuberculose et la malaria) pour la mise en œuvre des programmes (dans une limite ne dépassant pas 15% du montant total de la subvention).
Coopération hospitalière – Partenariats hospitaliers	A priori sans objet, mais soutien indirect	La coopération hospitalière et les partenariats hospitaliers n'entrent pas directement dans le champ d'intervention du Fonds mondial. Cependant, ce dernier apporte un appui aux hôpitaux du sud à travers notamment le financement des sites de prise en charge des patients. Le GIP Esther est SR du Fonds mondial dans certains pays, bien que cela ne soit pas au titre des jumelages hospitaliers nord-sud qu'il met en place.
Lutte contre la malnutrition	Sans objet, avec cependant des interventions ciblées s'adressant aux enfants orphelins du sida.	Le Fonds mondial finance des programmes de soutien aux enfants orphelins du Sida (scolarité, aide financière aux tuteurs, appui alimentaire, etc.)
Coopération scientifique et universitaire dans l'ensemble des pays en développement, notamment avec les pays émergents où la demande de partenariats en santé est forte.	Convergence au niveau des stratégies : Elevée Concordance au niveau des actions mises en œuvre et des résultats : Peu d'activités de	Le § 24 de la stratégie 2012-2016 : Financement possible de programmes de recherche opérationnelle servant les objectifs poursuivis par le Fonds mondial.

Priorités et vision de la France	Niveau de convergence	Orientations prévues dans la stratégie Fonds mondial 2012-2016
	<p>recherche sont actuellement financées par le Fonds mondial.</p> <p>Les RP ont la possibilité d'inclure de la recherche opérationnelle et programmatique dans les subventions du Fonds mondial à hauteur de 5% du budget total. Cette possibilité n'est toutefois pas utilisée à son potentiel par les pays et les RP.</p> <p>Des dispositions doivent être prises pour inciter les pays bénéficiaires à utiliser davantage l'enveloppe disponible pour les activités de recherche : par exemple en inscrivant une section spécifique « recherche opérationnelle et programmatique » dans le modèle de note conceptuelle qui sera utilisé pour le nouveau modèle de financement.</p>	
Enjeux		
<p>Coordination des acteurs de la gouvernance sanitaire : incluant l'articulation entre l'aide multilatérale et bilatérale dans le cadre d'un dialogue continu.</p> <p>Recherche d'une meilleure coordination et complémentarité des stratégies en santé des différents Etats donateurs.</p> <p>L'initiative du Partenariat International pour la santé (IHP+) constitue ainsi une référence pour la coordination des acteurs de l'aide en santé dans les pays bénéficiaires.</p>	<p>Convergence au niveau des stratégies : Elevée</p>	<p>Le Fonds mondial intervient sur un principe de recherche de complémentarité des actions qu'il finance avec les autres partenaires techniques et financiers.</p> <p>Parmi les dispositions prévues dans la stratégie 2012-2016 :</p> <p>Création de « Health Systems Funding Platform Pilot » conjointement avec GAVI, la Banque Mondiale et l'OMS afin de coordonner l'aide dans le cadre du renforcement des systèmes de santé (expérience pilote lancée en 2009, peu de recul à ce stade).</p>
Valeurs		
<p>Droits de l'homme : refus de toute discrimination, respect des minorités, promotion de l'égalité femme-homme,</p>	<p>Convergence au niveau des stratégies : Elevée</p> <p>Concordance au niveau des actions mises en œuvre et des résultats : à renforcer</p> <p>Evolution prévue : un niveau de concordance plus élevé dans le cadre notamment des mesures incitatives prises par le Fonds mondial pour amener les ICN à faire des propositions portant sur ces aspects.</p>	<p>Dispositions prévues : Concevoir des approches permettant de toucher les populations à risque et de promouvoir l'égalité des genres.</p> <p>Faire en sorte que les procédures et les structures du Fonds mondial soutiennent efficacement les programmes qui prennent en considération ces aspects.</p>

Zones géographiques prioritaires		
<p>Les pays pauvres prioritaires d'Afrique francophone : Pays dits CICID</p> <p>Puis espace méditerranéen</p>	<p>Convergence élevée</p>	<p>Dispositions prévues : Financer en priorité les pays ayant les besoins les plus importants et les ressources les plus limitées.</p> <p>Soutenir les interventions ayant l'impact le plus important.</p> <p>Fin 2011, 55% des financements décaissés ont concerné les pays d'Afrique Subsaharienne. Les pays CICID et d'Afrique subsaharienne francophone représentent plus de 36,9% du total des montants financiers approuvés et 35% des montants décaissés en Afrique subsaharienne.</p>

Source : La stratégie de la France pour la coopération internationale dans le domaine de la santé – Direction Générale de la Mondialisation, du développement et des partenariats – ministère des Affaires étrangères – 2012 et Stratégie du Fonds mondial 2012-2016

S'il existe un fort niveau de convergence entre la vision de la France et les principes fondateurs du Fonds mondial, un décalage existe parfois dans les actions effectivement mises en place pour certaines populations cibles.

Dans le rapport d'évaluation à cinq ans du Fonds mondial (2008), les évaluateurs soulignent qu'il ne leur a pas été possible d'identifier des « preuves » évidentes d'une différenciation en termes de couverture sanitaire entre les populations vulnérables ou marginalisées et la population générale. Très peu d'outils ou de mécanismes avaient été mis en place (tant au niveau national qu'au niveau du Fonds lui-même) permettant de suivre et de mesurer les résultats obtenus (quantitatifs et qualitatifs) concernant les aspects liés à l'équité et à la lutte contre les discriminations⁴⁹.

Depuis le déroulement de cette évaluation, des progrès remarquables ont été réalisés concernant la PTME (en particulier depuis 2009). Par exemple, au Bénin 18% de la phase 2 des subventions VIH-sida sont consacrés à ce type de programmes.

En revanche, les résultats concernant les populations marginalisées sont plus mitigés, les actions s'adressant à ces populations étant restées jusqu'à une période récente relativement limitées, bien qu'en progression. Ce contexte peut notamment s'expliquer par l'insuffisante structuration des relais nationaux pour prendre en charge ce type de programmes, d'autant que les systèmes de santé nationaux sont eux-mêmes souvent insuffisamment outillés (notamment les systèmes d'information) pour les identifier et les « quantifier ». On touche également ici à une autre difficulté, à savoir le peu d'entrain spontané des états récipiendaires pour agir en faveur de ces minorités, particulièrement celles qui font l'objet d'opprobre, voire de répression légale (comme les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes dans de nombreux pays d'Afrique).

Dans certains pays, ce sont des partenaires internationaux ou des ONG internationales qui prennent en charge ces composantes : par exemple Médecins du Monde travaille beaucoup sur la réduction des risques sanitaires liés à la consommation de drogues injectables (pas de programme actuellement en Afrique Subsaharienne), le GIP Esther est sous-réceptaire en Côte d'Ivoire (série 9) pour soutenir la mise en œuvre d'activités de prévention, dépistage et traitement du VIH en milieu carcéral.

Dans sa stratégie 2012-2016, le Fonds mondial prévoit un certain nombre de mesures et d'actions pour améliorer les insuffisances constatées concernant notamment l'amélioration de la santé de la mère et de l'enfant et la PTME et les aspects liés aux droits de l'homme, promotion du genre et lutte contre les discriminations.

Ainsi, les orientations prévues dans cette stratégie (en lien notamment avec le nouveau modèle de financement) doivent permettre :

- un alignement accru des financements du Fonds mondial sur les stratégies et systèmes de santé nationaux comme principe clef participant de l'efficacité de l'aide et pour garantir la souveraineté nationale ;
- la recherche d'une plus grande implication des différents partenaires, incluant la société civile ;
- l'adoption d'une attitude plus volontariste de la part du Fonds mondial pour amener les pays à proposer dans leurs demandes des activités liées à la lutte contre les discriminations et inégalités d'accès pour les populations marginalisées. Au-delà des aspects liés aux droits de l'homme, ces activités constituent en outre une véritable priorité de santé publique, certes beaucoup plus difficile à atteindre, mais nécessaire pour enrayer les foyers d'épidémie pouvant avoir un impact sur la population générale. Cette

⁴⁹ Source : The Five-Year Evaluation of the Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria. Synthesis of Study Areas, 2 and 3 – March 2009

démarche doit également s'accompagner du développement de procédures, structures et outils permettant une plus grande traçabilité des activités financées et des résultats et impacts obtenus. Par ailleurs, le format de note conceptuelle utilisé pour la soumission des demandes de subvention dans le cadre du nouveau modèle prévoit un paragraphe spécifique sur cet aspect (si modèle identique à celui utilisé pour les candidats de la première phase).

- le renforcement des systèmes de santé les plus fragiles : le nouveau modèle de financement insiste davantage que par le passé sur cette composante. La France, qui dispose d'une expertise unanimement reconnue dans ce domaine, doit jouer un rôle important d'appui aux pays d'Afrique francophone.

5.2. LA CAPACITE D'INFLUENCE DE LA FRANCE AU SEIN DU FONDS MONDIAL

- ***Le dispositif de suivi à Paris est insuffisant par rapport à la charge de travail que représente le suivi des activités du Fonds Mondial et au regard de l'importante contribution de la France***

Depuis la création du Fonds mondial, et en dépit de la part prééminente qu'y a tenu la France, il est à noter que la haute priorité politique que cette dernière accorde au Fonds ne s'est pas réellement traduite dans les faits au niveau du dispositif de suivi mis en place.

L'importante contribution française est gérée par la direction générale de la mondialisation, du développement et des partenariats du ministère des Affaires étrangères, et plus directement par la sous-direction de la santé, de la sécurité alimentaire et du développement humain. La même cellule est également chargée du suivi des autres fonds verticaux : UNITAID et GAVI.

A Paris, la France dispose d'un ambassadeur pour la lutte contre le sida et les maladies transmissibles (membre du CA du Fonds mondial), nouvellement nommé en la personne de M. Philippe Meunier, anciennement directeur du développement et des biens publics mondiaux et d'un point focal Fonds mondial à plein temps. Sont aussi impliqués dans ce suivi : le sous-directeur de la santé, de la sécurité alimentaire et du développement et une chargée de mission auprès de l'ambassadeur.

Dans les faits, le sous-directeur concerné dispose en juillet 2013 d'un seul agent temps plein pour ce suivi, ce qui, indépendamment de la compétence de cette personne, paraît nettement insuffisant face aux impératifs de suivi imposés par les Fonds verticaux.

C'est à cette cellule resserrée de personnes que revient pourtant de suivre au jour le jour les très nombreux travaux à Genève, de mener à Paris la concertation intra - et interministérielle qui peut s'imposer, enfin de suivre les nombreuses situations locales afin d'obtenir les meilleures informations des postes diplomatiques et de leur fournir en retour les instructions nécessaires.

La mission permanente française à Genève dispose de trois agents en charge des questions santé et travail au sens large dont beaucoup sont connexes à celles que traite le Fonds mondial : il est logique et indispensable que cette mission permanente prenne aussi sa part dans le suivi de du Fonds mondial.

Les ministères de la Santé et de la Recherche sont impliqués dans le suivi du Fonds mondial avec notamment une participation aux réunions de préparation du conseil d'administration du Fonds mondial. L'implication de ces ministères doit cependant être renforcée (le ministère de la Santé a d'ailleurs indiqué son souhait de s'impliquer de façon plus importante sur ce sujet). Ces réunions de préparation impliquent également les représentants de la société civile et les opérateurs concernés.

Les liens et la concertation entre l'ambassadeur sida et maladies transmissibles et les ministères concernés doivent être resserrés dans le contexte par exemple d'un comité de coordination, permettant de mieux utiliser leurs expertises. Enfin, des représentants de ces administrations pourraient faire partie de la délégation française au conseil d'administration du Fonds mondial.

A titre de comparaison, le consultant présente ci-après les dispositifs de suivi et de coordination interministérielle du Royaume-Uni et de l'Allemagne.

Le Royaume Uni⁵⁰

Le ministère du Développement international (DFID) joue un rôle prédominant dans le pilotage de l'APD du Royaume Uni. La responsabilité du suivi des différentes thématiques et projets est cependant partagée avec le ministère de la Santé et le ministère des Affaires étrangères. En matière de développement international, le ministère de la Santé est le chef de file pour les maladies non transmissibles, tandis que le DFID l'est pour la recherche. La responsabilité est en revanche partagée entre ces deux ministères concernant les aspects liés à l'accès aux soins et le renforcement des systèmes de santé. Les questions de propriété intellectuelle et d'accès aux médicaments relèvent du DFID.

Les trois ministères disposent de moyens humains importants. Le DFID (qui est à la fois ministère et opérateur) dispose de six personnes pour suivre les fonds verticaux (GAVI, Fonds mondial et UNITAID).

Une trentaine d'autres personnes interviennent sur les questions liées à la santé : quinze sont chargées des questions relatives au VIH/sida et à la santé reproductive ; quinze autres travaillent sur l'accès aux soins, le renforcement et le financement de la santé.

L'Allemagne⁵¹

Le ministère de la Coopération économique et du développement pilote la politique de développement dans le domaine de la santé. Le bureau en charge de la santé y est composé de huit personnes.

Le ministère de la Santé a la charge de préparer les instructions aux délégations allemandes pour les négociations dans le cadre de l'assemblée générale des Nations Unies, de l'OMS et de l'ONUSIDA. Il dispose pour cela d'une équipe de 7 personnes, à laquelle s'ajoute un autre bureau en charge des partenariats sanitaires bilatéraux (5 personnes).

L'Agence de coopération internationale (GIZ) met en œuvre la politique de développement en santé. Elle héberge notamment le programme Back up, équivalent de l'Initiative 5% française. Elle dispose d'effectifs importants pour le suivi des politiques de santé mondiale, avec plus de 40 agents dont 10 chargés du VIH-sida.

Le bureau pour le développement KfW comprend un bureau de 10 personnes pour suivre le thème de la santé mondiale.

⁵⁰ Source : Note 353/DGM/DBM/SAH du 13 mars 2013

⁵¹ Source : Idem note SAH

Le programme « PROFILE », qui relève de la GIZ est notamment chargé d'accompagner les activités du Fonds mondial. Quatre membres du personnel de ce programme, ainsi que le chef de programme, interviennent sur ce dossier. Deux d'entre eux travaillent presque exclusivement sur ce dossier, en suivant de manière permanente les activités des comités permanents et des autres instances du Fonds mondial. Deux autres agents consacrent une partie conséquente de leur temps à l'analyse des rapports et décisions prises par le Fonds mondial : accords de subvention, rapports publiés par le Bureau de l'Inspecteur général⁵².

La France

A titre de comparaison, la santé mondiale est suivie par une équipe de 8 personnes à la DGM, de 7 personnes à la délégation des Affaires européennes et internationales du ministère de la Santé (Bureau international santé et protection sociales) et de douze personnes à la division santé et protection sociale de l'AFD.

Source : Sites internet de ces différentes institutions – Juillet 2013

Le Fonds mondial est une institution complexe, tribut à payer à une gouvernance innovante, exemplaire mais compliquée. Si la France veut y être active, ses représentants doivent consacrer beaucoup de temps à des consultations tous azimuts (avec les pays donateurs, avec les ONG du nord et du sud, avec les autres membres du conseil d'administration comme les fondations et le secteur privé, etc.).

Comme cela a déjà été souligné précédemment, une contribution élevée de la France au Fonds mondial (et aux autres fonds verticaux), suppose un suivi et une implication forte pour influencer sur les décisions qui seront prises par cette institution. Le dispositif actuel de suivi de la France n'est pas à la mesure de la complexité de gestion de ce fonds vertical et à la hauteur de sa contribution financière. Cette situation est d'autant plus frappante quand elle est comparée aux contextes du Royaume Uni et de l'Allemagne.

Un minimum de trois postes additionnels complémentaires est nécessaire pour renforcer le dispositif de suivi français à Paris. De la même manière que pour le Fonds mondial, le renforcement de ce dispositif de suivi permettra à la France d'être également représentée de manière plus efficace dans les instances de gouvernance d'UNITAID et de GAVI, de veiller à la cohérence des interventions financées par ces trois institutions et enfin de promouvoir encore davantage la collaboration et la recherche de synergies entre elles.

➤ ***Une capacité d'influence réelle en dépit d'une présence française insuffisamment assurée dans le pilotage des comités permanents (présidence et vice-présidence)***

Au delà du dispositif de suivi à Paris, il importe tout autant de suivre de près l'activité des principaux rouages qui, aux côtés du conseil d'administration, fonctionnent en continu pour préparer ses décisions. Il s'agit du comité de la stratégie, des investissements et de l'impact, du comité des finances et des résultats opérationnels et du comité d'audit et d'éthique. Ces trois organes mènent des réflexions de haut niveau qui orientent les décisions du conseil d'administration comme le montre la mise au point du nouveau modèle de financement auquel travaille le comité de la stratégie depuis plus de deux ans. Il existe enfin un comité de coordination composé de huit membres qui sont respectivement les présidents et vice-présidents du conseil d'administration et de chacun des trois comités susnommés. Sa tâche est d'épauler le CA dans toutes les questions de gouvernance, d'appréciation des risques et de fonctionnement administratif général ce qui, de fait, le conduit à être l'organe de supervision du Fonds dans l'intervalle des sessions du conseil (ce dernier ne se réunit pas plus de trois fois par an). La France n'est pas membre de ce comité de coordination.

⁵² Etude de benchmarking conduite par le consultant juillet 2013 pour actualisation

Le tableau ci-après récapitule le positionnement de la France (au niveau institutionnel ou au niveau de son expertise) dans les instances de gouvernance et de conseil du Fonds mondial.

En préambule, il convient de rappeler les règles de désignation des présidents et vice-présidents pour chacun de ces comités :

- comité de la stratégie, de l'investissement et de l'impact : les président et vice-président sont désignés parmi de personnalités indépendantes ;
- comité des finances et des résultats opérationnels : le président et le vice-président de ce comité représentent une circonscription siégeant au conseil d'administration ;
- comité d'audit et d'éthique : ce comité est composé de 8 membres : 5 membres indépendants retenus à l'issue d'une procédure d'appel à candidatures et trois membres issus des circonscriptions du conseil d'administration. Le vice-président de ce comité est désigné parmi ces trois membres. Le président est choisi parmi les membres indépendants ;
- chaque circonscription ne peut participer qu'à deux comités permanents au maximum

Tableau 6 : La place de la France dans les instances de gouvernance et de conseil du Fonds mondial

INSTANCES	PRÉSENCE FRANÇAISE
INFLUENCE AU NIVEAU DU CONSEIL D'ADMINISTRATION DU FONDS MONDIAL	
Conseil d'administration	Siège unique de la France au conseil d'administration Vice-présidence du conseil d'administration assurée par Mme Mireille Guigaz, ancien ambassadeur sida de la France.
Groupe de coordination	Ce comité est composé de huit membres La France n'est pas présente dans ce comité.
PRÉSENCE FRANÇAISE DANS LES COMITÉS PERMANENTS DU CONSEIL D'ADMINISTRATION ET AUTRES GROUPES DE TRAVAIL	
Comité de la Stratégie, de l'investissement et de l'impact 16 membres au total : 5 membres représentant les maîtres d'œuvre ; 5 membres représentant le groupe des donateurs ; Président et vice-président du CA (sans droit de vote) ; 2 Représentants du CA du fonds mondial (membre ex-officio) ; 1 représentant du comité technique d'examen des propositions et 1 représentant du groupe technique de référence en évaluation (sans droit de vote) Nationalité du Président : USA (indépendant)	Un représentant français siège au sein de ce comité : M. Philippe Meunier, ambassadeur chargé de la lutte contre le sida et les maladies transmissibles. Les membres de ce comité sont proposés par le Groupe de coordination. Durée du mandat : 2 ans Le SIIC été institué en novembre 2011. Son renouvellement interviendra donc fin 2013/début 2014.

Nationalité du Vice-président : Afrique du Sud (indépendant)	Le SIIC constitue le lieu privilégié pour influencer sur les priorités, outils et mécanismes qui seront mis en place par le Secrétariat du Fonds mondial.
Comité des finances et des résultats opérationnels 14 membres au total dont 12 votants et 2 membres sans droit de vote Nationalité du Président : Moldavie (circonscription Europe de l'est et Asie central) Nationalité du Vice-président : USA (Circonscription USA)	Aucun membre français
Comité d'Audit et d'éthique Au total 8 membres Nationalité du Président : Né en Afrique du Sud mais basé à Washington (indépendant) Nationalité du Vice-président : Afrique du Sud (Circonscription du secteur privé)	Mme Guigaz était, à titre personnel, membre de ce comité jusqu'à sa nomination en tant que vice-présidente. Depuis cette nomination, il n'y a plus aucun membre français dans ce comité. Les membres de ce comité vont être renouvelés prochainement et il est donc important que la France s'y positionne ;
Comité technique d'examen des propositions Composition actuelle : 39 membres Nationalité du Président : USA Nationalité du premier vice-président : Géorgie Nationalité du deuxième vice-président : Pays-Bas Renouvellement des membres de ce comité au cours de l'été 2013. Clôture des appels à candidatures fixée au 31 juillet 2013	En juillet 2013 (avant renouvellement), trois experts français étaient présents dans ce comité en qualité de membres permanents : 1 expert HIV et 2 experts transversaux

Il ressort de cette analyse que :

- dans deux des trois comités permanents du CA, les fonctions de président ou vice-président sont occupées par des ressortissants américains. Cette situation prévaut également au niveau du comité technique d'examen des propositions ;
- depuis la nomination de Mme Guigaz en qualité de vice-présidente du Fonds mondial, la France est présente dans un seul des comités, il convient donc de promouvoir son positionnement dans l'un des deux autres comités permanents (positionnement possible dans maximum deux comités permanents) ;
- la forte présence de ressortissants américains aux fonctions de présidents ou vice-présidents des comités permanents du CA, implique également que sur les six membres qui composent le comité de coordination (hors Président et Vice-président du Fonds), deux sont américains ;
- La France doit consolider sa présence au sein des comités permanents du Fonds, en siégeant dans deux de ces comités et en visant la présidence ou la vice-présidence d'au

moins un de ces comités, ce qui, de fait, lui permettra d'être également présente dans le groupe de coordination. Le renouvellement des membres de l'AEC doit intervenir prochainement, ce qui permettra à la France de pouvoir se positionner. De la même manière, le renouvellement du SIIC devrait intervenir à la fin de l'année 2013/début 2014.

En dépit du nécessaire renforcement de sa présence dans le pilotage des comités permanents, La France dispose d'une capacité réelle d'influence au sein du conseil d'administration du Fonds mondial (justifié notamment par son importante contribution financière). Au printemps 2012, face à des divergences majeures concernant les règles de gouvernance et de fonctionnement du CA du Fonds mondial, le France a décidé de conditionner le versement des tranches de sa contribution financière à la mise en œuvre d'un certain nombre d'actions permettant de répondre à ses préoccupations. Ces conditionnalités demandaient notamment la conduite d'une évaluation à 360° des résultats de l'action du Bureau de l'inspecteur général, une réflexion permettant la reprise des subventions sans attendre 2014, une analyse transversale des cas potentiels de conflits d'intérêt en lien avec l'analyse des risques développée au sein du comité d'audit et d'éthique. Par le biais de sa participation à ce comité, la France a contribué à la mise en place de cette analyse transversale.

Les dispositions prises par le Fonds mondial en réponse à ces exigences ont permis de reprendre progressivement le processus de versement des différentes tranches de la contribution française.

Le recours à ce type de procédure doit cependant demeurer une mesure exceptionnelle car dans le cas contraire, c'est le fonctionnement même du Fonds mondial et la qualité de ses interventions qui pourraient en subir les conséquences.

Afin d'éviter ce climat de tension, la capacité d'influence de la France doit venir de l'intérieur même de l'institution, lui permettant ainsi d'exercer un poids direct sur les orientations stratégiques définies, les outils développés et les décisions prises. Il s'agit également de la manière la plus efficace pour porter les valeurs de la France concernant notamment ses priorités géographiques, les populations cibles à privilégier (lutte contre les discriminations et accès aux soins des populations marginalisées), la promotion de la place de la société civile, le développement d'approches distinctes selon les conditions spécifiques de chaque pays (par exemple pays en crise), etc.

Comme déjà mentionné ci-dessus, le positionnement de la France dans le pilotage des comités permanents, de même que la place de l'expertise française dans les autres comités et groupes de travail (notamment le comité d'examen technique des propositions) permettraient de répondre à cet objectif.

➤ ***Une visibilité et un positionnement de la France qu'il est nécessaire de renforcer sur le terrain***

Dans les pays bénéficiaires, c'est principalement aux ambassades de France (Conseillers régionaux de coopération en santé, Conseiller de coopération et d'action culturelle, attachés de coopération) que revient la tâche de suivi quotidien et de valorisation de la participation française.

Les postes rencontrent des difficultés à assumer pleinement ces responsabilités pour les raisons suivantes :

- difficultés parfois à être présents à l'ensemble des réunions des ICN ;
- difficultés à avoir une connaissance suffisante des contextes locaux concernant les trois maladies, des enjeux et aspects opérationnels liés au déroulement des subventions pour leur permettre d'intervenir de manière constructive et techniquement éclairée dans le cadre de ces instances (manque d'un « *backup* » technique). Pour la composante VIH-

sida, les experts du GIP Esther basés sur le terrain contribuent parfois à faire remonter les informations utiles aux CRCS ;

La présence dans certains postes de volontaires internationaux permet d'améliorer cette situation (analyse de situation, préparation des réunions). Le représentant français dans les ICN concernées peut dès lors avoir une participation beaucoup plus active et mieux anticiper les enjeux de chacune des réunions ;

- difficultés à identifier les messages qu'ils doivent faire passer au nom de la France au regard de sa stratégie et de ses priorités.

L'absence d'un « discours » et d'une stratégie définissant clairement les positions de la France dans le contexte d'une « diplomatie de la santé » constitue en effet une faiblesse constatée.

Il s'agit d'un élément important à améliorer pour rendre plus efficace et constructive l'implication des représentants français au sein des ICN (les valeurs que la France souhaite privilégier).

Améliorer le contexte actuel suppose :

- une hiérarchisation des priorités de la France dans le domaine de la santé (pays prioritaires et populations-cibles) ;
- la transmission de ces orientations aux postes diplomatiques, constituant ainsi la feuille de route des messages prioritaires à promouvoir, des positions à défendre, des axes de travail à privilégier ;
- une intensification du dispositif de communication et d'information mutuelle entre la DGM et les postes diplomatiques ;
- un appui aux représentants français au sein des ICN en leur fournissant les informations techniques requises pour qu'ils jouent pleinement leurs rôles.

Certes, la France est présente dans 23 instances de coordination nationale en Afrique subsaharienne⁵³, mais elle pourrait l'être dans un nombre plus élevé. Faute de personnel dûment mandaté et tenu de rendre compte à intervalle régulier, de même que l'insuffisante préparation lors des procédures d'élection au sein des ICN, conduisent les postes diplomatiques à ne pas être présents ou à n'exercer qu'un suivi assez distant sur l'activité de ces instances au sein desquelles se débat pourtant l'essentiel des projets et leur mise en œuvre. Par exemple, la France n'est pas présente dans les ICN de 3 des 16 pays CICID : Burkina-Faso, Ghana et Guinée Conakry.

Accroître la visibilité de la France et sa contribution aux réflexions et arbitrages de ces instances doit également passer par :

- un renforcement du rôle des ambassadeurs de France pour le suivi et la valorisation de la participation française au Fonds mondial ;
- la désignation dans chacun des pays prioritaires d'une personne responsable de cette représentation, rendant compte à l'ambassadeur de France et à la DGM,
- une préparation (avec les parties prenantes impliquées par exemple AFD, Esther, expertise française sur place) de chaque réunion de l'ICN, incluant la définition des positions de la France selon l'ordre du jour de ces réunions.

Par ailleurs, le dispositif français sur le terrain se caractérise parfois par un partage de responsabilités qui peut porter atteinte à la cohérence des messages qui sont portés par les représentants français.

⁵³ Pays dans lesquels la France est présente au sein des ICN : Bénin, Burkina-Faso, Burundi, Comores, Djibouti, Gabon, Madagascar, Mali, Mauritanie, Niger, République Centrafricaine, RDC, Sénégal et Togo, Cameroun, Cap Vert, Côte d'Ivoire, Guinée-Bissau, Kenya, Congo, Sao Tomé e Príncipe, Sierra Leone, Soudan, Zimbabwe.

Dans la majorité des cas, en Afrique subsaharienne, les postes représentent la France au sein des ICN, tandis que l'AFD siège aux réunions mensuelles des PTF (ces réunions constituent le cadre de concertation des interventions de chacun) Cette situation, insuffisamment coordonnée en amont des réunions, crée des difficultés en termes de relais d'information et induit une fragmentation des rôles qui n'est pas toujours cohérente et comprise.

Les pays prioritaires de l'aide française sont nombreux (16 pays pauvres prioritaires et cinq autres pays d'Afrique subsaharienne⁵⁴), ce qui rend difficile un même niveau d'implication dans tous ces pays. Une approche différenciée doit être privilégiée, permettant de moduler cette intervention en fonction, par exemple, d'une liste de pays considérés comme « hautement prioritaire ». Une intervention distincte doit également être développée dans les pays en crise.

Enfin, la coopération - voire le partage de tâches - avec d'autres représentations des pays membres de l'UE ou avec la délégation de la Commission européenne n'est pratiquement pas mise à profit pour suivre le travail des ICN. Il s'agit là encore d'un aspect à renforcer en fonction de la situation de chaque pays.

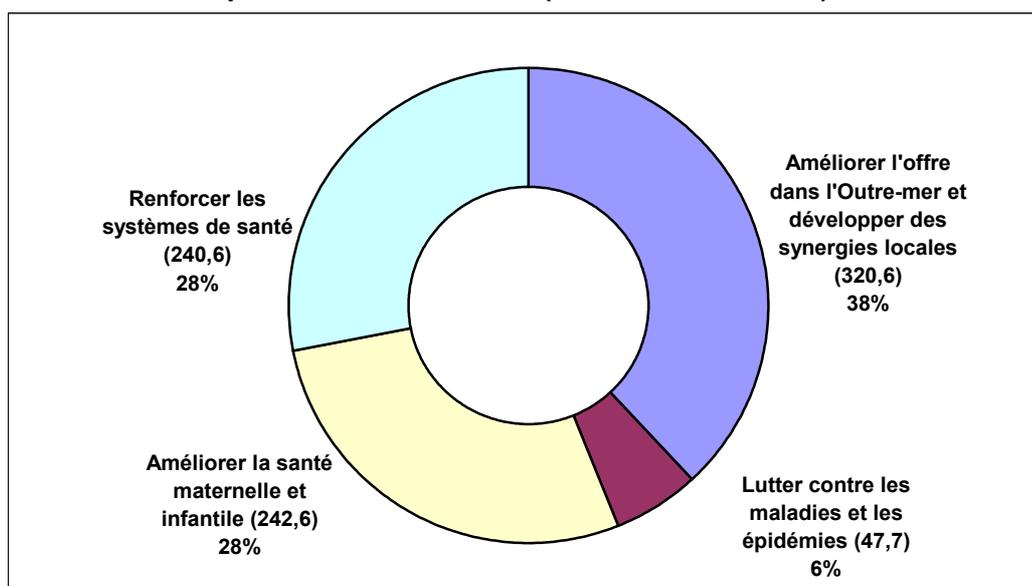
5.4. LA PLACE DES OPÉRATEURS FRANÇAIS DANS LES ACTIVITÉS GÉNÉRÉES PAR LE FONDS MONDIAL

5.4.1. Les opérateurs bilatéraux

- **AFD : Un rôle majeur dans l'appui aux politiques sectorielles, au renforcement des systèmes de santé et de soutien à la société civile des pays bénéficiaires**

Entre 2004 et 2011, l'AFD a engagé 850,6 millions d'euros dans le secteur de la santé, dont 49% sous forme de prêts. Ces financements ont plus spécifiquement permis le renforcement des systèmes de santé, principalement en Afrique subsaharienne (38% des montants). Ce soutien financier a le plus souvent été attribué à des services publics de santé, mais également à des projets de santé portés par des ONG françaises (31,3 millions d'euros pour 52 subventions) et à des opérateurs privés de santé (77,6 millions d'euros de prêts de la filiale secteur privé Proparco et 6,5 millions de garanties bancaires).

Figure 19 : Engagement en santé 2001-2011 par axe d'intervention (en millions d'euros)



Source : l'AFD, la Santé et la Protection sociale – Juillet 2013

⁵⁴ Cameroun, Côte d'Ivoire, Congo, Gabon, Rwanda

Le cadre d'intervention de l'AFD en matière de santé et de protection sociale 2012-2014 s'inscrit dans la stratégie française en santé du ministère des Affaires étrangères ainsi que dans le plan d'orientations stratégiques 2012-2016 de l'Agence.

Axe 1 : Améliorer la santé maternelle et infantile et appuyer les politiques de population en Afrique subsaharienne

L'objectif est de réduire la mortalité des femmes, des nouveau-nés et des enfants et de favoriser la transition démographique dans les pays éligibles à l'initiative Muskoka. Dans cette perspective, l'AFD soutient des projets de renforcement des services de santé maternelle et infantile, mais aussi les efforts de mise en œuvre des politiques de populations, ainsi que l'offre et la demande de planification familiale, notamment en mobilisant les ONG.

Axe 2 : Renforcer les systèmes de santé et de protection sociale

Une meilleure prise en compte des maladies non transmissibles (MNT) est favorisée par le financement de la mise à niveau des politiques publiques sectorielles et des systèmes de santé. Seront plus spécifiquement visés : le financement de la santé, le renforcement institutionnel, le développement des ressources humaines, et la production/gestion des médicaments génériques et consommables, la modernisation des hôpitaux et des équipements médico-sociaux. Enfin, l'AFD accompagne les évolutions des politiques de santé et de protection sociale en appuyant la production de connaissances et la constitution de réseaux d'acteurs.

La stratégie de l'AFD concernant les maladies transmissibles

Dans le domaine de la lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, la stratégie de l'AFD vise à renforcer les capacités institutionnelles et techniques des pays afin qu'ils mettent en œuvre les projets financés par les fonds verticaux multilatéraux (Fonds mondial, UNITAID) de façon efficace et coordonnée avec l'ensemble du système de santé.

Dans ce contexte, l'AFD finance des programmes d'assistance technique en appui aux structures nationales chargées de la coordination de la lutte contre le VIH/sida, le paludisme et la tuberculose. Grâce à l'expertise qu'elle déploie sur le terrain, l'AFD informe régulièrement le ministère des Affaires étrangères sur les éventuelles difficultés rencontrées, le fonctionnement des structures nationales, les obstacles à la mise en œuvre des programmes, de façon à mobiliser l'expertise technique disponible.

L'AFD cible également ses financements sur les questions de transfert de compétences, d'accompagnement technique et de formation. Les interventions soutenues par l'AFD cherchent à intégrer les actions de lutte le VIH/sida dans les services de santé, notamment maternels et infantiles, les programmes de lutte contre la tuberculose et les infections sexuellement transmissibles, ainsi que sur les projets ciblés sur les enfants affectés. Une attention particulière est également apportée à la performance des systèmes nationaux d'information et de suivi.

Enfin, à travers le soutien qu'elle apporte aux ONG, l'AFD intervient également dans le cadre d'un appui à la société civile des pays du sud.

Ce positionnement de l'AFD et les thématiques ciblées pour son intervention s'inscrivent en cohérence avec d'une part, l'objectif de mieux articuler l'aide multilatérale et l'aide bilatérale en santé, et d'autre part, avec les besoins des pays et les points d'achoppement identifiés pour leur permettre de mettre en place dans les meilleures conditions les financements multilatéraux.

➤ **Initiative 5% : un premier bilan d'activité positif ; un positionnement stratégique à renforcer ciblant en priorité les valeurs portées par la France**

Créée en 2010, l'Initiative 5% est une réponse de la France au diagnostic partagé par divers acteurs dans les pays francophones, montrant que ces derniers rencontraient des difficultés récurrentes pour accéder aux ressources du Fonds mondial, ou pour assurer la mise en œuvre des financements reçus.

Cette initiative est mise en œuvre sous la forme d'une contribution indirecte de la France au Fonds mondial, équivalente à 5% de la contribution globale française au chaque année, soit 18 millions d'euros par an, pour la période de 2011 à 2013.

Une autre idée sous-jacente est la valorisation et la fédération de l'expertise francophone, tout en favorisant la création de réseaux et le transfert de compétences. Ainsi, l'Initiative 5% travaille avec des acteurs francophones : des opérateurs publics, associatifs et privés, spécialistes des trois pandémies (VIH/sida, tuberculose, paludisme). Elle propose de l'accompagnement technique et financier de programmes de santé dans les pays en développement, des méthodes et outils de suivi et d'évaluation, de la participation communautaire (universitaires, hospitaliers, bureaux d'études, ONG).

Elle vise à répondre aux demandes en expertise technique des pays francophones, pour les appuyer dans la conception, la mise en œuvre, le suivi-évaluation et la mesure de l'impact des subventions allouées par le Fonds mondial, afin de renforcer leur efficacité et leur impact sanitaire.

Deux « typologies » de financement existent :

Le Canal 1 concerne des demandes d'expertise ponctuelles (La demande doit porter sur une expertise de court terme pour un ou plusieurs experts, les missions ne pouvant être réalisées sur une période supérieure à 12 mois).

Les instances de coordination nationale, les bénéficiaires principaux et sous-bénéficiaires de subventions du Fonds mondial, ainsi que les acteurs nationaux de lutte contre les trois pandémies des pays éligibles, peuvent soumettre une demande d'expertise sur les thématiques suivantes :

- appui à la rédaction d'une requête au Fonds mondial, ou à la demande de reconduction d'une subvention ;
- appui au renforcement des capacités en gestion des programmes financés par le Fonds mondial : comptabilité, finances, administration hospitalière, gestion des approvisionnements ;
- renforcement des capacités des personnels de santé : en biologie médicale, prescription, prise en charge, épidémiologie ;
- renforcement des capacités des instances nationales de coordination : gouvernance, outils, processus ;
- appui et renforcement de capacités en suivi-évaluation ;
- diagnostic sur les problématiques de mise en œuvre de subventions.

Entre décembre 2011 et avril 2013, plus de 70 missions d'expertise canal 1 ont été approuvées (sur 141 demandes reçues), dans plus de 25 pays, représentant environ 5 millions d'euros. En Avril 2013, trois quarts de ces missions avaient été mises en œuvre ou étaient en cours de réalisation⁵⁵.

⁵⁵ Source : L'initiative 5% sida, paludisme et tuberculose : Bilans et perspectives. Avril 2013

A cette même période, 20% des missions d'expertise mobilisées sur le canal 1 ont porté sur le thème « gestion des approvisionnements et des stocks », 25% ont concerné l'accès aux financements et la gestion des subventions. Les 55% restant ont concerné les autres thématiques couvertes par l'initiative à savoir : prise en charge et gestion programmatique, gouvernance (ICN) et renforcement de la société civile. A noter que sur les 141 demandes reçues pour le canal 1, moins de 13% émanent de la société civile du sud.

Le Canal 2 vise à financer des projets de deux à trois ans répondant à des besoins programmatiques ou à des problèmes structurels des pays bénéficiaires. Les subventions sont attribuées suivant un mécanisme concurrentiel d'appels à projets. Deux thématiques d'appels à projets sont définies chaque année, elles s'inscrivent dans une logique de renforcement des capacités des pays.

Les premiers appels à projet du canal 2 ont été lancés en avril 2012 et ont ciblé spécifiquement le renforcement des systèmes de santé et la recherche opérationnelle. Sur 88 candidatures admises à l'évaluation en juillet 2012, 14 projets, représentant un budget total de 14 millions d'euros, ont été retenus. Ces projets ont démarré au début de l'année 2013 ou étaient en cours de démarrage en avril 2013.

En janvier 2013, un autre appel à projet a été lancé sur la gestion des approvisionnements et des stocks ainsi que sur la thématique de la gouvernance. 14 projets ont été présélectionnés en juillet 2013 représentant environ 10,5 millions d'euros.

Que ce soit pour le canal 1 ou pour le canal 2, les thématiques d'intervention prioritaires retenues par l'Initiative 5% apparaissent pertinentes par rapport aux difficultés et goulots d'étranglement identifiés dans les pays bénéficiaires.

L'une des spécificités de l'Initiative 5% par rapport aux programmes similaires mis en place par les autres pays (l'initiative Backup allemande et GMS américaine) concerne la distinction entre les deux canaux de financement, la part consacrée au canal 2 représentant environ 65% du budget total annuel. Ce choix marque la volonté délibérée de cette Initiative de se positionner sur un soutien au plus long court visant un appui plus soutenu et une diffusion des bonnes pratiques. En réalité, le canal 2 s'inscrit davantage en complémentarité des subventions du Fonds mondial que comme un soutien ponctuel à leur mise en œuvre, bien qu'il y contribue également. A noter que Backup finance des opérations comparables dans cinq pays africains.

La distinction entre canal 1 et canal 2 n'est pas toujours bien comprise par les pays bénéficiaires. Les opportunités offertes par le canal 2 ne sont pas nécessairement appréhendées, de la même manière le calendrier (appels à projet annuels) et modalités de soumission des candidatures sont parfois ressentis comme contraignants. Cette question a d'ailleurs fait l'objet de discussions à l'occasion du séminaire annuel organisé par l'Initiative 5% en avril 2013. La fréquence des appels à projet pourrait du reste être amenée à évoluer

S'agissant d'une création récente, l'Initiative 5% doit asseoir son positionnement et confirmer sa présence sur le terrain dans un contexte où les interventions financées par d'autres pays (notamment le GMS américain) sont déjà très présentes.

Sa force de réactivité par rapport aux demandes soumises par les pays, de même que la qualité des interventions qu'elle finance constitueront les atouts avec lesquelles cette initiative sera en mesure de confirmer le rôle central qu'elle est appelée à jouer pour un meilleur accompagnement des pays d'Afrique francophone.

Les conclusions du séminaire annuel organisé par l'initiative 5% en avril 2013⁵⁶, de même que les conclusions des missions de terrain réalisées par le consultant conduisent à formuler quelques axes de travail qui pourraient être considérés comme prioritaires :

⁵⁶ Source : L'initiative 5% sida, paludisme et tuberculose : Bilans et perspectives. Avril 2013

- pour le canal 2 : priorisation des zones géographiques et des groupes spécifiques de partenaires permettant de cibler les interventions sur des projets à fort impact et une concentration des moyens financiers permettant de conduire des projets d'envergure ;
- pour le canal 1 (et éventuellement canal 2 dans le futur), viser prioritairement un appui aux thématiques prioritaires de la France telles que : la promotion de la société civile locale et une plus grande implication de cette dernière dans les subventions du Fonds mondial ; les activités en faveur de la lutte contre les discriminations, l'accès au soins des populations clefs les plus exposées et marginalisées (hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, professionnels du sexe, population carcérale, etc.) ;
- le développement d'outils et méthodes de travail innovantes : développement d'outils simples et adaptés pour appuyer le fonctionnement des ICN, appui à distance, diffusion des bonnes pratiques et mutualisation entre pays (tout en insistant sur la nécessaire autonomie des pays dans la définition de leurs priorités nationales) ;
- un positionnement fort en appui aux pays pour la mise en place du nouveau modèle de financement et la préparation des phases en amont de cette échéance,

Par ailleurs, une véritable stratégie de communication doit être développée par l'Initiative 5% afin de renforcer son positionnement dans les pays bénéficiaires et auprès de la société civile et du milieu associatif. Celle-ci doit davantage impliquer les ambassades dans la diffusion de l'information, utiliser le relais des ONG françaises présentes sur le terrain, de même que les plateformes locales d'ONG. Enfin, des ateliers d'information pourraient également être conduits dans les pays.

Enfin, le dernier aspect concerne la nécessaire consolidation des outils d'évaluation des interventions financées par l'Initiative. Les procédures qui seront mises en place devront intégrer les aspects quantitatifs et qualitatifs. Il s'agit d'un élément crucial pour améliorer continuellement son dispositif de sélection et de gestion des demandes émanant des pays, et pour mesurer l'efficacité et l'impact de ses interventions. Les dispositifs développés par les initiatives allemandes et surtout américaines (avec lesquelles l'Initiative 5% a déjà établi des liens de coordination) pourraient d'ailleurs alimenter cette réflexion.

Les dispositifs développés par les initiatives allemande et surtout américaine (avec lesquelles l'Initiative 5% a déjà établi des liens de coordination) pourraient d'ailleurs alimenter cette réflexion.

Encadré 1 : Quelques éléments de comparaison d'initiatives similaires

Backup (Building Alliances, Creating Knowledge and Updating Partners) - Allemagne

Créé en 2002, le programme allemand Backup a pour but de permettre aux partenaires gouvernementaux et à la société civile d'utiliser plus efficacement et plus durablement les ressources financières mises à disposition par le Fonds mondial.

L'Initiative allemande Backup accorde une place centrale à l'égalité entre hommes et femmes, le renforcement des systèmes de santé, la participation accrue de la société civile et le renforcement des capacités. En outre, cinq pays (Burkina Faso, Cameroun, Kenya, Malawi et Tanzanie) ont été choisis pour bénéficier d'un vaste soutien de Backup en matière de plaidoyer, planification, mise en œuvre et suivi de programmes de lutte contre le VIH (incluant les aspects genre).

Backup conseille et assure la formation des partenaires gouvernementaux et de la société civile, tels que des réseaux de personnes vivant avec le VIH ou d'autres populations clés, pour qu'ils puissent assurer avec le maximum d'efficacité et de transparence la planification, la mise en œuvre et le suivi de leurs activités ainsi que la gestion des moyens financiers accordés par le Fonds mondial.

Les prestations proposées par l'Initiative Backup englobent :

- des missions d'experts de courte et de longue durée afin d'accompagner les processus et de fournir des conseils techniques à des organisations et réseaux nationaux, régionaux et internationaux ;
- le renforcement des capacités des organisations gouvernementales et de la société civile ;
- l'allocation de subventions à des organisations gouvernementales et non gouvernementales pour planifier, mettre en œuvre et suivre les activités d'assistance technique.

Les bureaux de la GIZ dans les pays partenaires contribuent à promouvoir les projets bilatéraux, en agissant comme points de contact locaux pour les partenaires. L'une des principales missions de l'Initiative allemande Backup est de conseiller et de mettre en réseau des acteurs gouvernementaux et de la société civile.

Cela se fait, entre autres, par une étroite coopération avec l'OMS, l'ONUSIDA, la Fédération internationale pour la planification familiale (International Planned Parenthood Federation -IPPF) et le Conseil international des ONG de lutte contre le sida (ICASO). Backup contribue également au financement d'experts de l'ONUSIDA et de l'OMS qui participent à l'élaboration de lignes directrices internationales et de programmes de formation, ainsi qu'à leur adaptation et leur mise en œuvre dans les pays partenaires. Avec l'OMS, Backup appuie le travail de cinq centres régionaux de connaissances sur le sida ainsi que les réseaux formés par ces centres en Afrique subsaharienne, en Europe de l'Est et en Asie centrale.

Les ICN bénéficient elles aussi de formations avec le soutien de Backup.

Depuis 2002, l'Initiative allemande Backup a soutenu 350 opérations bilatérales et multilatérales dans 64 pays. Backup travaille de manière régulière et chaque fois plus fréquente avec son homologue américaine GMS au niveau des pays. Au sein de la GIZ, Backup est utilisé comme modèle pour la création d'autres initiatives dans les secteurs sociaux et sanitaires, notamment dans le contexte d'un projet de lutte contre la grippe aviaire, destiné à renforcer les capacités des pays à réagir à la grippe pandémique H1N1.

Grant Management Solutions – Les Etats-Unis⁵⁷

Le *Grant Management Solutions* est un projet américain financé sur 5 ans par PEPFAR et USAID à hauteur de 61,3 millions d'US\$. Il a été lancé en août 2007 et la première phase s'est achevée en septembre 2012. Sa mission première est de fournir une aide technique urgente et de courte durée, destinée à soutenir les ICN et les RP, afin d'apporter des solutions aux entraves et problèmes systémiques qui mettent en péril la continuité des financements et limitent les performances des subventions du FM.

L'action de GMS a pour principe de répondre aux demandes exprimées et approuvées dans un premier temps à Washington, par l'Office du Coordinateur Mondial Sida (OGAC). GMS fournit une aide technique dans quatre domaines techniques : (1) gouvernance et supervision des subventions par les ICN (2), appui à la gestion des subventions (y compris aspects financiers) (3) approvisionnement et gestion des stocks; et (4) suivi-évaluation.

La deuxième mission de GMS est le renforcement des capacités des consultants locaux et des institutions de la société civile dans les pays bénéficiaires pour leur permettre de participer de manière plus efficace aux activités du Fonds. GMS intègre des consultants locaux dans ses équipes, développe des formations aux outils et méthodologies d'intervention. GMS propose les mêmes programmes de formation aux organisations de la société civile, aux membres des ICN, à leurs secrétariats et aux RP.

GMS déploie une trentaine de personnes dans la planification et l'organisation de ce travail : le directeur de GSM est assisté par trois sous-directeurs (finance et administration, soutien technique, résultats et gestion des connaissances) qui ont la responsabilité d'encadrer les activités de cinq unités : soutien administratif et logistique (6 personnes), renforcement des capacités (3 personnes), finances et contrats (4 personnes), communication, résultats et gestion des connaissances (6 personnes) et soutien technique (5 personnes).

⁵⁷ Source : Quantified Results of Urgent Technical Assistance Provided to Global Fund Country Coordinating Mechanisms and Principal Recipients by Grant Management Solutions - 2007 to 2012 - Grant Management Solutions - Final Technical Report Number 1

Pendant les 5 années de son existence, GMS a reçu 181 demandes de soutien émanant de 80 pays. Le portefeuille Fonds mondial de ces pays s'élevait en moyenne à \$93 millions, comparés à une valeur moyenne de \$33 millions pour les autres pays bénéficiaires. 241 équipes d'experts sont intervenues dans le cadre de l'appui de GMS à ces pays : trois à huit semaines maximum séparent l'approbation de la demande et le démarrage de l'assistance technique. Environ 53% des interventions de GMS se déroulent en Afrique subsaharienne.

A l'issue des cinq années du projet GMS, les autorités américaines ont mené une évaluation des résultats de ses interventions. Les résultats affichés sont les suivants :

- 100% des ICN assistées ont réussi dans leur demande de subventions supplémentaires ;
- 100% des RP assistés par GMS ont signé leurs contrats de subvention : 29 nouvelles subventions, 12 de consolidation, 5 dans la Phase 2, continuité des Accords de Service. Valeur total = \$685 millions ;
- 100% des nouvelles subventions soutenues par GMS ont procédé à la Phase 2 ;
- taux de réussite de 63% dans la satisfaction des conditions préalables comparé à 51% pour les subventions qui n'ont pas bénéficié de l'aide de GMS ;
- 79% des subventions préalablement notées B2 et C qui ont subi une supervision rigoureuse de la part de l'ICN ont réussi à améliorer leur notation ultérieure.

Selon cette évaluation, l'intervention de GMS a permis aux « clients » d'obtenir le renouvellement de leur financement ou la signature de nouveaux accords ; elle semble avoir induit des changements institutionnels dans le comportement des différents partenaires et une amélioration des performances à moyen terme (meilleure notation des RP).

➤ ***Esther : un opérateur public fortement impliqué dans les programmes nationaux de lutte contre le sida ; un acteur de premier plan pour porter les valeurs de la France***

Créé en 2002, ESTHER - Ensemble pour une Solidarité Thérapeutique Hospitalière en Réseau - contribue à la mise en œuvre de la politique française d'aide au développement dans le domaine de la santé. Son objectif est le renforcement des capacités de lutte contre le VIH/sida et les infections associées, dans les pays à faibles ressources.

ESTHER déploie ses programmes dans dix neuf pays partenaires, dont quinze en Afrique subsaharienne : Bénin, Burkina Faso, Burundi, Cameroun, Côte d'Ivoire, Gabon, Ghana, Libéria, Maroc, Mali, Niger, République Centrafricaine, Sénégal, Tchad, Togo ; trois en Asie (Vietnam, Laos et Cambodge) et Haïti, pour un budget d'environ 17 millions d'Euros en 2012.

L'objectif d'ESTHER est d'étendre l'accès aux soins des personnes atteintes par le VIH/sida dans les pays à faible revenu, à travers des partenariats hospitaliers et un transfert de compétences (4 434 personnes ont été formées par ESTHER en 2011)⁵⁸.

ESTHER est sous-bénéficiaire du Fonds mondial au Bénin et au Tchad et appuie certains pays dans la formulation de leurs requêtes au Fonds Mondial (par exemple les premières demandes de subvention introduites par la Burkina-Faso ont été préparées avec le soutien d'ESTHER).

Dans ce contexte, ESTHER a organisé en 2005 avec l'OMS un atelier de préparation à l'élaboration des propositions VIH/sida. Douze pays africains, avec trois représentants chacun, y ont participé : Bénin, Burkina Faso, Burundi, Cameroun, Centrafrique, Côte d'Ivoire, Madagascar, Guinée, République démocratique du Congo, République du Congo-Brazzaville, Sénégal et Togo. Cet atelier a notamment permis d'aborder les questions relatives aux propositions touchant la prévention, la prise en charge des patients, le soutien aux associations communautaires, la gestion des médicaments, le suivi et l'évaluation.

Dans la continuité de son engagement dans la lutte contre le VIH auprès de publics vulnérables et en particulier en direction des prisonniers, ESTHER est devenu en octobre 2012 sous-

⁵⁸ Source : Rapport d'activité du GIP Esther

récipiendaire du Fonds Mondial (série 9) pour la mise en œuvre des actions de prévention et de prise en charge dans huit prisons de Côte d'Ivoire (Dimbokro, Bouaké, Man, etc.).

En 2011, ESTHER a mis en place le projet ESTHERAID (sur financement d'UNITAID) visant à faciliter et sécuriser la disponibilité des traitements antirétroviraux (particulièrement les ARV pédiatriques et de 2ème ligne), et à assurer leur utilisation rationnelle au niveau des sites de prise en charge dans 5 pays d'Afrique (Bénin, Burkina Faso, Cameroun, Centrafrique, Mali).

De plus ESTHER met en œuvre dans plusieurs pays africains, le dispositif ESOPÉ qui fournit des indicateurs d'impact fiables grâce à la mise en place de dossiers médicaux électroniques dont l'exploitation contribue au développement et à la promotion du suivi efficace du patient, de la qualité des soins et du renforcement des programmes nationaux, notamment par la production de données statistiques de suivi des malades (connaissance des files actives). Très conscient de la faible qualité des données, ESTHER souhaite contribuer à les améliorer, en lien notamment avec l'ONUSIDA.

ESTHER est également membre du consortium dirigé par France Expertise Internationale (FEI) dans le cadre du projet OPP-ERA, financé par UNITAID. OPP-ERA (OPP pour Plateforme polyvalente ouverte) est un système novateur de détermination de la charge virale (notamment appropriée aux zones périphériques). Le projet OPP-ERA a pour objectif principal de faire baisser les prix de ces tests.

ESTHER fait partie de la délégation française au Conseil d'administration du Fonds mondial.

En résumé, les interventions du GIP Esther dans les pays d'Afrique subsaharienne sont cohérentes, complémentaires, et s'inscrivent largement dans les activités financés par le Fonds mondial.

La présence sur le terrain des permanents d'ESTHER constitue un relais d'information important pour les Conseillers régionaux de coopération en Santé et les SCAC en général, et peut contribuer à mieux cerner (voire anticiper) les besoins d'assistance technique des récipiendaires principaux et à assurer le relais avec l'initiative 5%.

L'atout que représente le GIP Esther pour porter les valeurs de la France (concernant notamment la prise en compte des populations les plus vulnérables ou marginalisées), mais également pour promouvoir l'expertise française doit continuer à être renforcé, au moins dans les pays les plus pauvres qui continuent à bénéficier de la priorité des interventions.

➤ ***Peu d'ONG françaises engagées en première ligne dans les programmes financés par le Fonds mondial***

Les missions de terrain le confirment : il y a peu d'ONG françaises engagées, en première ligne, dans les programmes financés par le Fonds mondial. Cette situation est très différente pour leurs consœurs anglo-saxonnes, lesquelles sont souvent de grosses organisations implantées en Afrique depuis plusieurs décennies ; ces dernières, dotées de moyens financiers importants, possèdent à la fois l'expérience de terrain et les compétences opérationnelles ; le Fonds mondial ne cache pas qu'elles font régulièrement la tournée de son Secrétariat pour conforter leurs positions.

Cette situation s'explique également par une philosophie différente d'intervention dans les pays à ressources limitées. Les ONG françaises cherchent à favoriser l'émergence d'ONG locales, d'envergure nationale, avec des compétences pour mettre en place des actions de lutte contre les pandémies. Elles sont donc davantage engagées dans l'appui à des partenaires locaux, afin de leur apporter des renforcements structurels, y compris la capacité à gérer des fonds internationaux, dont ceux du Fonds mondial, des renforcements de capacités en rapport avec leurs activités (prévention, prise en charge, accompagnements, plaidoyer), ainsi que des soutiens financiers.

Enfin, ce contexte s'explique également par les caractéristiques propres à certaines ONG françaises d'abord engagées dans l'action humanitaire (Médecins sans Frontières) ou le plaidoyer. C'est d'ailleurs en bonne partie grâce à elles que le Fonds mondial est redevable de la mobilisation politique qui, au début des années 2000, a permis sa création et, aujourd'hui, appuie ses efforts pour continuer à recevoir des contributions et poursuivre ses missions sur le terrain.

A titre d'exemple, Sidaction est le troisième bailleur de fonds privés européen dans la lutte contre la sida. Pour mieux répondre aux besoins des pays, l'association a également développé depuis plusieurs années des compétences en renforcement des capacités dans différents champs d'action afin de garantir une bonne utilisation des fonds et une qualité adéquate des activités menées sur le terrain.

En 2012, Sidaction a soutenu 147 projets mis en place par 77 structures situées en Europe de l'Est, en Asie et en Afrique. Cet appui a représenté un transfert financier de 4,1 millions d'Euros. L'Afrique a représenté 3,1 millions d'Euros, soit 75,6% du total. Environ 25% de ces financements proviennent de sources publiques, dont l'AFD.

Solthis intervient dans plusieurs pays africains pour répondre aux trois objectifs suivants :

- défendre l'accès équitable aux soins pour tous. Le respect des droits des personnes vivant avec le VIH, la question des financements des programmes VIH, le combat pour faire baisser les prix des ARV et de la charge virale, la lutte contre les discriminations que connaissent les personnes vivant avec le VIH, en particulier ceux issus des groupes vulnérables tels que les homosexuels, les usagers de drogue et les professionnelles du sexe, sont autant de sujets sur lesquels Solthis mène des actions de plaidoyer ;
- faire évoluer les pratiques et les politiques en matière de prise en charge du VIH. Promouvoir par exemple l'utilisation large d'une technique ou d'une combinaison thérapeutique, en se fondant sur des analyses techniques d'efficacité et d'efficience ;
- améliorer l'adéquation des dispositifs d'aide internationale (financements et assistance technique) aux réalités du terrain. Solthis se positionne entre les acteurs de terrain et les décideurs internationaux pour améliorer la circulation de l'information et les modalités des partenariats techniques et financiers existants.

Solthis a notamment appuyé le Niger dans la préparation de sa demande de subvention pour la série 7 VIH-sida et intervient comme sous-récepteur sur les aspects de formation et assistance technique de courte durée.

Dans les pays d'Afrique subsaharienne francophone, la place de la société civile et des ONG locales dans le portefeuille des subventions financées par le Fonds mondial demeure faible. Une plus grande implication de ces dernières doit être « défendue » dans le cadre du nouveau modèle de financement. Les ONG françaises présentes sur le terrain ont là un rôle majeur à jouer, de soutien et d'accompagnement de leurs homologues au niveau local.

➤ ***Les institutions de recherche françaises : un positionnement variable selon les organisations***

Aux côtés des ONG, les institutions de recherche françaises sont parmi les organisations dont la présence sur le terrain est importante dans la lutte contre les trois grandes pandémies. Leur place est reconnue dans la communauté internationale, magnifiée par le rôle de la France dans la découverte du VIH et par l'importance de ses organismes centraux de recherche, tels l'Agence nationale de recherche sur le sida (ANRS) ou l'INSERM.

La situation des institutions concernées est variable. Les instituts Pasteur, forts de leur ancienneté, mènent en propre leurs activités de recherche à travers leurs implantations réparties essentiellement en Asie et en Afrique (dont quatre en Afrique de l'Ouest et une à Madagascar). Ils sont les représentants de la grande tradition des infectiologues français et ne sont pas les seuls si l'on élargit la liste aux organismes dédiés à d'autres infections que celles combattues par le Fonds mondial (Institut Richet de Bouaké en Côte d'Ivoire pour la recherche sur le paludisme et la trypanosomiase humaine ; Centre de recherche sur les méningites et la schistosomiase de Niamey ; Institut d'ophtalmologie tropicale de Bamako, ainsi que la Fondation Follereau de lutte contre la lèpre) .

Dans le domaine de la recherche clinique ou en santé publique, l'IRD de Marseille, l'EHESP de Rennes et, dans une moindre mesure l'ESP de Nancy et l'ISPED de Bordeaux, perpétuent une tradition ancienne mais leur présence sur le terrain, en santé, en Afrique francophone apparaît encore limitée.

La situation est différente pour l'ANRS, dont la présence dans les pays du Sud est particulièrement active.

Créée en 1988, les missions de l'ANRS se sont élargies au fil du temps. Elle a pour objectifs de :

- fédérer l'effort national de recherche sur le sida et les hépatites B et C ;
- définir, dans toutes les disciplines, des thématiques prioritaires ;
- au nord comme au sud, mobiliser les chercheurs et faire émerger des projets ;
- financer des projets et des allocations de recherche ;
- lancer des essais cliniques et des études de cohorte ;
- promouvoir les résultats des recherches.

La qualité des travaux de recherche financés et soutenus par l'ANRS s'évalue, principalement, sur la base des publications scientifiques auxquelles donnent lieu les projets financés : ces dernières années, l'ANRS se situe, pour le VIH/sida et les hépatites virales, respectivement aux deuxième et troisième rangs mondiaux et environ 7% des publications « ANRS » se situent dans le "top 1% d'excellence".

L'agence anime huit sites ANRS de recherche dans les pays du Sud, soit environ 50 projets : Côte d'Ivoire, Sénégal, Burkina-Faso, Cameroun, Egypte, Vietnam, Cambodge, Brésil. Au-delà de ces huit sites spécifiques, l'ANRS conduit de nombreux programmes de recherche dans d'autres pays du sud et notamment en ce qui concerne l'Afrique subsaharienne, au Mali, Togo, RDC, Congo, Rwanda, Ouganda, Zambie, Afrique du Sud, Niger⁵⁹.

L'ANRS consacre un quart de son budget aux pays du Sud et finance chaque année une vingtaine de projets de recherche clinique, en sciences sociales et économie de la santé, et en recherche opérationnelle.

Par ailleurs la France participe au partenariat Europe-Pays en Développement pour les Essais Cliniques (EDCTP, European Developing Countries Clinical Trials Partnership) créé en 2003 dans le cadre du sixième programme-cadre de la Commission européenne pour la recherche. Les institutions françaises partenaires sont l'ANRS, l'institut Pasteur du Sénégal et l'Union Internationale contre la Tuberculose et les Maladies Respiratoires. L'EDCTP met l'accent sur les tests cliniques de phases II et III en Afrique sub-saharienne afin d'accélérer le développement de médicaments, vaccins, microbicides et méthodes de diagnostic contre le sida, la tuberculose et le paludisme. Il soutient les projets couvrant plusieurs centres et associant les essais cliniques, le renforcement de la capacité et la constitution de réseaux.

⁵⁹ Source : L'ANRS et les pays du Sud – La recherche en santé – Février 2013 (publication ANRS).

L'EDCTP est un bon exemple de coopération Nord/Sud agissant pour l'intégration de la recherche en santé dans les politiques et pratiques sanitaires des pays du Sud, venant ainsi compléter, voire « dé-verticaliser » les actions financées par le Fonds mondial.

➤ *La Croix rouge et Fonds mondial*

La Croix-Rouge est de longue date impliquée dans le développement des soins de santé primaire, le développement et le renforcement des structures communautaires et des personnels de santé dans les pays d'Afrique subsaharienne. Les actions sont engagées à l'initiative de la Croix-Rouge internationale (Fédération internationale), des sociétés nationales de Croix-Rouge (France, Canada, Belgique) et des Croix Rouges locales. Elles sont engagées pour la plupart en partenariat avec d'autres ONG, des institutions publiques et des bailleurs internationaux. Elles couvrent le champ des maladies infectieuses et les maladies transmissibles en particulier, la tuberculose, la paludisme, le VIH/sida et les problèmes de santé maternelle et infantile.

Citons pour la Croix rouge française sa participation à la série 9 du Fonds mondial en République du Congo visant le renforcement de la prévention du VIH chez les jeunes les plus à risque et la prise en charge des enfants vivant avec le VIH.

5.4.2. Un positionnement faible des entreprises françaises dans les projets financés par le Fonds mondial

Les contributions privées au financement du Fonds mondial proviennent essentiellement des soutiens apportés par de grandes entreprises américaines. Les entreprises françaises ne contribuent pas mais certaines d'entre elles ont démontré un intérêt pour un soutien aux activités du Fonds mondial (la Fondation Total, Sanofi, Net à porter) laissant présager des perspectives de partenariat dans les années à venir.

De la même manière, peu d'entreprises françaises se positionnent sur les projets financés par le Fonds mondial et bénéficient des opportunités économiques offertes. Les producteurs de médicaments génériques des pays émergents sont les principaux bénéficiaires de l'essentiel des marchés relatifs à l'achat de médicaments et autres produits santé.

Un plaidoyer en faveur d'une plus grande implication des entreprises françaises doit donc être développé, afin de les encourager à s'impliquer davantage dans les projets financés par le Fonds mondial, en particulier dans les pays émergents.

Ce type d'activité et d'encouragement doit être promu par les postes et en particulier les missions économiques dans les pays à fort potentiel.

5.5. RECOMMANDATIONS

RECOMMANDATION N°8 MAINTENIR LA PRIORITE DONNEE PAR LA FRANCE AU FONDS MONDIAL DANS LE CADRE DE SA POLITIQUE D'AIDE AU DEVELOPPEMENT

La France doit continuer d'afficher son option forte en faveur de l'aide multilatérale comme moyen le plus approprié d'atteindre ses priorités en matière d'aide au développement dans le domaine de la santé. Cette politique doit être pensée, coordonnée et, autant de fois que possible, mise en œuvre dans un esprit de synergie avec les partenaires de l'Union européenne, en priorité avec les pays qui affichent une ambition voisine de la sienne en termes d'engagement financier et opérationnel. Un tel choix ne peut s'entendre que moyennant une contribution financière élevée au Fonds mondial. C'est sur une telle base que la France sera le mieux à même de soutenir le Fonds mondial tout en exerçant sur lui une capacité d'influence quant aux priorités géographiques et thématiques qui seront retenues.

RECOMMANDATIONS N°9
LE RENFORCEMENT DU DISPOSITIF DE SUIVI FRANÇAIS ET LE RESSERREMENT DE SES PRIORITES GEOGRAPHIQUES ET THEMATIQUES

- Renforcer l'équipe de la DGM en charge du suivi des fonds verticaux et du Fonds mondial par le recrutement de trois postes additionnels,
- Resserrer les liens et la concertation entre l'Ambassadeur chargé de la lutte contre le sida et maladies transmissibles (dorénavant basé à Paris) et les représentants des ministères concernés : Santé, Recherche, Industrie. Promouvoir la participation de ces ministères dans la délégation française au conseil d'administration du Fonds mondial.
- Renforcer le positionnement de la France au sein des comités permanents du Fonds, en siégeant dans deux de ces comités et en visant la présidence ou la vice-présidence d'au moins un de ces comités. Ce positionnement permettra à la France d'être également présente dans le groupe de coordination ; Inciter et promouvoir la candidature d'experts français siégeant au sein des autres comités et groupes de travail, notamment le comité d'examen technique des propositions,
- Hiérarchisation des priorités de la France dans le domaine de la santé : pays hautement prioritaires et populations cibles,
- Transmission de ces orientations aux postes diplomatiques constituant ainsi la stratégie de positionnement de la France dans le contexte des activités financées par le Fonds mondial,
- Renforcer le rôle des ambassadeurs de France qui doivent être mandatés par la sous-direction pour le suivi et la valorisation de la participation française au Fonds mondial au niveau local. Il appartiendra à l'Ambassadeur de désigner la personne ou l'institution qui le représentera au sein de ces ICN (selon les contextes des pays).
- Elaboration des termes de référence (ou lettre de mission) précisant les attributions confiées à ce représentant afin de permettre une plus grande efficacité de sa présence au sein des ICN et une réelle préparation en amont des réunions (incluant les aspects de coordination avec les autres acteurs ou partenaires).
- Intensification du dispositif de communication et d'information mutuelle entre la DGM et les postes diplomatiques,
- Appui aux représentants français au sein des ICN en leur fournissant les informations techniques requises pour qu'ils jouent pleinement leurs rôles (y compris sur la stratégie),
- Renforcement de la politique d'alliance et de recherche de synergies avec les autres pays européens et la Délégation de l'Union européenne dans les pays bénéficiaires afin d'encourager un partage des tâches et rôles éventuels, une complémentarité dans les interventions, mais également des positions communes sur des priorités ou problématiques conjointes. Cette action devra être conduite en cohérence avec les interventions de l'ambassadeur français pour le sida et les maladies transmissibles, qui recherchera la même synergie d'action et de positionnement commun avec ses homologues européens.

RECOMMANDATION N°10
OPTIMISATION ET PROMOTION DE L'INITIATIVE 5%

- Priorisation des axes d'intervention prioritaires pour le Canal 1 et le Canal 2 :

Pour le canal 2 : priorisation des zones géographiques et des groupes spécifiques de partenaires permettant de cibler les interventions sur des projets à fort impact et une concentration des moyens financiers permettant de conduire des « projets à fort potentiel structurant » en évitant un saupoudrage des moyens ;

Pour le canal 1 (et éventuellement canal 2 dans le futur), viser prioritairement un appui aux thématiques prioritaires de la France telles que : la promotion de la société civile locale et une plus grande implication de cette dernière dans les subventions du Fonds mondial ; les activités en faveur de la lutte contre les discriminations et d'accès aux soins des populations clefs les plus exposées et marginalisées.

- le développement d'outils et méthodes de travail innovantes, incluant un appui à distance et la diffusion des bonnes pratiques ;
- un positionnement fort en appui aux pays francophones d'Afrique subsaharienne pour la mise en place du nouveau modèle de financement et la préparation des phases en amont de cette échéance ;
- Développement d'une véritable stratégie de communication afin de renforcer sa présence et sa notoriété dans les pays bénéficiaires et auprès de la société civile et du milieu associatif,
- Consolidation des outils d'évaluation des interventions financées par l'Initiative (les dispositifs développés par les initiatives allemande et américaine doivent alimenter cette réflexion).